



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES



FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES

Amélie Perron

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (Sciences infirmières)

GRADE / DEGREE

École des sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais des discours du
personnel infirmier dans un milieu de psychiatrie correctionnelle

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

David Holmes

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

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

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Suzanne Laberge

Geneviève Rail

Michael Orsini

Meryn Stuart

Gary W. Slater

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

**Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais des discours du personnel
infirmier dans un milieu de psychiatrie correctionnelle**

par

Amélie Perron

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

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

© Amélie Perron, Ottawa, Canada, 2008



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-48414-2
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-48414-2

NOTICE:

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

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

AVIS:

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Les questions du discours permettent d'explorer de nouveaux horizons en matière de recherche en sciences infirmières. S'y rattachent notamment les questions liées aux représentations sociales, à l'identité et au pouvoir, des concepts dont on commence à reconnaître les contributions essentielles dans la discipline et la profession infirmières. Le discours prend plusieurs formes et est doté d'instruments lui permettant d'être maintenu et transmis, voire imposé. La pratique infirmière rend possible de nombreux espaces discursifs où se rencontrent et parfois s'opposent, une multitude de discours différents. Dans un contexte hybride de psychiatrie correctionnelle, ces discours peuvent notamment définir les multiples manières dont la relation entre le personnel infirmier et les patients prend forme, se concrétise et produit des effets. De tels discours créent des conditions d'existence pour certaines catégories sociales (construites) et déterminent les pratiques congruentes avec ces catégories. Les espaces discursifs existants dans un milieu de pratique infirmière tel qu'une unité de psychiatrie pénitentiaire (UPP) sont multiples et offrent autant de possibilités d'investigation. Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'explorer la manière dont le personnel infirmier d'une UPP, par le biais de pratiques discursives, construit l'identité des patients qu'il soigne, de même que les effets de telles constructions sur le soin.

Afin d'explorer la question de la construction identitaire, nous avons recouru à une déconstruction de discours couplée à une ethnographie de type critique. La déconstruction de discours a porté sur un espace que nous qualifions d'« infirmier », à savoir les notes évolutives. La portion ethnographique de notre recherche a inclus des entrevues semi-directives avec des membres du personnel infirmier de même qu'une période d'observation directe de 14 semaines. Nous avons ciblé spécifiquement l'unité d'admission d'une UPP canadienne. Les sources de données ciblées constituent des espaces discursifs dans lesquels le personnel infirmier s'exprime au sujet de la clientèle soignée et manifeste des éléments de rôles s'inscrivant dans un contexte de « double enfermement » de la population soignée.

Notre analyse indique que les notes évolutives et les entrevues individuelles constituent des espaces discursifs dans lesquels le personnel infirmier construit de façons différentes l'identité des patients qu'il soigne. Les notes évolutives constituent une surface mettant en évidence un discours écrit (et permanent) alors que les entrevues permettent une forme orale de discours qui est beaucoup plus fluide et contextuelle. Chacune de ces formes étant soumise à des contraintes particulières, la construction de l'identité des patients soignés est différente. Les identités de patient identifiées sont les suivantes : patient ambivalent, patient comme risque, patient déviant, patient perturbé et patient discipliné. À travers les représentations qui découlent de ces constructions identitaires, le personnel infirmier situe le soin de manière précise de même que l'exercice de ses fonctions soignantes. Les constructions du soin que nous avons identifiées à travers les notes évolutives et les entrevues sont le soin (in)visible, le soin sécuritaire, le soin localisé et le soin socialisé. Par ailleurs, en examinant les notes évolutives à la lumière des principes (théoriques, éthiques, légaux) modulant la pratique infirmière, nous avons noté que les soins décrits s'accordaient peu avec ces derniers. Les catégories de patient et de soin sont l'œuvre de divers discours. Nous avons identifié cinq types de discours à travers nos sources de données : discours de soins, discours pénitentiaire, discours biomédical psychiatrique, discours de professionnalisme et discours de résistance. Malgré la multitude d'espaces discursifs qui investissent un milieu de pratique tel que l'unité d'admission d'un centre de soins psychiatriques pénitentiaire, seules les notes évolutives laissent une trace permanente de la pratique infirmière, bien qu'elles ne soient pas représentatives des soins prodigués.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	1
1.1. Problématique de recherche	1
1.2. Buts de la recherche	10
1.3. Questions de recherche	11
1.4. Position épistémologique	11
1.4.1. Théorie critique.....	12
1.4.2. Poststructuralisme	15
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE.....	21
2.1. Folie et exclusion sociale	22
2.2. Identité, subjectivité et représentations	28
2.3. Pouvoir et savoir	34
2.4. Discours.....	40
2.5. Soins infirmiers psychiatriques.....	45
2.6. Soins infirmiers psychiatriques correctionnels.....	53
2.7. Résumé	63
CHAPITRE 3 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	67
3.1. Milieu d'étude.....	68
3.2. Échantillonnage et recrutement.....	69
3.3. Ethnographie	72
3.4. Ethnographie critique et poststructuraliste.....	76
3.5. Méthode de collecte des données.....	78
3.5.1. Examen de la documentation des interventions infirmières	79
3.5.2. Entrevues avec le personnel infirmier	83
3.5.3. Observation du milieu	85
3.6. Méthodes d'analyse des données : analyse de discours et déconstruction	89
3.6.1. Analyse de discours : éléments théoriques.....	89
3.6.2. Analyse de discours : éléments méthodologiques	93
3.7. Considérations éthiques.....	94
3.7.1. Recherche portant sur des sujets sensibles	95
3.7.2. Éthique et politique	98
3.7.3. Le problème des représentations	100
3.7.4. Confidentialité.....	101
3.7.5. Consentement.....	102

3.8. Critères de rigueur en recherche qualitative.....	103
3.8.1. Biais	105
3.8.2. Crédibilité	106
3.8.3. Fiabilité.....	108
3.8.4. Consistance interne.....	109
3.8.5. Transférabilité des résultats.....	110
3.8.6. Réflexivité.....	110
 CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE.....	112
4.1. Observation du milieu.....	112
4.1.1. Lieux physiques et clientèle.....	113
4.1.2. Les acteurs socioprofessionnels du milieu.....	125
4.2. Notes cliniques infirmières : format et contenu.....	146
4.2.1. Format d'ensemble	146
4.2.2. La carrière morale du patient psychiatrisé.....	154
a) Notes d'admission : inauguration de la carrière morale du patient psychiatrisé	161
b) Notes quotidiennes : poursuite de la carrière morale du patient psychiatrisé	164
4.2.3. Construction du patient dans les notes évolutives	168
4.2.3.1. Le patient ambivalent.....	171
4.2.3.2. Le patient comme risque	174
4.2.3.3. Le patient déviant.....	178
4.2.3.4. Le patient perturbé.....	181
4.2.3.5. Le patient discipliné.....	184
4.2.4. Construction du soin.....	186
4.2.4.1. Le soin (in)visible	187
4.2.4.2. Le soin sécuritaire	193
4.2.4.3. Le soin localisé	196
4.2.4.4. Le soin socialisé	198
4.3. Entrevues avec le personnel infirmier : contextes et contrastes.....	203
4.3.1. Profil sociodémographique des informants	204
4.3.2. Représentations du patient.....	206
4.3.2.1. Le patient humain.....	206
4.3.2.2. Le patient délinquant	208
4.3.3. Représentations du soin.....	210
4.3.4. Représentations de l'aspect sécuritaire	224
4.3.5. Condensé comparatif.....	235
4.4. Synthèse des résultats : les pratiques discursives du personnel infirmier à l'unité d'admission	237
4.4.1. Les discours du personnel infirmier à l'unité d'admission	238
4.4.1.1. Discours de soins	238
4.4.1.2. Discours pénitentiaire	239
4.4.1.3. Discours biomédical psychiatrique.....	244
4.4.1.4. Discours de professionnalisme	246
4.4.1.5. Discours de résistance	249
4.4.2. Similitudes, ambivalences et paradoxes	251

CHAPITRE 5 : DISCUSSION	262
5.1. Pouvoir pastoral, soin psychiatrique et subjectivité	264
5.2. Pratiques discursives et productions identitaires	268
5.3. Le soin comme projet politique.....	293
5.4. Architectures spatiale et temporelle et panoptisme	303
5.5. Évolution de la pratique infirmière à l'UPP	307
5.6. Limites de l'étude.....	311
5.7. Implications pour les sciences infirmières	315
 CHAPITRE 6 : CONCLUSION	 322
 RÉFÉRENCES	 329
 ANNEXES	 345
Annexe 1 – Carte conceptuelle	345
Annexe 2 – Guide d'examen de la documentation infirmière.....	347
Annexe 3 – Grille d'entrevue.....	348
Annexe 4 – Grille d'observation	351
Annexe 5 – Certificat éthique.....	352
Annexe 6 – Formulaire de consentement.....	353
Annexe 7 – Plan de soins standard à l'unité d'admission.....	357
Annexe 8 – Outils de gestion du risque.....	360

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche et de réflexion s'est échelonné sur plus de quatre ans. Je ne l'aurais même jamais envisagé sans l'avis et le soutien exceptionnel de Dave, ami, collègue et mentor, qui a veillé à rendre ce parcours aussi exempt d'obstacles que possible, qui m'a enseigné une éthique de pratique et de travail inestimable et qui a transformé ma vision des soins infirmiers. Merci aussi à Louise G., pour ses précieux conseils, sa rigueur et ses nombreuses qualités pédagogiques.

Je tiens à sincèrement remercier Annie, qui, malgré sa surcharge de travail, a toujours pris le temps de s'entretenir avec moi. Je te respecte beaucoup car tu n'as jamais oublié ce que tu étais. Merci aussi à Julie et à Pierre, qui ont permis de donner le coup d'envoi à ce projet. Je désire également exprimer toute ma reconnaissance à tous ceux et celles qui m'ont témoigné leur confiance et donné généreusement de leur temps pour répondre à mes questions et démystifier leur quotidien. Merci, enfin, à l'administration du SCC qui a donné un avis favorable à cette recherche.

Une pensée très affectueuse pour toute ma famille, en particulier mes parents, qui ont suivi de près mes progrès et mes reculs. Merci pour les discussions, les encouragements et les centaines de coupures de journaux accumulées au fil des ans.

J'ai également une dette considérable envers mon conjoint, Patrick, qui a toujours été là dans mes moments les plus creux mais qui a toujours su comment me ramener tout en haut. Merci d'avoir parcouru ce chemin à mes côtés. Et surtout, merci d'avoir insisté.

Je désire enfin remercier chaleureusement les personnes suivantes : Yannick, qui sait mieux que quiconque les tourments qui émergent de ce type d'entreprise. Je t'admire pour ce que tu es devenu et considère tes réussites comme source d'inspiration. Michael, esprit libre et extravagant, complice de nombreux moments d'évasion et qui m'a rappelé de ne pas me prendre trop au sérieux. Les Sept, que j'ai fortement négligées ces dernières années mais qui ne m'ont jamais oubliée. Simon, avec lequel j'ai partagé de longues heures d'angoisses, de frustrations et de rires. J'espère que tu sauras trouver l'équilibre auquel tu aspires. Carol, avec qui l'aventure a commencé et qui a fait son chemin en parallèle. Pierrette, Denyse et Meryn, pour leurs mots d'encouragement. Louise R., qui a été excessivement patiente durant ma longue absence. Lydia, Céline, Patricia, Nicolas, Marilou, Jean-Daniel, Patrick, Janet, pour leur amitié. Merci enfin aux IRSC, dont le soutien financier m'a permis de me consacrer entièrement à ce projet.

LISTE DES TABLEAUX

2.1	Catégories de performance des relations interpersonnelles entre les infirmières et leurs patients	48
2.2	Caractéristiques du rôle infirmier en milieu correctionnel	59
4.1	Répartition des notes évolutives infirmières	149
4.2	Niveaux d'isolement clinique.....	151
4.3	Profil sociodémographique des informants de l'unité d'admission de l'UPP	205
4.4	Condensé comparatif de la construction du patient et du soin	236
4.5	Caractéristiques des discours identifiés à l'unité d'admission	241

On dit d'un fleuve qu'il est violent parce qu'il emporte tout sur son passage, mais nul ne taxe de violentes les rives qui l'enserrent.

Bertold Brecht

1. CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1 Problématique de recherche

La nature de la relation infirmière-client en milieu psychiatrique fait l'objet de plus en plus d'études depuis quelques années (Crowe, 2000 ; Fisher, 1995 ; Gijbels, 1995 ; Heartfield, 1996 ; Holmes, 2001, 2005 ; Jackson & Stevenson, 2000 ; Latvala & Janhonen, 1998 ; Martin, 2003). Ces recherches se centrent généralement sur la qualité des liens dits « thérapeutiques » entre le personnel infirmier et ses patients. Certains auteurs ont repris cette problématique en la transposant dans un environnement de psychiatrie pénitentiaire (Fisher, 1995 ; Holmes, 2005 ; Martin, 2003 ; Martin & Street, 2003 ; Mason & Mercer, 1998 ; Mason, Richman & Mercer, 2002) et en sont arrivés aux mêmes conclusions en regard du lien souvent superficiel et objectif qui caractérise la relation soignant-soigné, avec, comme fondement, les représentations que se font les infirmier(e)s de leurs clients en tant que personnes dangereuses et manipulatrices (Sheilds & de Moya, 1997). La fragilité du lien thérapeutique relevée par les chercheurs en milieu psychiatrique civil est particulièrement notable en milieu carcéral, où les récipiendaires des soins sont considérés de prime abord comme étant non pas des patients, mais des détenus.

Si l'on s'attarde sur la mission sociale dont sont investis les pénitenciers, l'on saisit aisément dans quelle mesure prendre soin d'une personne affublée d'une étiquette de délinquant peut s'avérer problématique. Par exemple, les pénitenciers fédéraux au Canada tiennent le mandat suivant :

Le Service correctionnel du Canada, en tant que composante du système de justice pénale et dans la reconnaissance de la primauté du droit, contribue à la protection de la société en incitant activement et en aidant les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant sur eux un

contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain (Service correctionnel du Canada, 2003).

Cette définition implique la réhabilitation de délinquants en citoyens, toutefois ils ne seront pas citoyens à part entière puisqu'un contrôle et une surveillance continus seront exercés sur eux au-delà de leur sortie du milieu correctionnel. Cela sous-entend, dans une certaine mesure, le caractère irréversible de la délinquance.

Le profil typique d'un contrevenant au Canada est celui d'un homme au chômage, célibataire, peu instruit, autochtone et souffrant d'une affection psychiatrique (Association canadienne de santé publique, 2004a). Une proportion significative des détenus est également diagnostiquée avec des troubles de santé mentale chroniques, dont les plus communs sont ceux de l'ordre de l'Axe II du DSM-IV, notamment les personnalités antisociales (Santé Canada, 2002). Ainsi, selon l'Association canadienne de santé publique (2004b), la prévalence des affections psychiatriques chez les hommes (tous diagnostics confondus) atteint 84,2 % chez les détenus, alors qu'elle est de 40,7 % dans la population générale. De même, une étude menée en Colombie-Britannique en 1999 montrait que 84 % des détenus de cette province avaient au moins un diagnostic issu du DSM-IV, incluant les troubles liés à l'abus de substances. Ceux-ci ayant ensuite été exclus de l'étude, l'on constatait que près de 50 % des détenus présentaient encore les caractéristiques propres à un diagnostic de trouble psychiatrique de l'Axe I (Association canadienne de santé publique, 2004c).

Les préjugés envers les délinquants atteints d'affections mentales chroniques, dont certains sont entretenus par le personnel infirmier lui-même (Melia, Moran & Mason, 1999), veulent que ces facteurs de risque constituent des traits de personnalité difficiles voire impossibles à éradiquer et donc impossibles à « guérir ». De plus, une étude menée par les gouvernements de plusieurs pays occidentaux montre qu'une proportion inquiétante de détenus est séropositive (Association canadienne de santé publique, 2004d ; Kantor, 2003 ;

Service correctionnel du Canada, 2003b), juxtaposant ainsi un risque biologique (portant atteinte à l'intégrité physique et physiologique des personnes) au risque social que représente cette population. Au Canada, on estime que la prévalence du VIH est dix fois plus élevée au sein de la population carcérale que dans la population générale (Association canadienne de santé publique, 2004d).

Les détenus constituent donc un risque souvent qualifié de « chronique » et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, de nombreux chercheurs s'entendent pour affirmer que la délinquance trouve ses origines dans un passé tumultueux en milieu social défavorisé (Hufft & Kite, 2003 ; Statistiques Canada, 2000). La psychiatrie « biologique », quant à elle, prône une approche d'ordre génétique et chimique. Elle teinte nombre de discours courants (Fanker, 1996) et relègue à l'arrière-plan la contribution des aspects psychologiques, socioculturels, économiques ou politiques. Le débat entourant les causes de la délinquance en tant que trouble inné ou acquis (*nature versus culture*) semble pointer vers le fait que l'hérédité et l'environnement interviennent tout deux dans la production d'une personnalité déviante (Lowenstein, 2002 ; Zuckerman, 2002). Les discours courants en sciences infirmières mettent en garde le personnel infirmier en regard de la préférence accordée à l'une ou l'autre approche, car cela va à l'encontre d'une prestation de soins intégrée et holistique (Mahoney & Engebretson, 2000 ; Peplau, 1988 ; Watson, 1994).

Certains chercheurs ont rapporté que le personnel infirmier peut concevoir les prisonniers comme étant des individus dangereux, violents, menteurs et manipulateurs (Fisher, 1995 ; Holmes, 2005 ; Sheilds & de Moya, 1997). Une recherche s'est même intéressée à la représentation infirmière du détenu en tant que personne « diabolique » (Mason, Richman & Mercer, 2002). À ce titre, de telles représentations, qui inspirent la méfiance chez le personnel soignant (Goffman, [1968] 1998), teintent le discours de ce dernier et modulent la dispensation des soins à cette population. Infirmières et infirmiers hésitent à entrer en relation avec leurs patients et, par conséquent, maintiennent un niveau

de contact superficiel dans le but de préserver leur intégrité personnelle (Fisher, 1995). L'on saisit dans quelle mesure cette réaction constitue une entrave à la pratique infirmière telle que préconisée par une approche individuelle et subjective (Peplau, 1988 ; Watson, 1994), approche que nous expliciterons davantage dans le chapitre suivant. Les sciences infirmières soulignent le rôle indispensable joué par le personnel infirmier dans le recouvrement de la santé physique ou mentale et qui implique nécessairement la réalisation d'une alliance thérapeutique entre ce dernier et ses clients (Burgess, 1998 ; Jackson & Stevenson, 2000 ; Latvala & Janhonen, 1998 ; Peplau, 1988). Bien que la présence infirmière soit pertinente en milieu carcéral, les écrits recensés suggèrent que le personnel infirmier ressent un certain malaise à entrer en relation avec les patients (Fisher, 1995 ; Holmes, 2001 ; Martin & Street, 2003).

Ce sentiment peut s'expliquer par le fait que toute qualité habituellement louée en milieu hospitalier civil est fortement entravée en psychiatrie correctionnelle : l'on pense notamment à l'empathie, à la compassion ou encore à la défense des intérêts particuliers des patients (*patient advocacy*) (Mason & Mercer, 1998). Le *caring*, conception de plus en plus en vogue à la base de certains discours et de formations en sciences infirmières en Amérique du Nord notamment, constitue une approche présentée par certaines auteures comme l'essence même de la discipline infirmière (Watson, 1994). Cette vision préconise une relation « transpersonnelle » entre l'infirmière et son patient sur une base égalitaire, un partenariat qui promeut l'ouverture de soi, le partage honnête des émotions, le respect, la liberté des choix et la propension de l'infirmière à se mettre entièrement à la disposition du client en vue d'aider ce dernier à atteindre son plein potentiel de santé (Watson, 1994). Or, ces attributs, qui doivent humaniser les soins, honorer les choix individuels et rendre leur dignité aux bénéficiaires, sont, selon certains, discrédités par l'institution correctionnelle, en dépit du mandat de cette dernière (Castel, 1998 ; Mason & Mercer, 1998).

Tous les écrits recensés traitant du rôle infirmier auprès de populations marginalisées insistent sur la place essentielle que devrait occuper la relation thérapeutique entre l'infirmier(e) et le patient, à des fins de collaboration vers l'atteinte d'un état de bien-être optimal (Burgess, 1998 ; Gijbels, 1995 ; Jackson & Stevenson, 2000 ; Latvala & Janhonen, 1998 ; Peplau, 1988). Or, dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, où évolue l'aporie « care versus custody » (Paternelj-Taylor, 1999), le discours dominant qualifie cette approche de « maternage » (Holmes, 2005 ; Perron, Holmes & Hamonet, 2005) et toute tentative d'en faire l'essentiel de la pratique infirmière fait l'objet de remarques désobligeantes, de réprimandes, de harcèlement même, de la part d'autres intervenants, incluant des membres du personnel infirmier (Holmes, 2001, 2002). Alors que les fonctions de ce dernier en tant qu'agent de soins (le soin, l'empathie, la relation thérapeutique, la confiance) se butent aux obstacles dictés par le discours carcéral, les fonctions relatives à la surveillance des individus trouvent écho dans ce même discours (l'autorité, la surveillance, le contrôle, la coercition et la punition). Le personnel infirmier se situe au point d'articulation de la punition infligée aux prisonniers et de la nécessité de soigner ces derniers. Ses responsabilités chevauchent ces axes de traitement pour le moins paradoxaux, étant donné la contradiction entre les politiques carcérales à endosser et la nécessité de défendre les intérêts des prisonniers (Bernheim, 2000 ; Holmes, 2001). Répondant aux attentes (implicites) du milieu dictées par l'idéologie pénitentiaire, infirmières et infirmiers interviennent de prime abord en tant qu'agents de contrôle et de surveillance, dans la mesure où ils sont membres à part entière du personnel correctionnel. Au même titre que les agents de correction et les gestionnaires, ils sont chargés outre le soin, de gérer et réhabiliter la population carcérale. Leur rôle en tant qu'agents de soins est alors souvent relégué au second plan (Mason & Mercer, 1998), de même que la nécessité d'investir dans l'édification d'un lien thérapeutique avec les contrevenants.

Dans une étude visant à comparer les pratiques infirmières, en milieu hospitalier, au sein d'unités de psychiatrie générale et de psychiatrie légale (celle-ci servant d'extension à la prison locale), Fisher (1995) a relevé plusieurs conflits d'ordre éthique. Tout en désirant accorder aux patients un rôle plus significatif dans la relation thérapeutique, le personnel infirmier de ces deux unités se butait à la critique de ses collègues, selon lesquels il se faisait manipuler et exposait ainsi les autres intervenants à un certain risque. Il avait recours aux contentions chimiques et mécaniques plus souvent qu'il ne le souhaitait et ce, dans le but de préserver l'esprit d'équipe de l'unité. La mise à distance qu'il imposait alors aux patients engendrait de vives tensions issues de la non-concordance entre les gestes posés et ce que les participants estimaient être les desseins thérapeutiques de leur rôle professionnel. Ce qui génère un certain intérêt ici, c'est la similitude des perceptions et pratiques infirmières entre ces deux types d'unités, malgré la distinction de leurs climats organisationnels respectifs (Fisher, 1995). Cela suggère que les finalités de ces unités de pratique comportent nombre d'affinités entre elles, les plaçant du coup le long d'un même continuum où interviennent les dispositifs (systèmes) de santé mentale et judiciaire selon des degrés variés (Peternelj-Taylor, 1999), au risque, selon Osborne (1995), de brouiller les mandats respectifs de chacun.

Des ouvrages plus récents (Holmes, 2002, 2005 ; Mason, 2002) font écho aux conclusions de l'étude de Fisher (1995) en regard du manque de satisfaction éprouvé par le personnel infirmier envers sa pratique en milieu psychiatrique correctionnel, notamment en ce qui a trait à l'établissement et au maintien d'une relation de confiance avec les clients. Au lieu d'attribuer cet état de fait aux professionnels comme tel, de plus en plus d'auteurs, dans une perspective structuraliste, s'attardent sur la complexité organisationnelle des milieux de travail pour évoquer le caractère discordant de la pratique infirmière dans un environnement pénitentiaire (Bernheim, 2000 ; Cloyes, 2004, 2006 ; Holmes, 2001, 2002 ; Mason, 2002). Toutefois, en dépit des affirmations de ces chercheurs, les questionnaires ont

tendance à attribuer les failles du système correctionnel aux intervenants du milieu (Bowman, Thompson & Sutton, 1983). Les personnes, non pas la structure et l'organisation de l'institution elle-même, sont alors remises en cause, notamment en regard de leurs compétences à évoluer dans ce genre de contexte. Traditionnellement, la solution est la mise en œuvre de programmes d'éducation et de formation destinés à outiller les professionnels pratiquant en milieu carcéral. Cette stratégie repose sur une perspective individualiste, selon laquelle on cible les intervenants d'un milieu comme étant les principaux artisans de l'organisation, du fonctionnement et de la culture d'une institution (Garfinkel, 2007). Or, malgré la prévalence de ce type de perfectionnement, les écrits recensés semblent indiquer que bien des infirmières et infirmiers exerçant dans un contexte de psychiatrie correctionnelle ne se sentent pas suffisamment outillés en vue d'œuvrer auprès de leur clientèle selon leurs idéaux de soin (Fisher, 1995 ; Peternelj-Taylor, 1999). Ceci suggère qu'au-delà du manque de formation des professionnels (individuels), d'autres facteurs entrent en ligne de compte, des facteurs qui, peut-être, ne peuvent être résolus selon une perspective individualiste et qui pourraient possiblement bénéficier d'une approche structuraliste, tel que suggéré par certains auteurs.

Ces facteurs peuvent trouver leurs origines au sein du climat organisationnel comme tel. Les institutions telles que le pénitencier véhiculent nombre de discours qui se manifestent notamment par le biais des professionnels qui y travaillent. Ils sont souvent un reflet des discours sociaux et politiques courants (Crowe, 2000 ; Heartfield, 1996 ; Mohr, 1999). Bien qu'il puisse être ardu de saisir ces discours, ils laissent une trace permanente dans les dossiers relatifs aux patients qui y ont séjourné.

En ce sens, l'examen des notes évolutives infirmières suscite un certain intérêt depuis quelques années. Les études entreprises à ce sujet se situent presque toutes en milieu hospitalier, mais quelques auteurs s'y sont intéressés dans un milieu de psychiatrie légale (Martin & Street, 2003). Certains évoquent l'insatisfaction des infirmier(e)s à concilier

leurs idéaux professionnels avec la réalité du milieu, en ce qui a trait, entre autres, à la documentation de leurs interventions (Allen, 1998). D'autres voient cette même documentation comme un reflet des relations de pouvoir entre soignants et soignés, ainsi qu'un outil d'édification de savoirs au sujet de ces derniers (Heartfield, 1996). Certains chercheurs soulignent la mesure dans laquelle « l'aseptisation » des dossiers a dépouillé la documentation des interventions du caractère subjectif et personnel de ces dernières, au point de rendre ardue toute tentative de dégager celles qui ont été mises en œuvre selon une perspective infirmière (Parker & Gardner, 1992). La documentation des interventions est soumise à une batterie d'exigences répondant aux prérogatives d'ordres institutionnel, médical, éthique et légal qui éliminent d'emblée le caractère individuel, intuitif et subjectif de la pratique infirmière (Heartfield, 1996). Cela répond à la vision positiviste qui domine les milieux de soins actuels et, à ce titre, Chater (1999) soutient que le caractère strictement objectif de la documentation sous-entend la recherche d'une vérité unique et objective. Dans une étude menée dans une unité psychiatrique sécurisée en milieu hospitalier, Martin et Street (2003) soulignent quant à elles que l'objectivité qui imprègne les notes évolutives suggère que le personnel infirmier y travaillant adopte un rôle d'observateur passif auprès des patients, évoquant ainsi une absence d'interaction significative entre ces deux partis.

Bien que la construction de l'identité du malade mental, par le biais des notes apposées aux dossiers, ait déjà été examinée en milieu hospitalier et ce, selon une perspective infirmière (Martin, 2003), peu de chercheurs se sont intéressés à cette question dans une institution carcérale. Plus encore, la question du sexe biologique (pratiques et discours des infirmières *versus* ceux des infirmiers) n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie dans ce milieu, même si elle semble prometteuse quant à la clarification (voire l'explication) des dynamiques actuelles dans un environnement où des rôles sexués sont fermement établis. Notre étude a pris appui sur les écrits recensés, selon lesquels la pratique infirmière connaît de nombreuses difficultés en milieu correctionnel où deux

idéologies paradoxales (le soin et la punition) se heurtent l'une à l'autre (Peternelj-Taylor & Johnson, 1995), ce qui contraint l'établissement d'un lien de confiance indispensable au partenariat soignant-soigné. Une attention particulière a été portée, d'une part, aux discours véhiculés dans la pratique infirmière, en regard, notamment, des représentations infirmières vis-à-vis des patients et, d'autre part, aux disparités entre les propos des infirmières et ceux des infirmiers. Les représentations découlent des idéologies qui teintent la pratique infirmière de même que de la socialisation des infirmières et des infirmiers dans un contexte de soin psychiatrique pénitentiaire. Elles servent donc de toile de fond à la production de l'identité de l'individu en tant que « délinquant ». À travers notre analyse de discours, nous sommes demeurée sensible aux questions de genre pouvant émerger des données. La dimension du genre peut être mise en évidence tout d'abord lorsque sont comparés les propos des infirmières avec ceux des infirmiers, qui peuvent s'entretenir de manière semblable ou divergente au sujet des patients qu'ils soignent dans un environnement psycho-légal. Par ailleurs le sexe biologique peut également être déterminant au sein d'interactions entre groupes typiquement « sexués » tels que le personnel infirmier (féminin) et le personnel de correction (masculin). Nous nous sommes appliquée à mettre ces questions liées au sexe en relation avec les tensions existant entre le mandat de soigner une population marginale tout en appliquant sur elle des procédés dictés par la mission de la réformer socialement.

Utiliser les écrits de Foucault en regard de la construction identitaire des individus par le biais des discours et l'élaboration des savoirs permet de jeter un tout autre regard sur la documentation infirmière en milieu carcéral et cette perspective a constitué le cadre théorique utilisé pour notre étude. Selon ce philosophe, les discours constituent des pratiques qui construisent les objets dont ils parlent (Foucault, [1976] 2002), leur donnent un nom, tentent de cerner leur caractère et leurs particularités, édifiant ainsi un cumul de savoirs à leur sujet. Ces discours sont un produit de diverses formes de pouvoir

déterminantes dans l'exercice de la discipline des corps. Le savoir est inhérent à ces formes de pouvoir et cette dyade pouvoir/savoir fonctionne alors comme un système d'exclusion (Heartfield, 1996) dans la mesure où la recherche de vérité qui la guide lui octroie une objectivité supposée sans équivoque. Si l'on transpose ceci à la documentation des interventions en milieu psychiatrique pénitentiaire, l'on peut donc concevoir que les notes apposées par le personnel infirmier recèlent des discours représentant des formes de pouvoir permettant l'institution de régimes de vérité. Cette vérité s'applique aux évaluations physiques et mentales, aux propos du patient, à ses comportements, ses pensées et ses désirs, tout de lui qui transpire par le moindre geste ou la moindre parole et qui est capté par l'œil expert des infirmier(e)s du milieu. Le statut d'objet octroyé au patient par le biais des discours en fait une entité que l'on peut palper, nommer et, surtout, décrire, dans le but ultime de le transformer (Foucault, [1975] 2003). Une approche post-structuraliste permet de déconstruire de tels discours et d'en examiner les thèmes émergents (Cheek, 2000 ; Mohr, 1999) et nous a permis de comprendre en quoi les biais, les perceptions et les idéologies imprègnent ces milieux et peignent un portrait typé de « l'Autre », celui qui ne répond pas aux critères sociaux en cours et qui, pour son bien et le bien d'autrui, doit être pris en charge en vue de corriger des comportements qui posent un risque à l'ordre social.

1.2 Buts de la recherche

Le présent projet a eu pour but d'examiner les discours du personnel infirmier dans les notes infirmières consignées aux dossiers dans un milieu de psychiatrie correctionnelle, afin de déterminer la manière dont l'identité des patients est construite dans ce contexte de soins et si cette construction s'accorde avec les principes propres à la profession infirmière. Cela a également permis d'entrevoir les effets de la culture pénitentiaire sur la représentation que se font les infirmières et les infirmiers de la population qu'ils soignent et, finalement, nous informer sur la nature de leur relation avec leurs clients dans ce milieu.

Par ailleurs, nous avons cherché à mettre en lumière la mesure dans laquelle les discours des infirmières et des infirmiers diffèrent, tant sur le fond que sur la forme et les conséquences de cette différence sur les dynamiques interpersonnelles et interprofessionnelles.

1.3 Questions de recherche

La question de recherche qui nous a guidée tout au long de ce projet et à laquelle nous avons effectué un retour constant afin de ne pas dévier dans notre analyse, est la suivante :

Comment les infirmières et les infirmiers pratiquant dans un milieu hybride de psychiatrie pénitentiaire construisent-ils l'identité des patients dont ils ont la charge par le biais de leurs discours?

Les sous-questions qui en découlent s'énoncent comme suit :

- Est-ce que cette identité est congruente avec les principes inculqués en soins infirmiers?
- Quels sont les discours à l'œuvre dans un tel milieu de soins?
- Quels sont les effets de la culture correctionnelle sur les représentations des infirmier(e)s à l'égard de leurs clients?
- Quels sont les effets de ces représentations sur les soins prodigués?
- Quelle est la nature des relations personnel infirmier-clients dans un tel contexte de soins? Est-elle modulée par la culture correctionnelle qui investit ces lieux?
- Y a-t-il une différence entre les propos des infirmières et les propos des infirmiers? Quelles sont les conséquences de cette différence sur les relations entre infirmières et infirmiers et entre le personnel infirmier et les autres acteurs du milieu?

1.4 Position épistémologique

Notre étude a visé à rendre compte de la complexité d'un milieu dit « totalitaire » et reconnaître la multitude d'enjeux qui le composent. Ces derniers touchent à de nombreux domaines distincts mais interdépendants, tels que la sociologie, l'anthropologie, la criminologie et la psychiatrie. L'expérience clinique de la chercheuse ayant été essentiellement acquise en milieu psychiatrique auprès de populations fortement

marginalisées et, souvent, criminalisées, il incombait d'axer le présent projet en fonction des diverses contraintes qui caractérisent la pratique infirmière dans un tel contexte. Ainsi, les étapes déterminantes de cette recherche, à savoir l'énoncé de la problématique, l'élaboration des cadres épistémologique et théorique, la recension des écrits et la collecte de même que l'analyse des données, se veulent un reflet de ces considérations et gravitent autour d'un concept-clé : le pouvoir. Celui-ci a en effet été isolé à la lumière de la recension des écrits en tant qu'élément déterminant des structures de correction et de soins qui sous-tend les processus légaux, éthiques, historiques et politiques de ces dernières.

Par conséquent, une perspective qui soutient une telle prise de conscience s'est avérée indispensable. Nous avons estimé qu'un paradigme de théorie critique était donc tout indiqué afin de mettre en évidence la pluralité des processus souvent discordants qui sous-tendent un environnement tel qu'une unité de soins psychiatriques correctionnels.

1.4.1 Théorie critique

Un paradigme constitue une façon de voir et de comprendre le monde et ses phénomènes et détermine le développement des connaissances et les pratiques au sein d'une discipline. Il découle d'un système de croyances qui sert de toile de fond à partir de laquelle le chercheur construit son investigation et établit les assises ontologiques et épistémologiques de celle-ci, de même que son parcours méthodologique (Guba & Lincoln, 1998).

Guba et Lincoln (1998) ont identifié quatre paradigmes guidant actuellement l'entreprise de la recherche qualitative : le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique et le constructivisme. En sciences infirmières, ces paradigmes teintent de différentes façons la substance et la syntaxe de la discipline. Parce qu'ils coexistent de manière simultanée, ils permettent divers discours s'opposant les uns aux autres, favorisant ainsi des fils de pensée divergents. Toutefois, alors que les deux premiers admettent une méthodologie de

type quantitatif, les deux derniers valident les recherches utilisant des devis qualitatifs. Une préférence sans équivoque pour les méthodologies quantitatives a traditionnellement caractérisé le développement des connaissances (Guba & Lincoln, 1998). Ce faisant, le positivisme – et par la suite le postpositivisme – est devenu le « *received view* » (Rodgers, 1997), c'est-à-dire une perspective de par laquelle les phénomènes de la science sont vérifiés ou infirmés, par le biais de propositions linéaires réduites à des calculs mathématiques. Parallèlement, les paradigmes de la théorie critique et du constructivisme cherchent plutôt à contextualiser des phénomènes observables selon ce que Guba et Lincoln (1998) appellent le réalisme et le relativisme historique. Ces deux paradigmes ont toutefois essuyé de nombreuses critiques, en raison d'un présumé manque de fiabilité, d'irrésolution, de même que de l'impossibilité à généraliser les résultats des recherches qualitatives, même si tel n'est pas l'objectif de celles-ci.

Nombre d'auteurs s'inquiètent de la domination du postpositivisme, accusé de générer des connaissances et des discours au service des idéologies en cours qui raffermissent les normes (sanitaires, sociales, etc.) établies et de se complaire dans un réductionnisme et un déterminisme qui entravent la pluralité des modes de génération des connaissances (Holmes, Murray, Perron & Rail, 2006 ; Holmes, Perron & O'Byrne, 2006 ; Murray, Holmes, Perron & Rail, 2007). La prépondérance du postpositivisme tient du fait que ses assises épistémologiques ont été qualifiées comme les seules suffisamment rationnelles et rigoureuses pour être considérées comme susceptibles de générer des explications et des prédictions sûres en regard de la nature et ses phénomènes.

Selon Kuhn (1983), l'histoire des sciences n'a pas la forme d'un progrès cumulatif, régulier et linéaire en regard des nouvelles découvertes. Elle est plutôt marquée par de profondes révolutions qui rompent le cours de ce que Kuhn (1983) appelle la « science normale ». Il propose deux modèles de l'histoire scientifique. La science normale est fonction du paradigme qui oriente le regard des chercheurs. Advenant des anomalies, le

chercheur s'efforcera de les résoudre au sein du paradigme sélectionné. Lorsque cela ne porte pas fruit, il se résigne à revoir sa conceptualisation de l'objet à l'étude et réorganise son schème de référence. Ces moments de perturbation sont ce que Kuhn (1983) appelle des révolutions scientifiques, qui alimentent alors la « science extraordinaire ».

L'émergence de la critique postmoderne, en regard de l'élaboration du corps de connaissances scientifiques, peut être apparentée à ce genre de révolution scientifique. Elle remet en question la polyvalence de la démarche scientifique positiviste et met en lumière ses lacunes en regard de sa capacité à dépeindre, expliquer et prédire les processus qui sous-tendent chaque phénomène social (Best & Kellner, 1991). Ce mouvement fait la critique de la modernité et de son projet d'émancipation sociale au moyen de la raison et de la science. Tel qu'évoqué plus tôt, selon les théories postmodernes (incluant le poststructuralisme), toute représentation cognitive est modélisée par l'histoire, le pouvoir et le langage. Elles rejettent les macroperspectives sur la société au profit des micropolitiques et des microthéories (Best & Kellner, 1991). Elles revendiquent le pluralisme, la multiplicité, l'indéterminisme et la décentralisation de la pensée. L'ère postmoderne est donc marquée par l'effondrement du rationalisme et de l'éthos du siècle des Lumières.

Le paradigme de la théorie critique s'érige donc à l'encontre du (post)positivisme. Il regroupe plusieurs autres formes de pensée, notamment certaines théories féministes. Ces paradigmes s'apparentent sur le plan ontologique par leur réalisme historique, selon lequel la réalité que tout chercheur tente d'appréhender est en fait le fruit d'un amalgame de valeurs à caractère social, sexuel (relatives au sexe biologique), politique, ethnique, économique, éthique et juridique. « La réalité » constitue donc le résultat de la cristallisation de ces valeurs au sein de structures diverses (ex : institutions, rites, etc.), considérées à tort en tant que manifestations « naturelles » de processus prédéterminés (Guba & Lincoln, 1998). Le paradigme de la théorie critique admet au contraire l'existence concomitante

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

Le présent projet s'inscrit dans une logique qualitative qui cherche à explorer, définir et décrire un phénomène d'intérêt, ce qui a commandé une proximité certaine entre la chercheuse et son objet d'étude, proximité qui annule toute prétention à l'objectivité et la neutralité de l'entreprise. En raison de l'accent placé dans cette étude sur les processus historiques et politiques de deux types d'institution « totalitaires » (l'asile et la prison), de même que des questions indéniables liées au sexe des informants, le paradigme de la théorie critique s'est avéré tout indiqué en vue de mettre en évidence les contingences (sociales, politiques, etc.) dictées par l'imposition d'une réalité socialement construite. Plus précisément, nous avons souscrit à une perspective poststructuraliste afin, d'une part, d'examiner les documents issus du milieu choisi et, d'autre part, de déconstruire les discours courants des institutions psychiatriques et pénitentiaires et de mettre en évidence les effets de pouvoir de ceux-ci sur ceux qui y travaillent et ceux qui y sont enfermés.

1.4.2 Poststructuralisme

Les théories postmodernes ont fait leur apparition vers la fin des années 60, en réponse à une lassitude de certains intellectuels français tels que Deleuze, Foucault, Guattari, Lyotard et d'autres encore, face à l'incapacité des théories modernes à expliquer

les événements sociopolitiques de l'époque (Best & Kellner, 1991). Durant cette période, la France, notamment, connaît une effervescence de phénomènes de revendication par des groupes laissés-pour-compte, tels que les étudiants, les femmes, les homosexuels, les Noirs et les Arabes, phénomènes autour desquels s'est développée la révolution intellectuelle amorcée par les défenseurs du mouvement postmoderne. Ce dernier comporte deux axes, à savoir le poststructuralisme et le postcolonialisme. Il reproche aux théories modernes l'imposition d'une dialectique englobante (métathéorie) inspirée des penseurs tels que Descartes, Comte et les philosophes des Lumières (Diderot, Voltaire, Rousseau, etc.), dialectique qui se veut à la recherche de la raison et de la vérité en vue d'atteindre un degré supérieur de liberté, de progrès (social, technologique) et de savoir (Best & Kellner, 1991). À la base de cette aspiration repose la conviction que la raison peut mener à l'établissement de théories, de pratiques et de normes propices à la structuration et l'organisation de systèmes de pensée en particulier et de la société en général. Ce mouvement traverse le monde occidental dans son ensemble, tout particulièrement ses sociétés démocratiques, dans le but de produire un ordre social juste et égalitaire propice au progrès social (Toulmin, 1990).

La pensée moderne illustre donc l'évolution du savoir suivant un axe directeur unique, méthodique, systématique qui doit mener à la révélation objective des secrets de la Science. Les affirmations qui résultent de cette quête de la raison et de la vérité prennent la forme de prémisses universelles, « totalisantes » et rationnelles qui, selon la logique poststructuraliste, traduisent la présomption d'un mode de pensée unique, qui reproduit l'idéologie en cours et raffermi les normes sociales établies. Le courant postmoderne vise à déconstruire ces discours et préconise plutôt une approche éclectique, sceptique, décentralisée et pluraliste, qui tient compte du fait que les théories n'offrent qu'une vision partielle et incomplète de la réalité (Best & Kellner, 1991). Nous souscrivons à la

perspective selon laquelle une diversité de points de vue s'avère nécessaire en vue de saisir chaque phénomène social dans toute sa complexité.

Cette position épistémologique s'insère dans le paradigme de la théorie critique tel que défini par Guba et Lincoln (1998). La théorie critique réfute l'hypothèse d'une vérité unique, objective, générale et absolue. Elle admet que tout investigateur est pourvu de biais qu'il incorpore dans l'interprétation de ses observations et que son influence sur son objet d'étude est indéniable. Ainsi, toute réalité est modulée en fonction de la socialisation de ses observateurs, autrement dit, elle est socialement construite. Elle est donc le fruit de structures économiques, politiques, éthiques, légales, culturelles et sociales (Best & Kellner, 1991 ; Guba & Lincoln, 1998). La théorie critique s'oppose à la logique positiviste, selon laquelle l'acquisition des connaissances a lieu par le biais d'un processus cognitif, objectif et empirique dans lequel n'interviennent jamais des facteurs « arbitraires » ou « intangibles » tels que l'intuition ou l'émotion (Code, 1991).

La perspective poststructuraliste porte une attention particulière aux questions relatives au discours et au langage et au rôle que ces pratiques symboliques jouent dans l'établissement des formes de domination sociale. Elle permet d'examiner des éléments souvent exclus de l'étude des interactions sociales, tels que le discours ou encore les contextes politique et historique mettant en valeur les relations de pouvoir inhérentes à ces interactions. Cet intérêt découle d'une préoccupation « dialectique » en regard de la construction (sociale) de l'expérience (Kincheloe & McLaren, 2003).

Selon le philosophe français Jacques Derrida, l'un des pionniers de la déconstruction des institutions contemporaines, le langage « travestit » les pensées, générant ainsi des suppositions erronées en regard de l'idée première de leur instigateur (Collins & Mayblin, 1996). Il recèle une multitude de valeurs continuellement remaniées par ce dernier et, par conséquent, accuse une fluidité perpétuelle en regard de sa signification, de même qu'une multiplicité d'interprétations (Collins & Mayblin, 1996). Derrida (1967)

estime par ailleurs que rien ne peut exister en dehors du langage et que celui-ci est un vecteur obligé des symboles sociaux, qu'il prenne la forme d'images, de dialogues ou de notes d'observation.

Foucault a quant à lui consacré une part considérable de sa réflexion aux liens tissés entre le pouvoir et le discours tels qu'ils se révèlent par le biais du langage et a critiqué le caractère hégémonique susceptible d'être généré lorsqu'un discours en supprime un autre. Selon lui, les régimes discursifs sont multiples et investissent une variété de milieux et d'institutions. Toutefois, tous répliquent le même processus de valorisation d'un discours et la sanction d'un autre, l'inclusion d'un type de pratique au détriment d'un autre, l'élévation d'une idéologie au rang d'autorité et la marginalisation concomitante d'une autre.

L'optique poststructuraliste propose donc une subjectivité fluctuante et parfois même contradictoire en ce sens qu'elle est constamment redéfinie par le biais du discours chaque fois que l'on pense ou que l'on parle. Dans cette optique, le langage devient un lieu fondamental de lutte politique (Weedon, 1997). Le penseur critique peut être défini comme un théoricien ou un chercheur qui se sert de ses travaux (en tant que constituants du langage) comme outil de réfutation critique des institutions sociopolitiques courantes. Kincheloe et McLaren (2003) ont extrait certaines convictions entretenues par ce type de penseur :

- ① que toute pensée est modélisée par des relations de pouvoir fermement établies sur les plans social, politique et historique ;
- ② qu'il est impossible, lors de l'examen d'un objet d'étude, de faire abstraction du contexte sociopolitique dans lequel celui-ci est ancré ou des idéologies et des valeurs qui en constituent l'essence ;
- ③ que le langage joue un rôle fondamental dans l'édification de la subjectivité (que celle-ci soit consciente ou non) ;

- ④ que certains agrégats sociaux sont privilégiés et que l'oppression qui en découle est d'autant plus facilitée que les groupes subordonnés acceptent cet état des faits comme étant naturel, inévitable ou même nécessaire ;
- ⑤ que l'oppression existe sous de multiples visages et que la priorisation de l'une de ses formes au détriment d'une autre détourne le penseur des liens possibles les rattachant les unes aux autres ;
- ⑥ enfin, que l'entreprise de la recherche reproduit, quoique de façon involontaire, les systèmes d'oppression sexuelle, raciale et politique. La recherche dite critique s'inscrit donc sous le couvert d'un projet d'émancipation et le théoricien critique devient un outil d'action politique.

Selon les écrits postmodernes, la vision post-positiviste est trop restrictive en soi et elle ne peut rendre compte de la réalité des groupes opprimés par l'élitisme Moderne. Ils privilégient plutôt un relativisme qui admet des prises de position intermédiaires ou opposées au courant dominant, qui prend en compte l'interprétation, la conscience et la signification attribuée aux expériences des personnes (Code, 1991) et qui permet de s'éloigner des discours qui objectivent et uniformisent : « When human behavior is the data, a tolerance for ambiguity, multiplicity, contradiction, and instability is essential » (Wolf, 1992, p. 129).

Le poststructuralisme stipule que l'expérience ne comporte aucune signification qui lui est intrinsèque. Le sens qui lui est décerné est plutôt le résultat de systèmes dialectiques qui énoncent tous des versions antithétiques de la réalité en raison des intérêts opposés qu'ils desservent (Weedon, 1997). La réalité n'a aucun contenu en dehors de ces systèmes discursifs cristallisés au sein de diverses institutions sociopolitiques et celui qui met en pratique un discours particulier devient assujetti à sa signification. Les champs discursifs propres à chaque institution (ex : le système légal, la famille, l'école ou encore l'Église) offrent à l'individu de vastes possibilités de discours et donc de subjectivités. Or, toute

société comporte un régime discursif dominant pour chacune de ces institutions (exhaussé par exemple par les valeurs privilégiées par cette société), régime qui organise et structure un champ social bien circonscrit et favorise l'émergence de nouvelles institutions qui lui sont conformes et qui le perpétuent davantage. Ceci implique que la signification accordée à l'expérience au sein de ce régime discursif s'impose de manière « naturelle » aux individus et constitue « la » réalité dans le cadre de laquelle ils évoluent. Tout autre discours, toute autre conception de la réalité constituent des entités en marge de cette norme, incongrues et, par conséquent, illégitimes.

Afin de bien cerner notre problématique en vertu de cette perspective théorique (critique), il est nécessaire d'examiner l'état des connaissances relatives à notre objet de recherche. Ainsi, les thèmes que nous avons choisis, à savoir la folie, l'identité et les représentations sociales, le pouvoir, le discours, les soins infirmiers psychiatriques et les soins infirmiers psychiatriques correctionnels, permettent à notre avis une compréhension globale des enjeux sous-tendant ce projet de recherche.

2. CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

La recension des écrits a débuté avec des concepts assez larges gravitant autour des soins infirmiers en psychiatrie, du milieu correctionnel et du discours. Au fil de nos lectures, les concepts se sont précisés et, aux ouvrages « traditionnels », se sont ajoutés des articles et des livres issus d'une perspective critique. Ces lectures ont permis de peaufiner l'organisation thématique du présent chapitre. Nous présentons d'abord les thèmes liés au pouvoir et aux questions de représentation sociale (identité, risque, marginalité, exclusion), puis ramenons notre discussion vers la discipline infirmière en présentant la pertinence des travaux de Peplau en soins infirmiers psychiatriques. Le concept du pouvoir occupe une position centrale dans notre recherche et bien que nous ayons consulté de nombreux auteurs qui en ont traité dans leurs ouvrages respectifs, les écrits de Foucault demeurent à nos yeux une référence incontournable. Foucault a également largement traité du concept de discours, concept qui constitue également une pierre angulaire de notre réflexion.

Les perspectives théoriques dont nous nous réclamons incluent les travaux de Foucault portant sur le discours et le pouvoir. Étant donné notre formation professionnelle, nous avons tenu à préserver la dimension infirmière de notre recherche en incluant les écrits de Peplau sur la relation interpersonnelle, écrits qui ne peuvent qu'enrichir, selon nous, notre réflexion sur les relations entre infirmier(e)s et patients. Il s'agit là d'un ajout important puisque le sujet même de notre recherche gravite autour de cette dimension.

L'organisation thématique de notre recension des écrits reflète les concepts-clés de notre recherche qui présideront lors de l'analyse des données. Tel qu'énoncé plus haut, les écrits de Foucault seront largement exploités à cette fin, mais s'y ajouteront également les travaux d'auteurs tels que Goffman, Castel et Beck afin de créer un cadre critique rigoureux. Il est à noter qu'en raison du peu d'écrits en sciences infirmières portant sur la question des soins en milieu carcéral, certains ouvrages auxquels nous référons peuvent

avoir été publiés il y a plusieurs années et sembler désuets dans le cadre du présent projet. L'on remarque toutefois que ces écrits, récents ou non, abondent généralement dans le même sens en regard des enjeux sociopolitiques inhérents à ce domaine de pratique.

Par ailleurs, nous avons choisi d'inclure les discussions portant sur nos allégeances théoriques dans la recension des écrits puisqu'elles sont le fruit d'une réflexion et d'une analyse menées pendant la recension des écrits et au-delà de cette dernière. La recension des écrits permet de faire le point sur les travaux portant sur des concepts précis, mais elle fournit également les textes permettant de bien circonscrire la perspective théorique choisie. Ainsi, toute la recension des écrits permet, à des degrés divers, de saisir la perspective dans laquelle se situe le chercheur. Dans notre cas, cette perspective théorique constitue le fil directeur reliant entre eux les concepts sélectionnés. « Fracturer » l'exercice de la recension pour en extraire, d'une part, les thèmes à examiner, et, d'autre part, une ou des perspectives théorique(s), ne rend pas justice, selon nous, à la réflexion (globale et intégrée) qui s'opère lorsque le chercheur amorce sa recension et oriente son adhésion théorique. Nous espérons transmettre, par le biais de l'organisation du présent chapitre, une vision d'ensemble à la fois plus complexe et détaillée, à l'image de la problématique choisie.

2.1 Folie et exclusion sociale

Dans son ouvrage intitulé *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault ([1961] 1997) retrace les débuts de l'exclusion sociale des fous depuis la fin du Moyen-Âge. En utilisant les lépreux comme point de départ de son analyse, il évoque les pratiques, voire les rites, qui ont institué la mise à l'écart systématique des indésirables sociaux – les lépreux par peur de la contagion, les fous par peur de la laideur, la vilénie, la perversion, la souffrance et la mort. Longtemps après la disparition des lépreux subsisteront les attitudes et les images qu'ils ont suscitées et qui constituent les origines de leur exclusion. Les

lépreux représentaient une figure sociale redoutable qu'il convenait d'écarter, non sans tracer un périmètre intangible et inabordable autour d'eux (Foucault, [1961] 1997), symbole de leur disqualification sociale. Ainsi, sont demeurés les structures et les rites associés à cette dernière. Dans le cas des fous, ces rites prennent la forme d'un appareillage forcé par voie d'eau, alors que les fous sont envoyés sur les bateaux marchands afin que les marins les abandonnent sur des terres éloignées (Foucault, [1961] 1997). Les fous ainsi expatriés sont condamnés à errer d'une terre à l'autre, lorsque les marins ne les jettent pas tout simplement par-dessus bord. La *Nef des Fous*, tableau frappant de Bosch, illustre de façon éloquent cette pratique fort courante à l'époque.

La folie fascine l'homme et fait naître dans son imaginaire des figures angoissantes, telles que le mensonge, la dépravation, la violence, Satan et la fin du monde, figures reprises dans la littérature par de nombreux lettrés tels que Montaigne, Ronsard et Shakespeare (Foucault, [1961] 1997). La folie est le vide de la Raison. Elle ne se définit qu'à travers cette dernière qui lui sert de contrepartie. Foucault ([1961] 1997) exprime la relation qui unit ces deux concepts en ces termes :

La folie devient une forme relative à la raison ou plutôt folie et raison entrent dans une relation perpétuellement réversible qui fait que toute folie a sa raison qui la juge et la maîtrise, toute raison sa folie en laquelle elle trouve sa vérité dérisoire. Chacune est mesure de l'autre et dans ce mouvement de référence réciproque, elles se récusent toutes deux, mais se fondent l'une dans l'autre (p. 41).

Descartes emploie quant à lui la pensée en tant que contestation de la folie :

Ce n'est pas la permanence d'une vérité qui garantit la pensée contre la folie, comme elle lui permettrait de se déprendre d'une erreur ou d'émerger d'un songe ; c'est une impossibilité d'être fou, essentielle non à l'objet de la pensée, mais au sujet qui pense. (...) la folie justement est condition d'impossibilité de la pensée (Foucault, [1961] 1997, p. 57).

La folie constitue un châtement à l'égarement moral de celui qui la subit. Elle n'est pas chose médicale mais se réclame de la seule miséricorde divine. Ce n'est qu'à l'âge classique que l'institution remplace l'embarcation errante des fous. L'hôpital constitue alors la nouvelle terre d'accueil de ces expatriés avec, en 1656, la fondation de l'hôpital général de Paris, selon la volonté souveraine et bourgeoise de l'époque. C'est là que les premiers psychiatres veilleront à traiter la folie. L'hôpital offre le substrat idéal à l'étude de cette extravagance, menace à l'ordre social, en concentrant entre ses murs ceux qui en sont affligés. Les traitements sont grossiers et impliquent couramment la pose d'entraves enchaînant les patients aux murs, car la folie rappelle les aberrations de la bestialité (Foucault, [1961] 1997).

Ce n'est qu'après la Révolution que sont repensées les structures de prise en charge (quoique arbitraire) des insensés, alors que sont énoncés les principes régissant la liberté des individus dans la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* (Russ, 1979). C'est alors que l'on élabore des maisons d'internement garantes de l'isolement social des malades mentaux. Cette mise à l'écart doit permettre la reconduction d'une intervention thérapeutique étant donné que « l'aliéné est l'homme à changer » (Gauchet & Swain, 1980, p. 128). Rapidement, les asiles deviennent des organisations complexes chargées de ramener le fou à la raison car l'institution asilaire est habilitée à « se saisir des âmes et à les gouverner » (Gauchet & Swain, 1980, p. 129), par le biais d'un traitement moral devant assurer, ni plus ni moins, la restitution de l'humanité essentielle des internés. Au sein de l'asile, la raison fait figure de pouvoir et constitue la matière première de l'enfermement car le fou illustre l'ébranlement du sujet de raison.

Hobbes ([1642] 1993) évoque la primauté de la raison comme condition à la participation à la relation contractuelle entre citoyens et État. Pour lui, la folie est une volonté fondée sur des idées qui ne sont pas naturelles, notamment le désir, les fantasmes, l'aversion et les rêves (Hobbes, [1651] 1968), qui aveuglent le fou à l'opinion d'autrui

(Demonet & Moreau de Bellaing, 2000) et l'empêchent de prendre sa place dans la chaîne des subordinations. Plus encore, le fou se situe à la limite de l'humanité : en définissant la personne en tant qu'acteur social volontaire, Hobbes ([1642] 1993) condamne le malade mental à l'exclusion du genre humain, car l'insensé ne peut se produire lui-même par sa pensée et celle des autres. Hobbes ([1642] 1993) accuse l'égarement de la raison : « la loi de nature n'est pas le consentement des Hommes, mais ce que la raison nous dicte (...), par ce mot de genre humain on doit entendre tous ceux qui se servent de leur raison » (p. 101-2). On voit clairement, dans les écrits de Hobbes, selon quelle logique l'aliéné ne peut se constituer comme citoyen, en raison de son appartenance à une sous-catégorie de l'humanité : « avec, d'une part, l'idée de dépendance et, d'autre part, celle de droit naturel, l'écart qui se creuse entre citoyenneté et folie nous entraîne vers un modèle de pensée marquant une rupture entre humanité et animalité entendue dans le sens d'une sous-humanité » (Demonet & Moreau de Bellaing, 2000, p. 53).

La conception de Hobbes en regard de la non-citoyenneté du fou n'est pas unique dans son énoncé. Locke ([1689] 1998) établit également l'impératif d'un entendement humain à l'exercice de la liberté et de l'autonomie. Selon lui, les fous n'ont pas perdu la capacité de raisonner, mais exercent celle-ci de manière erronée, ce qui, invariablement, les confine à un non-lieu de la citoyenneté. Toutefois, contrairement à Hobbes, Locke préconise une forme de ségrégation des fous, plutôt que leur exclusion radicale, pavant la voie vers une forme élémentaire d'inclusion sociale (Demonet & Moreau de Bellaing, 2000).

Un siècle après Hobbes et Locke, Rousseau ([1755] 1973, p. 66) déclarait : « La folie ne fait pas de droit ». Tout comme Hobbes, Rousseau ([1755] 1973) estime que la raison est la clé nécessaire à la conclusion d'un contrat social et quiconque en est dépourvu s'inscrit en-dehors du droit, et, dès lors, en-dehors de la citoyenneté. Le fou ne s'identifie pas au sein du collectif au moyen de ses actes car il n'en a pas conscience, ce qui, selon Rousseau ([1755] 1973), le classe au même titre que l'esclave. Contrairement à

Hobbes cependant, Rousseau n'évoque pas une sous-humanité qui recueillerait ces « non-humains ». Toutefois, il estime que la folie enferme celui qu'elle accable dans un individualisme égoïste (Démonet & Moreau de Bellaing, 2000), puisque, incapable de comprendre les autres et d'en être compris, le fou, en fin de compte, ne peut s'intéresser qu'à lui-même.

C'est à la fin du XVIII^{ème} siècle que Pinel réalisera les desseins « thérapeutiques » des asiles, sous la bannière d'un projet d'humanisation des institutions psychiatriques. C'est alors que l'asile devient, à proprement parler, un véritable territoire médical (Foucault, [1961] 1997). La folie sort d'un cadre de référence social (anthropologique) pour s'inscrire dans un cadre médical (Foucault, [1961] 1997), le médecin agissant alors à titre de seule autorité légitime capable de reconnaître, diagnostiquer et traiter la folie. Il devient un spécialiste sur l'expertise duquel se fonde une prise en charge objective institutionnelle et, de façon plus large, sociale. La médicalisation de l'asile a donc fait de celui-ci « un lieu éminemment politique » (Gauchet & Swain, 1980, p. 127).

Le fait même de la désignation d'un expert en matière de folie reflète en quelque sorte une nécessité (sociale) de prendre en charge une problématique grandissante à l'époque. Cette dernière demeure toutefois d'actualité et a reconduit, sous diverses formes, une violence fortement rationalisée à l'égard des « fous », car la folie fait encore peur. On y décèle encore un risque, tout particulièrement en raison du caractère imprévisible qu'elle évoque chez celui qui en est affecté. Car le risque renvoie, non pas à une irrégularité de la volonté individuelle, mais plutôt à un concours (objectif) de circonstances exogènes à tout un chacun (Ewald, 1991). L'enfermement des personnes psychiatisées constitue dans bien des cas une intervention systématique. De surcroît, on veillait, encore jusqu'à tout récemment, à ce que les malades mentaux ne puissent pas « perpétuer » leur déséquilibre aux générations suivantes, notamment par le recours à leur stérilisation forcée (Perron, Fluet & Holmes, 2005). Ces deux types d'intervention, l'enfermement et la stérilisation,

s'inscrivent dans une logique de prévention des risques qui prend le visage d'un contrôle social absolu, voire de l'eugénisme, sanctionnée par les autorités médicales. En 1914, l'American Psychiatric Association déclarait :

That a radical cure of the evils incident to the dependent mentally defective classes would be effected if every feeble-minded person, every imbecile, every habitual criminal, every manifestly weak-minded person, and every confirmed inebriate were sterilized, is a self-evident proposition. By this means we could practically, if not absolutely, arrest, in a decade or two, the reproduction of mentally defective persons (Macdonald, 1914, cité dans Castel, 1991, p. 285).

La stérilisation forcée des malades mentaux, encore en vigueur de nos jours dans la majorité des états américains (Diekema, 2003) dans le but de prévenir la violence ou la grossesse, illustre le paradoxe entre ce contrôle social absolu et la liberté des personnes à disposer d'elles-mêmes. « L'expert psychiatrique » aura joué – et joue encore – un rôle prédominant dans l'application de telles stratégies visant à circonscrire le risque que représente le « fou ».

Le psychiatre a permis à la société de porter son regard outre ses éléments « inadéquats » ou « inadaptés ». Ce faisant, le « phénomène » du psychiatre a sanctionné la ségrégation et la « compartimentalisation » de la différence dans une enceinte désignée à cet effet. Étant donné l'accès de celle-ci réservé à ceux qui y soignent ou s'y font soigner, la folie conserve encore aujourd'hui un halo d'incompréhension et de malaise (voire de peur ou de mépris) né de représentations sociales diverses reprises et véhiculées par différents vecteurs (discours populaire, média, etc.). La prochaine section tâchera de cerner ce concept complexe des représentations sociales, de distinguer leurs effets sur les relations entre les infirmier(e)s et les personnes qu'elles soignent de même que leurs effets sur la construction de l'identité de ces dernières.

2.2 Identité, subjectivité et représentations

La notion d' « identité » a fait l'objet d'une multitude d'ouvrages (en philosophie, sociologie et psychologie, notamment) qui s'emploient, entre autres, à la cerner et à la définir. Une perspective moderne reconnaît l'identité comme un attribut indéniable du sujet pensant, libre et autonome. Elle est stable, unique, essentielle et mue principalement par la raison (Best & Kellner, 1991). Des disciplines telles que la psychanalyse s'emploient à cerner et à définir sa structure (Mansfield, 2000). Toutefois, tel que le souligne Gergen (1991, p. 6-7),

The process of social saturation is producing a profound change in our ways of understanding the self (...). As we enter the postmodern era, all previous beliefs about the self are placed in jeopardy, and with them the patterns of action they sustain (...). Selves as possessors of real and identifiable characteristics – such as rationality, emotion, inspiration, and will – are dismantled.

La lentille poststructuraliste nous amène à problématiser la question de l'identité et sa conception moderne. À cet effet, les auteurs poststructuralistes (tout particulièrement dans les ouvrages en anglais) préfèrent l'emploi du terme *subjectivité* pour décrire la fragmentation de la personne en une multitude d'engagements. Il convient de souligner que Foucault emploie le terme *identité* dans ses travaux sans toutefois souscrire à sa conceptualisation moderne. Dans le cadre du présent projet nous employons donc ces deux termes sous un angle poststructuraliste.

La personne doit donc être repensée comme un être investi de relations de pouvoir et de discours multiples, en continuelle dissolution et reconstruction, ce qui invalide la possibilité d'une identité fixe à travers le temps. À travers tous ses écrits, Foucault (1980a, 1980b, [1976] 2002) prend soin de préciser que la personne (son identité, sa subjectivité) ne constitue pas une surface inerte sur laquelle agit le pouvoir : « The individual (...) is not the *vis-à-vis* of power ; it is, I believe, one of its prime effects (...), it is the element of its

articulation » (Foucault, 1980b, p. 98). Mansfield (2000, p. 53), en reprenant la pensée de Foucault, estime que la personne

does not develop according to its own wants, talents and desires, but exists for the system that needs it. Its only public reality is determined for it by the social apparatus that calls it into a certain kind of being.

Hamilton (2007) désigne pour sa part le sujet postmoderne comme « a shifting fiction, made up from the available identities that society offers, including physical, philosophical, legal, political, cultural and sexual identities » (p. 51).

La production de l'identité au sens poststructuraliste implique donc un état de fluctuation permanent. Dans une perspective postcoloniale, Hall (1994) propose que l'identité soit conceptualisée comme « a 'production' which is never complete, always in process, and always constituted within, not outside, of representation » (p. 392). La question des représentations est d'importance dans le cadre de notre projet, compte tenu des représentations courantes du criminel et du patient psychiatrique.

Selon Riggins (1997), la production identitaire s'appuie sur la circulation de discours axés sur la ressemblance et la différence. S'ils communiquent des attributs (réels ou non) propres à soi, les discours permettent également de représenter ceux des autres. En sciences sociales, le terme « Autre » fait référence à tous ceux et celles que l'on perçoit comme étant le moins différents (Riggins, 1997). Sous cet angle, l'Autre doit donc être perçu comme une entité évoluant entre une multitude de positions au sein d'un système de différences (Riggins, 1997), un portrait qui met en évidence la négociation simultanée de multiples identités par l'entremise d'autant de discours.

L'observation d'une différence chez l'Autre laisse entendre tout un ensemble de qualités, réelles ou perçues, qui jette les bases d'un schème de référence ou d'une idéologie, qui permet de rationaliser et justifier l'animosité qu'engendre cet Autre.

L'extrapolation de ce schème de référence mène à l'élaboration de stéréotypes, largement

analysés par Goffman ([1968] 1986) dans son ouvrage sur les stigmates. Bhabha (1994) définit quant à lui le stéréotype comme un substitut de l'Autre.

La logique du stéréotype commande la répétition excessive et rigide d'images précises de l'Autre (Bhabha, 1994). Afin que le stéréotype soit décodé, tout un cumul de données doit l'accompagner afin de le renforcer et lui octroyer une signification sociale : « The stereotype is a complex, ambivalent, contradictory mode of representation, as anxious as it is assertive » (Bhabha, 1994, p. 70). Il demeure certain que les stéréotypes permettent de bien mettre en évidence les différences entre personnes, de même que l'ambivalence dérision/désir (Riggins, 1997) chez celui qui est sensible à ces différences. Toutefois, une fois intégrés, ces schèmes de pensée opèrent à un niveau inconscient et modulent les réflexions et les comportements vis-à-vis de l'Autre. Tout un système d'interaction sociale peut s'ensuivre et créer et renforcer un schème dominant d'action-réaction entre groupes accusant des différences entre eux. Même les esprits les plus sensibilisés à ces questions fondamentales en recherche sociale (par exemple en ethnographie) n'échappent pas à ces modes de fonctionnement qui reproduisent (souvent inconsciemment) des relations de pouvoir entre groupes (Whittaker, 1994 ; Wolf, 1992 ; Wolf, 1996). Les représentations sociales en général et les stéréotypes en particulier constituent donc des dispositifs de pouvoir (compris ici dans un sens foucauldien) (Bhabha, 1994).

Dans une optique poststructuraliste, les représentations de « la réalité » sont vouées à l'échec, notamment en raison de l'incertitude et des contingences du langage employé pour communiquer ces représentations. Foucault (2000) estime que toute représentation est le fruit de relations de pouvoir cristallisées dans des institutions (gouvernementales, professionnelles, religieuses, médiatiques et ainsi de suite) qui privilégient certaines représentations – et donc certaines formes de pouvoir – et leur assignent une signification précise, en apparence statique, dénuée de sens politique et

donc reproductrice de vérité. La pensée poststructuraliste a donc permis de problématiser les représentations sociales dominantes notamment en ce qui a trait à la race, la classe sociale et le sexe – en bref, tout constituant de l'identité au sens moderne (Mansfield, 2000).

De nombreux auteurs sont d'avis que les représentations influencent la pratique professionnelle et que, en retour, cette dernière a des effets indéniables sur les représentations (Goffman, [1968] 1998 ; Holmes, 2001, 2002 ; Martin, 2003 ; Mercer, Mason & Richman, 1999). Les représentations sociales sont le fruit d'une mentalité collective et reflètent une conviction ou une idée issue de cette dernière. Elles tracent un « portrait » assertif d'un fait ou d'une personne, portrait qui s'impose par la suite dans une variété de contextes d'interaction. La sociologie contemporaine s'est employée à examiner les effets des représentations sur les interactions sociales. Ces représentations donnent souvent lieu à des clichés sociaux (attribués à des individus, des opinions ou des situations précises) qui s'octroient une valeur de prédiction faisant abstraction de la diversité des personnes ou du cadre (social, culturel, etc.) dans lequel celles-ci se trouvent (Mannoni, 1998). Leur caractère préjudiciable repose sur des éléments communs amplifiés qui prennent la forme de caractéristiques « absolues » qui supplantent toutes autres distinctions.

L'expression de représentations s'effectue de manière inconsciente ce qui, selon Mannoni (1998), commande sa problématisation. En effet, la plupart des stéréotypes comportent un attribut péjoratif nuisible aux personnes qu'ils visent. Le fait qu'ils soient sanctionnés par une collectivité leur accorde un caractère probant, voire péremptoire, qui les impose comme un état de fait :

Les représentations sociales [participent] à l'élaboration ou à la réélaboration de scénarios mentaux complexes mobilisant fortement l'irrationnel. Infiltrant, à leur habitude, les données du réel, les représentations sociales leur font subir une déformation cohérente qui orientera le mythe (Mannoni, 1998, p. 98).

Dans le cas des représentations de la maladie mentale, tant dans les sphères publique que privée, de plus en plus de chercheurs de disciplines diverses se penchent sur la relation entre les images véhiculées par les média de masse (tels que les journaux, films et émissions populaires) et les perceptions du public (l'audience) qui consomme ces média (Anderson, 2003 ; Cutcliffe & Hannigan, 2001 ; Philo, Secker, Platt, Henderson, McLaughlin, Burnside, 1994, 1996 ; Thornton & Wahl, 1996 ; Wahl, 1992). Si certains de ces média (les films surtout) relaient le portrait de la psychiatrie en tant qu'objet de ridicule, la plupart du temps ce sont des images de danger, de risque et de violence qui l'accompagnent (Anderson, 2003 ; Cutcliffe & Hannigan, 2001). Plusieurs études démontrent une corrélation positive entre les reportages dépréciant la maladie mentale dans la presse et les attitudes négatives dans l'opinion publique (Philo *et al.*, 1994 ; Thornton & Wahl, 1996). Ceci est d'autant plus vrai que ce genre de reportage obtient beaucoup plus de couverture que ceux montrant la maladie mentale sous un angle plus positif (Ward, 1997). Parallèlement, certains films (ex : *Psycho*, *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, *The Shining*, *Le silence des agneaux*, etc.) auront une cote de popularité plus élevée que d'autres, en partie à cause des images frappantes présentées aux spectateurs. À cet effet, O'Sullivan et ses collègues soutiennent que les représentations symboliques véhiculées par les média font référence à des personnes, des objets ou des situations pour lesquels il existe une sorte d'accord collectif (et implicite) en regard de leur signification socioculturelle (O'Sullivan, Hartley, Saunders & Fiske, 1983).

Curran et Sparks (1991) mènent cette réflexion plus loin encore :

Society is portrayed as a series of discrete events unrelated to broader social determinations (...) Their function is to define the contours of what is good and bad, and draw attention to the consequences of wrong doing (p. 229).

À la base de cette analyse se situent les spectateurs en tant que consommateurs de produits médiatiques. Ils jouent un rôle actif dans le processus de communication qui est

inhérent à ces produits en ce sens qu'ils seront sélectifs par rapport à ce qu'ils retiendront ou délaisseront des messages véhiculés (Curran & Sparks, 1991). Dans le cas des images liées à la maladie mentale, ce sont les aspects négatifs ou alarmants qui persistent auprès de l'audience, générant de la peur là où se manifeste l'incompréhension (Anderson, 2003).

L'une des explications proposées à ce sujet prend appui sur les écrits de Barthes (1970), selon lesquels des codifications telles que des textes offrent à celui qui les utilise une pluralité de significations possibles. En d'autres termes, cela veut dire que le message extrait des codifications varie en fonction du spectateur, qui construit lui-même la signification dudit message. De manière opposée, certaines formes de média éradiquent plutôt certaines significations : « In contrast, realist forms of literature (such as newspapers) attempt to block the "plurality" of possible meanings and such texts generate a "fixed" meaning for the reader » (Anderson, 2003, p. 301). Dans le contexte qui nous intéresse ici, l'on peut donc concevoir qu'au moment de la visualisation de produits médiatiques relayant des images de la maladie mentale, seuls les messages à l'effet que cette dernière est associée à l'imprévisibilité et à la violence persistent auprès du public et imprègnent les schèmes de référence de celui-ci d'une pseudo-légitimité.

Bien que le lien entre la consommation de média et la formation de représentations symboliques ne soit pas encore démontré de manière précise, il reste qu'une relation existe, qui joue un rôle non négligeable dans la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques. En ce sens, certains auteurs préconisent l'implication des média en tant qu'élément indispensable à la déstigmatisation des populations psychiatisées (Philo *et al.*, 1994). Pour l'instant, les perceptions du public à l'égard de celles-ci demeurent étroitement liées aux notions de danger, d'imprévisibilité et de risque (Angermeyer & Matshinger, 1996).

La question du risque est cruciale dans le cadre de notre projet et nous y reviendrons dans la section portant sur les soins infirmiers psychiatriques correctionnels.

Pour l'instant, il convient de nous tourner à présent vers deux autres concepts tout aussi fondamentaux, à savoir le pouvoir et le savoir.

2.3 Pouvoir et savoir

Traditionnellement, la définition du savoir englobe tout ce qui touche au « savoir-faire » et aux connaissances d'ordre technique. Or, selon Foucault ([1976] 2002), le savoir désigne davantage toutes les assises politiques, sociales, historiques et linguistiques en fonction desquelles des affirmations en sont venues à être considérées comme étant *vraies* ou *fausses*. Dans la terminologie de la théorie critique et donc celle de Foucault, le terme « discours » va au-delà des représentations et renvoie, non pas à des interactions de langage, mais plutôt à un champ bien circonscrit de savoir social (McHoul & Grace, 1993). Selon Foucault, son analyse est indissociable de celle de son contexte historique et sociopolitique. Les règles qui régissent les discours illustrent les relations de pouvoir qui sous-tendent ces derniers (Foucault, [1976] 2002). Or, étant donné que les relations de pouvoir sont façonnées selon des circonstances historiques, elles ne peuvent être saisies au moyen de théories générales (métathéories) (McHoul & Grace, 1993).

Jusqu'à sa mort en 1984, Foucault aura poursuivi une réflexion en regard des enjeux politiques et sociaux propres aux sociétés Modernes. Cette entreprise, qu'il nomme *généalogie*, s'est principalement attardée sur des concepts tels que le pouvoir et a mis en lumière les travers de la société Moderne (Best & Kellner, 1991). Foucault (2003) introduit la notion de *généalogie* pour la première fois dans son ouvrage intitulé *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, dans lequel il attaque les formes traditionnelles de l'histoire et de la philosophie, en raison de leur confiance aveugle envers la métaphysique. Foucault dénonce les discours dominants qui prônent une vérité objective, unique et absolue et qui s'affichent comme le reflet de la réalité. Il rejette les énoncés de philosophie systématique (tels que ceux avancés par Aristote, Kant et Hegel), qui supposent la garantie de la vérité

(Best & Kellner, 1991). Il critique notamment le caractère linéaire de l'histoire et rejette ses aspirations téléologiques, qui, selon lui, se donnent le visage de schèmes et de structures universels. Foucault n'est pas intéressé à la critique d'idéologies (Fraser, 1989), mais cherche plutôt à mettre en lumière les processus, les mécanismes et les dispositifs par le biais desquels la vérité, le savoir et le pouvoir sont produits, au service de discours et de pratiques qui façonnent *une* réalité. Selon Foucault, cette dernière ne peut être absolue étant le résultat d'une interprétation. Son exercice « généalogique » représente donc une rupture sans équivoque avec la sémiologie et le structuralisme (Fraser, 1989).

La généalogie de Foucault sur les sociétés Modernes s'est concentrée sur l'émergence de diverses formes de pouvoir. Selon lui, l'ère Moderne s'est construite à partir du développement et de la mise en œuvre de nouveaux régimes de pouvoir/savoir (Fraser, 1989) qui se sont distingués des régimes antérieurs par de nouvelles formes de contraintes sociales et politiques. Selon Foucault, le pouvoir à l'œuvre dans les sociétés contemporaines se distingue par son caractère subtil, continu, localisé, capillaire, et, surtout, productif (Foucault, [1976] 2002). Contrairement aux thèses émises avant la sienne, Foucault n'attribue pas au pouvoir une fonction purement prohibitrice, bien qu'il n'exclue pas celle-ci. Selon lui, le pouvoir prend un visage plus subtil et diffus ; il se fonde à travers les strates de la société, si bien qu'il est partout et exercé par tout un chacun. Cette analyse se démarque grandement des conceptualisations contemporaines, telles que celles avancées par Marx ou Weber, par exemple, qui ont été élaborées autour de l'aspect répressif et totalitaire du pouvoir en tant qu'entité détenue par les hautes classes de la société. Pour sa part, Marx (1946) estime que le pouvoir appartient à une classe privilégiée (la bourgeoisie) qui l'exerce au détriment des classes moyennes de la société. Weber (1986), quant à lui, affirme qu'il est plutôt exercé par des individus en position de légitime autorité au sein d'une institution, sur les membres au bas de la hiérarchie organisationnelle.

Les théories basées sur le modèle économique, auquel s'est identifié Marx notamment, sont, selon Foucault, des modèles réductionnistes qui se limitent à dépeindre une lutte des classes dans une dimension purement économique (Best & Kellner, 1991). Parallèlement, les conceptualisations du pouvoir selon le modèle juridique ne permettent pas d'apprécier le pouvoir autrement qu'en termes légaux et moraux (Best & Kellner, 1991). Foucault ([1976] 2002) estime que le pouvoir ne se détient pas mais s'exerce et qu'il n'est pas propre à un groupuscule privilégié qui l'exerce aux dépens des autres. Son analyse lui confère un caractère polymorphe, disséminé, productif et positif.

Foucault ne délaisse pas pour autant ce que le pouvoir a déjà été et en décrivant avec force détails la scène de torture de Damien le régicide (Foucault, [1975] 2003), il illustre dans sa forme la plus brutale le caractère implacable, souverain et absolu du pouvoir monarchique de l'Europe des XV^{ème} et XVI^{ème} siècles. Il s'emploie ensuite à examiner l'évolution du pouvoir, passant d'une forme totalitaire et arbitraire à une forme humaniste et productive au cours de l'ère victorienne. Il s'attarde notamment au rôle des sciences humaines dans le déploiement de nouveaux dispositifs visant à surveiller, contrôler, organiser, exploiter et identifier des populations entières. La sexualité, la psychanalyse, la psychiatrie, entre autres, constituent des champs de savoir qui ont généré quantité d'experts chargés de reconnaître chez leurs patients toute anomalie pouvant nécessiter une attention particulière. Selon Foucault ([1976] 2002), les sciences humaines ont joué un rôle indéniable dans l'établissement de normes sociales à des fins de régulation des populations.

C'est au moyen du concept de la *gouvernementalité* que Foucault (1994) décrit ce passage d'une forme souveraine de gouvernement à une forme de gouvernement de soi. La gouvernementalité est au cœur de son analyse du pouvoir dans les sociétés modernes. Elle permet de décrire et de problématiser « the encounter between the technologies of domination of others and those of the self » (Foucault, 1994, p. 125). Elle désigne une

matrice complexe de relations de pouvoir qui permet le gouvernement de la vie en tant qu'événement politique (Foucault, 2000). Le concept de gouvernementalité fait référence à

l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par « gouvernementalité », j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler le « gouvernement » sur tous les autres : souveraineté, discipline et qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement et, d'autre part, le développement de toute une série de savoirs (Foucault, [1978] 2004, p. 112).

La *gouvernementalité* s'opère par le biais de techniques, de processus, d'institutions et de dispositifs qui s'inscrivent dans la triade souveraineté-discipline-gouvernement, autrement dit des techniques qui déploient des formes de domination, de transformation et de gouvernement de soi (Holmes, 2002) et qui s'inscrivent dans ce que Foucault désigne comme un « dispositif de sécurité ». Compte tenu de notre problématique de recherche, il convient à ce stade-ci de nous attarder quelque peu sur le concept de discipline.

Les technologies disciplinaires se sont déployées alors que l'accroissement des populations représentait un risque à l'ordre social. Les disciplines sont définies par Foucault comme étant des « 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 » (Foucault, [1975] 2003, p. 161). Elles se sont cristallisées dans diverses institutions, telles que les écoles, les hôpitaux, les manufactures, les casernes et les monastères, afin de régler dans les détails les plus infimes le quotidien de ceux qui y séjournent. Leur objectif est l'atteinte d'un potentiel optimal de productivité et d'utilité, de même qu'un cumul d'informations obtenues par le biais d'une surveillance soutenue. Tout individu devient alors un *sujet* sur lequel s'appliquent les modalités disciplinaires. Il est un

corps dont il faut saisir les désirs et qui est mû par une énergie qu'il convient de canaliser vers un travail utile (Foucault, [1976] 2002, [1975] 2003). Foucault rejette donc le modèle des Lumières selon lequel la conscience, la réflexion et la raison mènent un individu à un degré supérieur de liberté et d'autonomie. En ce sens, Foucault rejoint les écrits de Deleuze et Guattari, qui ont travaillé sur ce qu'ils appellent la territorialisation des corps. Ainsi, selon eux, le désir individuel est contrôlé par différents régimes sociaux (dont le capitalisme), qui le répriment et l'enferment afin d'orienter son énergie productive vers un but qui les sert (Deleuze & Guattari, 1972). Cette notion d'utilité trouve d'ailleurs écho dans les écrits de Foucault ([1976] 2002, [1975] 2003).

Foucault (2000) lie de manière inextricable les nouvelles formes de gouvernement des conduites et la nécessité de développer des savoirs portant sur ceux qu'il faut de gouverner. La relation établie par Foucault entre pouvoir et savoir présente un intérêt capital dans le cadre de notre recherche étant donné que le personnel infirmier ciblé par notre recherche se situe au carrefour de ces deux éléments, en ce sens qu'il occupe une position qui lui permet de générer quantité de connaissances au sujet des patients dont il a la charge (par le biais d'observations, d'entretiens, d'examens, de consultation d'autres membres de l'équipe de soin ou du dossier notamment) et d'utiliser ces connaissances dans le but de répondre aux desseins des structures (carcérale et psychiatrique) dans lesquelles il exerce ses fonctions. De même, les infirmières et les infirmiers de ce milieu génèrent eux-mêmes des savoirs, qu'ils transmettent par des pratiques discursives qui perpétuent ou sanctionnent certaines vérités. En ce sens, le patient devient un corps à investir par des relations de pouvoir/savoir :

Il faut plutôt admettre (...) que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre ; qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir (Foucault, [1975] 2003, p. 36).

Foucault ([1975] 2003) conçoit le corps du patient comme un corps politique investi par des relations de pouvoir et de savoir qui l'assujettissent en le constituant comme objet de savoir. Il emploie ici le terme *corps* au sens large pour désigner la personne même du patient et à cet effet, les interventions disciplinaires visent autant le corps que l'âme de la personne. L'âme constitue à cet effet une nouvelle cible autour de laquelle se déploie le pouvoir disciplinaire. Selon Foucault ([1975] 2003, p. 38), elle

est produite en permanence, autour, à la surface, à l'intérieur du corps par le fonctionnement d'un pouvoir qui s'exerce sur (...) ceux qu'on surveille, qu'on dresse et corrige, sur les fous, les enfants, les écoliers, les colonisés, sur ceux qu'on fixe à un appareil de production et qu'on contrôle tout au long de leur existence.

Le gouvernement des âmes a appelé des formes plus sophistiquées et subtiles de pouvoir. Le pouvoir pastoral, notamment, constitue une telle forme de pouvoir et il permet de lier de manière plus explicite le pouvoir et le savoir.

Le pouvoir pastoral désigne une forme de pouvoir qui « prend soin de l'autre ». Plus précisément, il s'agit d'une forme individuelle de pouvoir qui se préoccupe du bien-être de l'âme (Foucault, 2000). Ce souci se traduit par un examen approfondi de celle-ci afin de déterminer ses aspects qui ne se conforment pas à l'ordre courant des choses. Le pouvoir pastoral permet d'exposer les secrets de l'âme et d'agir sur cette dernière dans le but de la gouverner (Holmes, 2002). Des agents spécialement formés, dans des domaines tels que la psychologie, la psychanalyse ou la psychiatrie, amènent la personne à s'ouvrir et à divulguer ce qu'elle a de plus intime, afin d'identifier les pensées, les désirs et les pratiques qui ne s'inscrivent pas dans la « normalité » et qui nécessitent leurs interventions expertes (telles que la psychothérapie) afin de gouverner ses conduites. Les infirmières formées dans le domaine de la psychiatrie constituent ce type d'agent expert, qui détiennent le savoir nécessaire à l'identification des pratiques non conformes aux normes sociales (discours dominants en matière de santé, de sexualité et ainsi de suite) et à leur

modification (Holmes, 2002). Le pouvoir pastoral vise donc le gouvernement des conduites individuelles mais avec la participation active des sujets. En ce sens, il constitue une forme productive de pouvoir

Le pouvoir pastoral n'exclut pas la possibilité de formes plus répressives de pouvoir et le corps demeure bien entendu sujet à être puni et contrôlé (ex : procédures pénales, enfermement, privations physiques et mentales). Ce qu'il faut souligner ici, c'est plutôt le changement *qualitatif* dans l'objet même de la punition, alors que l'on a vu une transition allant de la punition du corps à la discipline de l'âme que l'on cherche à guérir. Foucault envisage cette transition comme s'accompagnant de « the emergence of a new field of objects, a new system of truth and a new set of roles » dans l'exercice du pouvoir sur les personnes en marge de la société, de la normalité (Smart, 2002, p. 75). Ces nouveaux systèmes de règles, de normes et de rôles ont permis de penser la personne autrement, devenue objet de pouvoir et de savoir mais aussi objet de discours. Selon Foucault, l'on ne peut poursuivre une discussion sur le pouvoir et le savoir sans mettre ces concepts en relation avec le discours par le biais duquel ils sont produits. C'est donc au thème du discours (au sens foucauldien) que nous désirons à présent nous intéresser.

2.4 Discours

Tel qu'évoqué plus haut, Foucault a examiné les effets du discours en tant que manifestations des relations de pouvoir et a ainsi remis en cause les assises sociales et historiques traditionnelles de la linguistique, et, par extension, de la sociologie (McHoul & Grace, 1993). Le discours désigne traditionnellement une dissertation ou un dialogue, c'est-à-dire la forme que prend la communication entre deux entités (personnes ou groupes par exemple). Dans son sens strict, le discours implique une forme textuelle d'expression et des disciplines académiques telles que la linguistique (en tant que science descriptive) s'appliquent à examiner les fonctions du discours dans un contexte d'interaction sociale

entre interlocuteurs. Ce genre d'étude a mené à l'émergence d'une spécialité « conjuguée », la socio-linguistique, qui a ciblé le langage comme outil social d'interaction (McHoul & Grace, 1993) avec, à sa base, l'examen des significations sociales sous-tendant les discours.

À cette vision traditionnelle s'est opposée une position plus critique à l'endroit du discours, dont les tenants affirment que le discours (au sens langagier) désigne et maintient des catégories sociales et de genre. Par exemple, la grammaire française soumet l'emploi du masculin dans les textes comme norme du langage, même si des éléments féminins sont présents. Un groupe de personnes désigné dans son ensemble le sera au masculin, même si ce groupe compte une majorité de femmes. De même, le masculin est utilisé par défaut dans tout texte désignant ou s'adressant à une collectivité d'individus. Cette norme grammaticale impose donc le masculin comme élément dominant d'une société au détriment du féminin et reproduit ainsi une forme de hiérarchisation (subtile car usuelle) des genres dans un système courant d'interaction (le langage). Les tenants de la linguistique critique estiment ainsi que les codes imprégnant le discours courant (langage) requièrent une analyse historique qui dépasse la simple description d'un état de fait car ils comportent des implications certaines en regard du fonctionnement d'une collectivité et (re)produisent et maintiennent des systèmes de domination sociale.

Le discours au sens poststructuraliste est compris dans le sens d'un cadre organisateur de la réalité, en rendant (im)possibles certaines manières de penser et de parler de cette dernière (Cheek, 2000). S'intéresser aux questions de discours revient donc à se demander

what rules permit certain statements to be made ; what rules order these statements ; what rules permit us to identify some statements as true and some false ; what rules allow for the construction of a map, model, or classificatory system (Philp, 1985, p. 69).

Le discours comprend donc des déclarations qui, de par les structures inhérentes à ce discours, en viennent à être considérées comme étant probantes, fondamentales et communes. Le discours assure donc les bases en vertu desquelles un savoir conscient se développe (Cheek, 2000).

Foucault a repris l'étude des circonstances historiques selon lesquelles des systèmes de domination ont vu le jour et s'est particulièrement intéressé aux conditions propices à l'émergence de certains discours. Il s'est par ailleurs employé à lier ces derniers avec le concept de discipline en tant que pratiques de régulation et de contrôle social. Foucault ([1976] 2002) emploie la notion de « discours » sans pour autant se référer à la linguistique du terme. Selon lui, le discours serait plutôt de l'ordre de la discipline, comprise ici dans le sens d'une institution académique investie d'un corps de connaissances spécifique (sciences infirmières, sociologie, psychiatrie, etc.) et dans le sens d'une institution disciplinaire pourvue d'un mandat de contrôle social (école, pénitencier, etc.) (McHoul & Grace, 1993). Selon Foucault, le discours trace les limites d'un corps de connaissances axées sur le social et constitue le fruit d'une interaction complexe entre des structures d'ordre organisationnel, institutionnel et politique. Les pratiques discursives permettent notamment d'établir des paramètres sur ce qui peut être su, pensé et dit. Elles n'explicitent pas nécessairement ces paramètres mais les rendent intelligibles selon une certaine rationalité (Chambon, 1999). Le discours est à la fois un effet et un instrument de pouvoir. Tout comme ce dernier, le discours n'est pas fixe et immuable : il est fluide, en constant remaniement selon les contingences historiques et politiques qui l'ont vu naître. L'optique poststructuraliste, telle que celle se dégageant des écrits de Foucault, permet l'exploration des processus de pouvoir en jeu dans les discours, processus déterminants dans la mise en place et le maintien de certaines institutions en tant qu'autorités dans un domaine précis. Ce faisant, cette optique défie ouvertement la notion largement reçue selon laquelle le langage constitue une entité neutre et objective (Cheek, 2000).

Le discours permet d'établir un cadre discursif dans lequel s'inscrit une réalité précise très localisée sur le plan historique (Foucault, [1976] 2002). Les pratiques discursives relatives à cette réalité doivent être conformes aux normes implicites du discours. Ceci constitue un obstacle de taille à la production de savoir lorsque certains paradigmes ne se conformant pas à ce discours sont automatiquement exclus. Foucault (1980a) a recours à l'exemple du discours scientifique afin d'illustrer ses propos, discours qui selon lui recèle une prétention au pouvoir par le biais de l'appropriation d'une vérité objective et absolue. De ce fait, l'application d'une méthodologie rationnelle et objective représente un élément critique à l'acquisition du prestige social de par la supériorité présumée des connaissances ainsi générées (Hughes, 1990).

L'exclusion de modes de pensée alternatifs génère ce que Foucault (1980a) appelle des régimes de vérité, qui reposent sur des discours scientifiques, entretiennent des effets de domination et consolident les structures institutionnelles qui les ont forgés :

Truth is linked in a circular relation with systems of power which produce and sustain it, and to effects of power which it induces and which extend it - a 'regime' of truth. (p. 133).

Au-delà de la simple suggestion de la subjectivité par le discours, il y a en fait *production* de subjectivité, ce qui rend plus explicites les relations entre le discours, la signification et la subjectivité. Il a été suggéré qu'une analyse de discours s'avère utile dans l'exploration des pratiques du langage en regard de la construction d'une réalité qui sert les desseins d'une idéologie particulière et les institutions qui s'y rattachent (Foucault, [1976] 2002 ; Traynor, 1996). En fait, à partir du moment où un objet particulier est nommé, désigné et décrit par le biais du discours, il devient réel (Parker, 2002). Une fonction du discours est donc de mettre en lumière certains phénomènes et de leur octroyer le statut d'objet.

Les pratiques politiques n'ont pas modifié la forme ou le contenu des discours, mais plutôt les conditions de leur émergence, de leur dissémination et de leur fonctionnement

(Foucault, 1991a). Une multitude de relations de pouvoir investissent le corps social et ne peuvent être maintenues sans la production et la circulation de discours. De même l'exercice du pouvoir est indissociable d'une économie de discours de vérité, la production de vérités s'opère elle-même par l'entremise du pouvoir (Foucault, 1980a). À ce titre, Sibley (1995) soutient quant à lui que

An emphasis on 'reason' or the conventions which follow from the adoption of a paradigm also distracts from power relations within institutions, where research may be steered in certain directions by heads of departments or research committees. (pp. 120-1).

Si l'on veut prétendre à la déconstruction des idées reçues et hégémoniques, il faut donc se demander quelles structures est-ce que ces discours dominants servent (Foucault, 1980a). C'est au moyen de la dyade « pouvoir/savoir » que Foucault ([1976] 2002) regroupe les pratiques, les institutions, les discours, les mécanismes et les opérations au service d'un régime discursif, auquel il attribue un caractère résolument politique. Les régimes discursifs sont multiples et investissent une variété de milieux et d'institutions. Toutefois, tous répliquent le même processus de valorisation d'un discours et la sanction d'un autre, l'inclusion d'un type de pratique au détriment d'un autre, l'élévation d'une idéologie au rang d'autorité et la marginalisation concomitante d'une autre. Dès lors se forment les assises d'une norme, étant donné que ces régimes discursifs ciblent leurs objets de savoir comme surface d'application de leurs politiques sociales. Ces politiques prennent le visage d'un courant normalisateur qui uniformisent les pensées, les discours et les comportements, au nom d'une idéologie élevée au rang de vérité.

La psychiatrie peut être comparée à ce type de structure « homogénéisante », étant donné son mandat social de ramener le « malade mental » dans la sphère de la normalité (Roberts, 2005). Ses desseins thérapeutiques se fondent ainsi sur un savoir cumulé par des agents spécialement formés et mandatés, dont fait partie le personnel infirmier.

2.5 Soins infirmiers psychiatriques

Peplau (1988) définit simplement les soins infirmiers psychiatriques comme étant une alliance entre une infirmière et un client (il est à noter que ses écrits, tout comme ceux de la majorité des auteurs en sciences infirmières, désigne le personnel infirmier comme étant de sexe féminin). Cette alliance permet le diagnostic de réponses humaines en relation avec des troubles psychosociaux qui entravent le développement et la croissance au sein de la communauté. À la base de cet engagement se situe le contact avec le patient, en tant qu'opportunité d'initier, maintenir et renforcer un processus thérapeutique. Michael (1994), tout comme Peplau (1988), estime que les aptitudes non visibles du personnel infirmier en psychiatrie rendent la vraie nature et la vraie valeur de son travail difficile à cerner, comprendre et apprécier. Par ailleurs, Peplau (1988) affirme qu'il est dans une position unique en vue d'acquérir et gagner la confiance et la coopération du client qu'aucun autre professionnel de la santé ne peut égaler et ce, en raison du caractère intime de la relation qui s'établit entre lui et la personne soignée. Ceci constituerait le résultat d'un contact répété qu'exigent les soins, un dialogue profond et soutenu entre elles et l'accès par l'infirmier(e) à la sphère privée du patient par le biais d'échanges formels ou informels suite à l'établissement d'un lien de confiance (Peplau, 1988).

Lyttle (1986) résume les soins infirmiers psychiatriques comme étant la reconnaissance et la satisfaction des besoins interpersonnels, émotionnels et comportementaux des patients. Selon Fortinash et Holoday-Worrat (1996), la relation thérapeutique diffère de la relation sociale en raison des objectifs précis qu'elle comporte : la résolution de problèmes, la croissance personnelle, l'apprentissage de nouveaux comportements adaptés aux situations vécues ainsi que des méthodes destinées à identifier ces comportements désirables, pour ne nommer que ceux-là. Certains auteurs (Peplau, 1988 ; Simpson, 1991 ; Smith, 1996) ont souligné l'importance des aptitudes à la communication et à l'interaction en tant que fondations incontournables des soins infirmiers

dispensés en psychiatrie. Étant donné leur présence continue auprès des populations psychiatriques, les infirmier(e)s sont en mesure de mettre de telles aptitudes à profit dans l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques (Ironbar & Hooper, 1989).

Les méthodes aidantes auxquelles ont recours les infirmier(e)s ont été identifiées par plusieurs auteurs au fil des ans (Burgess, 1998 ; Jackson & Stevenson, 2000 ; Latvala & Janhonen, 1997, 1998 ; Madden, 1990 ; Peplau, 1988 ; Tyson, Lambert & Beattie, 1995). Latvala et Janhonen (1998) ont résumé ces dernières en trois catégories, à savoir les méthodes catalytiques, les méthodes éducationnelles et les méthodes « corroborantes ». La première touche toutes les activités reliées au dialogue, à la collaboration et à la réciprocité, au développement personnel, à la participation active vers des objectifs communs et à la responsabilité. Dans la deuxième catégorie entrent les interventions inspirées des modèles behavioraux. L'infirmière agit en tant qu'experte et entretient principalement un rôle relatif à la supervision. Les objectifs sont surtout normatifs et le patient est un observateur passif du processus thérapeutique (Latvala & Janhonen, 1998). Enfin, la troisième catégorie regroupe les activités dictées par les conceptions traditionnelles de la psychiatrie, selon lesquelles le patient se situe à la base de la hiérarchie institutionnelle. Les interactions sont formelles, superficielles et fondées sur le contrôle des activités (Latvala & Janhonen, 1998). Ces deux auteures ont ensuite examiné la fréquence des interventions reliées à chacune de ces catégories sur une unité de soins psychiatriques d'un hôpital finlandais et ont constaté que près de 50% d'entre elles correspondaient aux méthodes « corroborantes ». Dans une étude menée au Royaume-Uni, Ryrie et ses collègues ont pour leur part constaté que la majorité du temps des infirmier(e)s était consacrée à des tâches n'impliquant aucun contact avec les patients (Ryrie, Agunbiade, Brannock & Maris-Shaw, 1998).

Les écrits en soins infirmiers psychiatriques préconisent une approche centrée sur le patient et ce dernier est appelé à jouer un rôle actif dans l'élaboration et la mise en

œuvre de son traitement (Burgess, 1998 ; Peplau, 1988). Plusieurs auteurs ont cependant relevé des instances dans lesquelles les infirmier(e)s prennent en main le déroulement de l'hospitalisation (Hall, 1996 ; Jones & Meleis, 1993 ; Latvala & Janhonen, 1997 ; Morrison & Lehane, 1996) et octroient aux patients le rôle de récipiendaire passif des soins.

En milieu hospitalier, les tâches incombant aux infirmier(e)s psychiatriques incluent également des interventions relatives à la sécurité des personnes et des lieux. Les perceptions relatives aux patients psychiatriques veulent que ces derniers soient parfois sujets à des fluctuations d'humeur ou à des comportements imprévisibles pouvant mettre à risque leur intégrité ou celle d'autrui et perturber l'ordre et le fonctionnement de l'unité (Burgess, 1998 ; Fisher, 1995). Dans une analyse des procédures reliées aux tâches infirmières, Strauss et ses collègues ont relevé que les écrits relatifs à la communication et l'interaction avec les patients étaient peu communs et ouverts à interprétation, alors que ceux portant sur le maintien de l'ordre (violence, refus de traitement, auto-mutilation, agressivité verbale, etc.) étaient plus abondants et plus détaillés (Strauss, Schatzman, Ehrlich, Bucher & Sabshin, 1981). Ce constat suggère la mise en valeur des interventions visant à rétablir ou maintenir l'ordre de l'unité, comparativement à celles à caractère thérapeutique. Selon Porter (1993), un incident perturbateur est beaucoup plus susceptible de remettre en question les compétences du personnel infirmier qu'un échec au niveau du traitement du patient.

Les infirmier(e)s ont recours à diverses stratégies afin de mettre en œuvre les compétences nécessaires à leur travail. Jackson et Stevenson (2000) ont établi les trois catégories de « moi » qui illustrent les niveaux de performance employés par les infirmier(e)s afin de mener à bien leurs objectifs thérapeutiques (Tableau 2.1).

Ordinary me	Pseudo-ordinary or engineered me	Professional me
<u>Depth of knowing</u> : intimate	<u>Depth of knowing</u> : semi-intimate	<u>Depth of knowing</u> : distant
<u>Power</u> : control through friendship	<u>Power</u> : control through deliberate self-disclosure	<u>Power</u> : control through expertise and knowledge
<u>Translation</u> : lay language	<u>Translation</u> : professional concepts in everyday language	<u>Translation</u> : jargon
<u>Time</u> : informal contact	<u>Time</u> : semi-structured	<u>Time</u> : structured

Tableau 2.1 : Catégories de performance des relations interpersonnelles entre les infirmier(e)s et leurs patients (Jackson & Stevenson, 2000).

La première catégorie, le « Moi ordinaire », regroupe les attitudes propres à une relation de type informel entre deux personnes. Ces dernières partagent et parlent le même langage, s'introduisent dans la sphère privée de l'autre et entretiennent un rapport caractérisé par la réciprocité et la parité. La catégorie suivante réfère à un type de relation plus « ouvragée » que le précédent, en ce sens que les rapports accusent un degré de formalité plus élevé. Le type d'information échangée est moins intime que dans la catégorie précédente mais elle peut le devenir dans des circonstances très précises. La distance entre deux interlocuteurs s'accroît donc et le temps et l'espace qu'ils partagent sont structurés de manière à refléter cette distance. La troisième et dernière catégorie caractérise les rapports propres à un contexte professionnel et dans lesquels se manifeste une autorité (voire même un prestige) fondée sur l'expertise et les connaissances. Le langage employé accuse le niveau le plus élevé de formalité par le biais d'une terminologie précise accessible pour un groupe bien circonscrit seulement. L'espace et le temps sont structurés selon une étiquette (un protocole) déterminée par la nature même de la relation

et de ses objectifs. Selon les catégories définies dans le tableau 2.1, l'on peut donc concevoir les rapports sociaux en fonction d'un continuum intimité – formalité, qui détermine la distance interpersonnelle entre deux protagonistes et le type de renseignements qu'ils échangent entre eux.

Selon Jackson et Stevenson (2000), les infirmier(e)s adopteront l'une ou l'autre des attitudes décrites dans le tableau ci-dessus en fonction des besoins qu'elles perçoivent chez leurs clients, mais sans nécessairement valider ces besoins auprès de ces derniers. Autrement dit, elles agiront en fonction de ce qu'elles *estiment* être le désir de leurs clients (Jackson & Stevenson, 2000). Pour cela, elles doivent pouvoir anticiper et reconnaître leurs besoins, particulièrement lorsqu'ils ne sont pas en mesure de les communiquer. Ainsi, dans l'étude de Jackson et Stevenson (2000), menée au sein d'une unité de soins psychiatriques courants, les bénéficiaires ont exprimé le désir de voir les infirmier(e)s les prendre en charge pendant les moments les plus difficiles, jusqu'à temps qu'ils puissent de nouveau gérer leur situation eux-mêmes. Ils souhaitaient également voir les infirmier(e)s interagir avec eux sur une base amicale et de façon réciproque dans le partage de leurs expériences personnelles. Une étude menée par Olofsson et Norberg (2001) corrobore ce résultat, les clients demandant davantage de contact humain avec le personnel infirmier, ainsi que des relations interpersonnelles plus significatives. Ramos (1992) a au contraire démontré qu'un engagement émotionnel trop soutenu était contre-productif autant pour les infirmier(e)s que leurs clients. Watts et Morgan (1994) ont quant à eux identifié trois attitudes susceptibles de « piéger » les professionnels de la santé œuvrant auprès des populations psychiatriques, à savoir « heal all », « know all » et « love all », pour lesquelles le risque réside dans la remise en question des compétences professionnelles et personnelles advenant un échec dans le traitement du patient. Jackson et Stevenson (2000) estiment par ailleurs que les savoirs personnel et professionnel peuvent tous deux dépouiller le client de son potentiel à se prendre en charge, dans la mesure où ces savoirs

risquent d'encourager le client à remettre ses responsabilités à l'infirmière. À la lumière de ces divers résultats de recherche, l'on saisit toute la complexité des interactions entre le personnel infirmier et les bénéficiaires d'une institution psychiatrique. Les infirmier(e)s sont considéré(e)s comme les intervenant(e)s les plus flexibles et les plus accessibles, dans la mesure où ils (elles) réunissent les savoirs professionnels et personnels et, en ce sens, cimentent les soins dispensés en santé mentale (Jackson et Stevenson, 2000).

Ce rôle attribué au personnel infirmier par les patients eux-mêmes place le premier dans une position remarquable d'influence sur les seconds. Quoiqu'il s'agisse d'une remarque généralisable à toute population recevant des soins infirmiers, elle s'avère particulièrement pertinente dans un contexte de soins infirmiers psychiatriques, où les caractéristiques des patients tels que la volonté, l'initiative, la motivation ou l'autonomie ne constituent plus à *part entière* des attributs, voire des aptitudes, à exploiter dans le rétablissement d'un état de santé (mentale) optimal. En effet, Foucault (1972, [1975] 2003) suggère que les techniques de surveillance et de soins qui sont appliquées sur des populations institutionnalisées produisent des effets d'aliénation de ces populations plutôt qu'un processus de réadaptation (sociale). À ce titre, nous estimons essentiel de s'attarder, quoique brièvement, sur la mise en relation de l'institutionnalisation des aliénés et du gouvernement des individus, sujet dont Foucault (1972, [1975] 2003) a beaucoup traité dans ses ouvrages.

Selon lui, l'appareil asilaire a conçu des processus méticuleux de prise en charge des fous par le biais d'exercices successifs de surveillance et de discipline s'inscrivant dans une logique de contrôle social absolu. Cette prise en charge confine l'interné à une régulation serrée de ses activités selon l'espace et le temps, alors que sont appliquées diverses formules thérapeutiques fondées, en large partie, sur le dialogue entre l'expert et le fou (Foucault, [1976] 2002). La normalisation des déviations du comportement s'opère

par l'application de sanctions ou de récompenses selon une logique behavioriste élémentaire.

Foucault ([1975] 2003) développera largement sa réflexion en regard des effets de pouvoir inhérents aux institutions dites disciplinaires. Tel que soulevé antérieurement dans le cadre de notre recension, la « généalogie » foucaldienne sur les sociétés Modernes s'est concentrée sur l'émergence de diverses formes de pouvoir. Selon Foucault, l'ère Moderne s'est construite à partir du développement et de la mise en œuvre de nouveaux régimes de pouvoir/savoir (Fraser, 1989) qui se sont distingués des régimes antérieurs par des formes inédites de contrainte sociale et politique. L'hôpital psychiatrique s'inscrit tout à fait, selon Foucault ([1961] 1997), dans cette optique de contrôle social en reproduisant des mécanismes de régulation fondamentalement déterministes perpétrés par ses « techniciens » sanitaires et administratifs. L'interné se voit donc dans l'obligation de dissiper sa volonté dans celle des soignants, tout particulièrement du médecin (Russ, 1979), au nom d'une nouvelle moralité.

La critique de Foucault en regard du projet libéral se heurte à l'analyse de Gauchet et Swain (1980). Ces deux auteurs évoquent la création d'un discours psychiatrique avec l'avènement de la modernité, qui a engendré une multitude de pratiques et de traitements visant à arracher la folie à l'inconnu et à lui rendre un visage humain. Bien que l'internement des aliénés en des lieux isolés ait été le fruit d'un désir d'exclusion croissant à l'époque, il n'en demeure pas moins, selon Gauchet et Swain (1980), que cette étape déterminante de la psychiatrie a permis de théoriser la folie, de l'investiguer et de la traiter en concordance avec les principes de la moralité. C'est lorsque le fou devient objet d'investigation que s'impose la part inaliénable de sa subjectivité (Swain, 1977). Ces deux auteurs réfutent les traitements du malade mental en tant qu'entreprise d'exclusion ou de répression mais estiment plutôt que la psychiatrie a permis d'humaniser ces traitements et de ramener le fou dans la sphère de l'humanité, en mettant fin aux pratiques moyen-âgeuses telles que la

saignée. Selon eux, l'asile est donc devenu un véritable lieu de démocratie s'inscrivant logiquement dans le projet libéral occidental.

La perspective de Gauchet et Swain (1980) est très optimiste. Le XIX^{ème} siècle aura vu naître les sciences de l'Homme – la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse (avec la découverte de l'inconscient), la sociologie – avec comme fondement la raison à la recherche d'une science objective. La psychiatrie se fonde sur la conviction que la folie n'est plus un mal incurable car il n'existe pas de folie « complète » (Gauchet & Swain, 1980). Les psychiatres auront retrouvé en l'aliéné l'être humain ouvert à la *transformation morale* et thérapeutique qui s'opère par la relation avec autrui et la parole. Sous cet angle, l'on peut affirmer que la psychiatrie aura vu le jour sous une lumière de pure utopie.

Foucault ([1961] 1997), sans minimiser les intentions de Pinel à l'égard des malades mentaux, estime que l'œuvre du célèbre médecin a induit des effets pervers et même violents, au moyen d'une forme de contention plus subtile et plus définitive. Il perçoit dans l'entreprise de la raison un effet de domination de l'homme sur ses congénères qui se matérialise par le biais du grand renfermement et de la création de l'asile. La domination de la raison sera, non pas un événement objectif et neutre, mais bien l'avènement d'une forme inédite de violence institutionnelle (Foucault, [1961] 1997). Au lieu d'un dialogue véritable entre la raison et la folie, s'organisera l'ascendance irréfutable de la première sur la seconde (Foucault, [1961] 1997).

À travers les réflexions de Foucault en regard de l'asile, un parallèle peut aisément être tracé avec le « grand renfermement » des déviants sociaux, en touchant cette fois à l'aspect juridico-légal de la chose. Ainsi, force nous est de reconnaître que si les prémisses à la base de l'asile et de la prison sont semblables (selon la dyade normalité - déviance), les personnes détenues dans la seconde sont aussi, pour la grande majorité, porteuses d'un diagnostic de trouble mental. À cet égard, une spécialisation des soins infirmiers en

milieu psychiatrique correctionnel s'est développée, avec des mandats, des responsabilités et des contingences propres à ce milieu.

2.6 Soins infirmiers psychiatriques correctionnels

Les soins infirmiers psychiatriques correctionnels, mieux connus sous l'appellation anglophone *Forensic Nursing* ou *Forensic Psychiatric Nursing*, ont émergé en tant que discipline distincte dans le domaine de la psychiatrie (Mason, 2002) au courant des années 1980. Cette spécialisation englobe les activités de soins et de gestion touchant les clientèles aux prises avec des troubles de santé mentale qui en sont venues à être impliquées dans le système judiciaire dans des circonstances diverses.

Les définitions de ce champ de pratique sont disparates, attestant de la nouveauté de cette spécialité. Ainsi, Hennaken (1993) le définit simplement comme consistant en des soins infirmiers psychiatriques de base appliqués à une population précise, à savoir les criminels. D'autres estiment qu'il s'agit d'un corps de connaissances distinct bien circonscrit s'intéressant aux contrevenants (Hufft & Fawkes, 1994 ; Robinson & Kettle, 1998), alors que Martin (2001) affirme que les connaissances et les aptitudes spécialisées dans ce domaine n'ont pas encore été documentées. Enfin, Birk (1992) place les fonctions des soins infirmiers psychiatriques correctionnels là où convergent les domaines du droit et de la médecine. La International Association of Forensic Nurses (IAFN, 2006) définit les soins infirmiers psychiatriques correctionnels comme suit :

Forensic Nursing is the application of nursing science to public or legal proceedings ; the application of the forensic aspects of health care combined with the bio-psycho-social education of the registered nurse in the scientific investigation and treatment of trauma and/or death of victims and perpetrators of abuse, violence, criminal activity and traumatic accidents. The forensic nurse provides direct services to individual clients, consultation services to nursing, medical and law related agencies, and expert court testimony in areas dealing with trauma and/or questioned death investigative processes, adequacy of services delivery, and specialized diagnoses of specific conditions as related to nursing.

La terminologie même qui est employée dans ce domaine (*forensic psychiatry*, psychiatrie légale, carcérale, pénitentiaire, correctionnelle) témoigne du rôle central qu'occupent les considérations liées aux questions de contrôle et de gestion des individus (Mason, 2002 ; Peternelj-Taylor, 1999). Étant donné le manque de synonyme pour le terme *forensic*, nous emploierons de manière libérale le terme « psycho-légal » dans cet ouvrage, afin de traduire l'intersection du soin et de la criminologie dans la pratique infirmière en milieu pénitentiaire.

Pour plusieurs encore, la conceptualisation des soins infirmiers en psychiatrie correctionnelle demeure donc vague. L'identification d'un corps de connaissances propre à cette spécialité n'a pas encore été réalisée, bien que l'on s'accorde habituellement pour y inclure tant les caractéristiques liées aux soins que celles associées au contrôle de populations. L'unanimité en regard du *forensic nursing* en tant que spécialité distincte ou en tant que sous-spécialité de la psychiatrie n'a pas encore été atteinte. À cet effet, Whyte (1997) affirme que

The term forensic nurse is a recent addition to the description of nursing roles in mental health care and confusion remains over what the term in fact means and whether such a nurse really does exist (p. 46).

L'association directe de ce domaine de soins à la psychiatrie résulte, selon Chaloner (2000), de la perception courante selon laquelle dans les deux cas les infirmier(e)s prennent en charge des populations captives dans le but de modifier des comportements, tout en gérant des actes dont on craint qu'ils puissent être violents. De même, dans les deux cas, les soins ont généralement lieu dans des environnements dont l'accès est sécurisé et contrôlé. Si certains auteurs, tels que Whyte (1997), se questionnent à savoir si la psychiatrie correctionnelle peut réellement être désignée en tant que spécialité à part entière (ce qui est le cas selon nous), il demeure que le lien étroit entre le soin et la criminologie ne fait plus de doute. Ainsi, la *forensic nurse* aux États-Unis s'occupe

d'avantage de personnes victimes d'actes criminels plutôt que des personnes ayant perpétré ces actes ; elles s'impliquent également dans des investigations scientifiques entourant une ou des personnes décédées (voir par exemple Colchamiro, 2004 ; Crane, 2005 ; Knight, 2005 ; Wessling, 2003). Parallèlement, les infirmier(e)s qui endossent le même titre au Canada et au Royaume-Uni axent plutôt leurs responsabilités sur les soins aux contrevenants, même si des services aux victimes sont de plus en plus courants (Chaloner, 2000).

Depuis une vingtaine d'années, donc, des chercheurs tentent de cerner la nature du travail des infirmières et infirmiers « psycho-légaux », mais aucun consensus n'a été atteint à ce jour en regard d'une définition spécifique et certaines descriptions demeurent très axées sur l'aspect sécuritaire et criminel du soin :

The overall function [of the forensic nurse] could be described as providing health care for people with a recognised mental disorder under conditions of special security (high, medium and low) required to protect the public from their dangerous, violent and criminal propensities (Kirby & McGuire, 1997, p. 396).

Cette notion de responsabilité à l'égard du public demeure un élément de confusion pour de nombreux infirmier(e)s (Burrow, 1993a, 1993b ; Holmes, 2005 ; Holmes, Perron, Michaud, Montuclard & Hervé, 2006 ; Perron *et al.*, 2005), alors que cette caractéristique précise semble constituer un élément pivot dans la définition de la nature de ce domaine de pratique clinique. Toutefois, il est nécessaire de reconnaître que la majorité du personnel infirmier (notamment en santé publique) doit transiger avec cette double responsabilité à l'égard de l'individu et du collectif et que la confusion de rôles qui peut en dériver n'est pas unique à ceux de ses membres qui œuvrent en soins psycho-légaux. Par contre, le fait qu'une aura de « sensationnalisme » persiste autour de ce champ de pratique étaye l'antagonisme des obligations des infirmier(e)s à l'égard de leurs clients et du public (Chaloner, 2000).

La confusion entourant les définitions du rôle des infirmier(e)s pratiquant dans ce domaine réside en partie dans le fait que les personnes soignées se voient octroyer une nature pour le moins nébuleuse. L'enfermement dont ces dernières font l'objet repose sur le risque qu'elles représentent pour autrui. Il est nécessaire de s'attarder brièvement sur ce concept de risque, car c'est sur lui que reposent toutes les structures et les politiques correctionnelles régissant la prise en charge des criminels. Le risque constitue un exercice de rationalisme qui est sujet à des remaniements cognitifs (Ewald, 1991). Il n'existe de risque qu'à travers un exercice rationnel de pensée qui analyse, objective et relativise ce risque. Le risque comporte certaines caractéristiques selon Ewald (1991) : il est collectif car il s'adresse à une population entière (et de fait traduit un phénomène de socialisation générale) et il représente un capital (c'est-à-dire qu'on est en mesure de lui attribuer une valeur au préalable). Selon Castel (1991), le risque ne se réduit pas à un individu ou un groupe précis, mais inclut également un amalgame d'éléments abstraits qui agissent sur la *probabilité* d'apparition d'un événement ou d'un comportement indésirable.

Selon Beck (2001), le risque (défini dans un cadre social) est également caractéristique des couches sociales, c'est-à-dire qu'il ne s'adresse pas de façon équivalente à tous les membres d'une société donnée, mais affecte plutôt une classe particulière, notamment celle située au bas des échelons sociaux. Ce postulat va à l'encontre de celui énoncé par Ewald (1991), selon qui le risque s'adresse de manière équivalente à une communauté. Dans le cas des malades mentaux ou des criminels, la définition de Beck semble dominer de nombreux écrits et études, qui présentent une forte relation entre ces deux « dispositions » (maladie mentale, criminalité), au point de les confondre dans une seule et même personne. Il n'y a qu'à consulter certaines études liant la maladie mentale à la criminalité, la pauvreté, l'itinérance et la délinquance (OMS, 2005 ; Santé Canada, 2002). De même, la majorité des personnes incarcérées au Canada se voit attribuer au moins un diagnostic psychiatrique. Cette catégorisation selon l'appartenance

sociale faisait déjà l'objet, au XIX^{ème} siècle, d'une analyse par le psychiatre français Augustin Bénédict Morel (1857) et demeure d'actualité dans les écrits (épidémiologiques, notamment) et les médias, malgré l'abondance d'écrits en sociologie et en criminologie qui la critiquent et la réfutent.

La psychiatrie classique définit le risque au moyen de l'imprévisibilité du malade mental et du danger que ses actions au potentiel violent représentent (Castel, 1991). Ce même énoncé s'applique dans le cas du criminel. Le risque, tout comme le danger, traduit essentiellement une spéculation, c'est-à-dire que le danger ne peut être prouvé qu'après un événement déterminant (tel qu'un passage à l'acte). La dangerosité devient une pathologie, voire un diagnostic en soi, qui justifie davantage encore l'interventionnisme médical (Castel, 1991). Toutefois, à la différence du caractère collectif d'un risque social ou économique énoncé par Ewald (1991), le risque lié à la criminalité ou la folie revêt un caractère individuel, qui réclame des interventions particularisées.

Le malade mental est traité comme un risque dans la mesure où il est réduit à l'état d'objet qui est par la suite décrit, analysé et quantifié. Il se fait apposer des qualificatifs tels que « personne à risque », « personne en situation de précarité » ou « personne vulnérable », qui font converger vers lui des structures de surveillance sociale, par exemple sous la forme d'études et d'analyses statistiques. La personne disparaît afin de faire place à une entité qu'il convient de reconstruire dans une logique de risque, selon un rationalisme de prévention biopolitique (Castel, 1991). Il n'est plus besoin de manifester de dangerosité concrète comme telle, mais plutôt d'arborer des caractéristiques propres à un profil déduit des activités de surveillance (menées par des *spécialistes* ou des *experts* en la matière). Ces activités suggèrent la possibilité d'un risque par le biais d'une combinaison complexe de facteurs abstraits reconduits en tant que *facteurs de risque*. Selon Castel (1991), le fait même d'être passé de la prévention du danger à la surveillance des risques a permis de multiplier les possibilités d'intervention sociale de par une généralisation abstraite

d'éléments intangibles : « In the name of this myth of absolute eradication of risk, [modern ideologies] construct a mass of new risks which constitute so many new targets for preventive intervention » (p. 289). Ainsi s'est édifié ce que Foucault ([1976] 2002) appellerait un dispositif de contrôle social, qui converge ses ressources vers un individu dépourvu de raison, mais qui fonctionne dans une optique hyperrationaliste et dont le moteur principal oscille entre la peur et l'insécurité (Castel, 1991). Une telle économie est soutenue par un pragmatisme inflexible trouvant écho dans cette rationalité hypertrophiée. C'est ainsi que la technologie, la science et la médecine servent toutes trois de moteur à des interventions aux visages multiples servant à gérer le risque (Beck, 2001). En tant qu'agents à part entière de l'État, les membres du personnel infirmier disposent donc de modalités d'intervention fortement axées sur la détection et la gestion du risque.

Bien que le fait de cerner les caractéristiques propres aux soins infirmiers en milieu correctionnel constitue une ébauche en constant remaniement, certains auteurs, dont Burrow (1993a) et Chaloner (2000), se sont employés néanmoins à énumérer quelques unes d'entre elles (voir Tableau 2.2). En dépit des variations relevées dans les diverses définitions que nous rapportons ici, il demeure que certains aspects des soins infirmiers en psychiatrie correctionnelle se répètent d'un auteur à l'autre. Dans le cas des critères établis par Burrow (1993a) et Chaloner (2000), les aspects communs se rapportent tout d'abord au type de clientèle soignée, à savoir des contrevenants chez qui l'on a diagnostiqué une forme ou une autre de trouble mental. Les rôles et les aptitudes requis chez les infirmier(e)s accusent également des similitudes chez ces deux auteurs, bien que les termes pour les définir semblent avoir quelque peu évolué entre les moments où leurs ouvrages respectifs ont été rédigés. De même, les structures de prise en charge des contrevenants psychiatisés semblent être réitérées d'un auteur à un autre.

Burrow (1993a)	Chaloner (2000)
Les clients consistent essentiellement en des contrevenants avec une pathologie psychiatrique	Les infirmier(e)s sont en contact avec des contrevenants atteints de troubles mentaux
Les infirmier(e)s contribuent au traitement des troubles psychiatriques ou des comportements délinquants liés à la pathologie psychiatrique	Les infirmier(e)s développent et mettent en œuvre des activités de soin et de gestion des contrevenants atteints de troubles mentaux
Les stratégies thérapeutiques des infirmier(e)s sont intégrées dans des activités de contrôle et de prise en charge institutionnelle	Les infirmier(e)s font partie (ou sont en étroite collaboration avec) des services psycho-légaux désignés
Les pathologies des clients, les activités criminelles, les compétences thérapeutiques, les questions d'ordre juridique et de prise en charge institutionnelle requièrent un corps de connaissances significatif en constante évolution	Les infirmier(e)s doivent avoir la capacité de distinguer les aspects sociaux et les aspects thérapeutiques de leur rôle en milieu correctionnel et de travailler en fonction de ces derniers
Le rôle lié à la défense des intérêts des clients implique la déstigmatisation et la décriminalisation du groupe ciblé	Les infirmier(e)s doivent reconnaître la contribution des attitudes et valeurs personnelles au soin en milieu correctionnel
Le potentiel des clients en regard d'éventuelles récidives doit faire l'objet de stratégies d'estimation des risques	—

Tableau 2.2 : Caractéristiques du rôle infirmier en milieu correctionnel. Adapté de Burrow (1993a) et Chaloner (2000).

Selon Peternelj-Taylor (1999), les infirmier(e)s exerçant en milieu psychiatrique correctionnel sont confrontées à des obligations doubles qui s'harmonisent difficilement : « one of social necessity and one of social good, one of custody and one of caring » (p. 9). La nécessité sociale à laquelle réfère cette auteure touche tous les facteurs devant être mis en œuvre en vue d'assurer la viabilité d'une communauté. Selon elle, les pénitenciers, les hôpitaux dits « spéciaux », les institutions psychiatriques, de même que les cliniques externes sont devenus de telles « nécessités sociales » assurant le contrôle social des populations criminelles et psychiatriques (Peternelj-Taylor, 1999). Le « bien social », par

contre, est assuré par ces mêmes institutions par le biais de traitements et de services de réadaptation et de réinsertion (Osborne, 1995 ; Peternelj-Taylor, 1999). Les infirmier(e)s œuvrant dans le domaine de la psychiatrie correctionnelle doivent être en mesure de bien saisir toutes les subtilités rattachées à la prestation des soins liés au « bien social » (*care*) dans un environnement voué à la « nécessité sociale » (*custody*) et, selon Peternelj-Taylor (1999), la différenciation entre les rôles des infirmier(e)s en psychiatrie correctionnelle et générale pourrait bien se situer à ce niveau.

Parallèlement aux mesures chargées de préserver l'ordre social se situent celles qui répondent aux besoins thérapeutiques individuels des clients. Or, dans un article portant sur le débat entourant la nécessité sociale *versus* le bien social, Mercer, Mason et Richman (1999) ont constaté que les soignantes étaient plus portées à faire preuve d'empathie et de tolérance lorsque les contrevenants dont elles avaient la charge étaient perçus comme souffrant d'une affection psychiatrique (psychotique) plutôt que comme étant un individu « malfaisant » (psychopathe). Cela suggère que le degré de responsabilité que détient un individu en regard d'un crime quelconque influence directement la perception qu'aura l'intervenant chargé de le soigner. Ainsi, il a été rapporté que certains professionnels de la santé estiment que le droit d'être soigné ne revient pas à tous les contrevenants de manière équivalente (Peternelj-Taylor & Johnson, 1995).

Au Canada, Kent-Wilkinson (1996) a rapporté la présence d'attitudes négatives au sein d'une institution psychiatrique à sécurité maximale, tout particulièrement en lien avec la gravité de l'acte criminel commis : « in cases where the criminal offense is horrific some professionals believe that respect for the offender is not deserved and that change and growth will never happen » (p. 25). Les « attitudes négatives » ont été relevées dans d'autres études et Richman et ses collègues ont noté un lien entre de telles attitudes et des pratiques non thérapeutiques (Richman, Mercer & Mason, 1999). Des attitudes positives ont également été rapportées ; cependant, selon Mason et Chandley (1998), elles étaient

plutôt liées au degré selon lequel le personnel infirmier estimait être en contrôle de certaines situations.

Étant donné que la majorité des infirmier(e)s « psycho-légaux » pratiquent en service interne, c'est-à-dire dans des lieux où sont confinés les clients, les compétences dont ils doivent faire preuve prennent leurs origines dans ce milieu de soins particulier (Chaloner, 2000). Les habiletés liées à l'atteinte et au maintien d'un environnement sécuritaire continuent par conséquent d'être privilégiées, aux dépens, peut-être, de la consolidation d'un rôle thérapeutique auprès des populations captives.

À ce titre, Burrow (1993b) estime que les infirmier(e)s constituent le seul ou le principal groupe professionnel qui a vu ses habiletés thérapeutiques « dénaturées » au profit d'un rôle de surveillance plus accru, alors que d'autres tels que les psychologues et les travailleurs sociaux, par exemple, jouissent d'un rôle essentiellement inaltéré. Ceci peut s'expliquer par le fait que le personnel infirmier, en tant que travailleur de première ligne, est en contact soutenu avec les contrevenants, alors que d'autres professionnels entretiennent un contact plus sporadique avec ceux-ci. « The custodial role *per se* becomes the overriding responsibility of the nursing staff irrespective of any therapeutic activity in which they might be involved » (p. 21). Les activités et les stratégies liées à ce « custodial role » incluent notamment les contraintes physiques et chimiques, le contrôle des activités de vie quotidienne, la surveillance, le confinement, la gestion des comportements dangereux ou violents, ainsi que l'évaluation et la gestion des risques. À ce sujet, il est intéressant d'examiner les compétences principales des du personnel infirmier correctionnel selon le Royal College of Nursing : évaluation de l'activité criminelle, évaluation de la dangerosité, gestion de la dangerosité, gestion des troubles de la personnalité liés au comportement criminel, évaluation des risques et compréhension des questions d'ordre éthique liées à la prise en charge des contrevenants psychiatriqués (Chaloner, 2000).

Si le champ de pratique des infirmier(e)s s'étend aujourd'hui au-delà des murs des institutions carcérales, il n'en demeure pas moins que les fonctions infirmières auprès des populations contrevenantes relèvent encore, à divers degrés, du « custodial role » dont discute Burrow (1993b). La gestion des risques, notamment, occupe une place prépondérante dans les activités de soin selon une logique de prévention visant à préserver les intérêts de la population civile. De même, l'accent est placé sur la collaboration interdisciplinaire de plusieurs groupes professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, ergothérapeutes, psychologues, psychiatres, etc.) en vue de favoriser et faciliter la réinsertion sociale des clients et le retour à une vie productive exempte d'activités illicites et de récidives.

La question entourant la notion de contrôle est donc omniprésente dans les écrits recensés traitant de soins infirmiers en psychiatrie pénitentiaire. Elle va de pair avec la notion de sécurité. La culture de soins forgée pendant la formation infirmière se heurte à la culture de contrôle qui domine le milieu correctionnel. Au nom de la sécurité des intervenants, c'est toutefois cette dernière qui l'emporte (Dunbar, 2003 ; Holmes, 2001, 2005 ; Martin, 2003 ; Mason, Richman & Mercer, 2002 ; Martin & Street, 2003) et oriente l'approche à adopter auprès des contrevenants : « You play by different rules when you practice nursing in a prison. Care is secondary. Care is delivered in a setting where security and safety always have top priority » (Dunbar, 2003, p. 2). La sécurité se matérialise par le biais de barrières physiques telles que les portes verrouillées, les clôtures, les barreaux, les murs, mais elle prend également une forme moins manifeste, par le biais des politiques et des procédures institutionnelles chargées de la maintenir. Ces dernières donnent alors lieu à des activités telles que les escortes, les fouilles, le contrôle des effets personnels ou la confiscation des biens (Mason, 2002).

Nous estimons que dans le cadre de notre étude, cet aspect sécuritaire a été déterminant dans la manière dont ont été colligées nos données. Si les définitions se

rapportant au champ de psychiatrie correctionnelle demeurent floues, il n'en reste pas moins que le pénitencier constitue un milieu de recherche riche pour qui s'intéresse aux rapports humains, mais que son inaccessibilité en font l'un des milieux les plus ardues et complexes qui soient.

2.7 Résumé

La recension des écrits effectuée ici permet de réaliser un tour d'horizon en regard des thèmes principaux qui sous-tendent notre projet. Il convient ici, par souci de clarté, de résumer les points essentiels de cette recension. Les écrits que nous avons consultés – et continuons de consulter, une « remise à niveau » constante étant essentielle afin de se garder à jour au sujet des dernières études dans ce domaine – nous permettent de considérer que le contrevenant psychiatrisé se situe au cœur d'un système de prise en charge visant à appliquer des techniques de correction et de réforme afin de le réhabiliter dans la sphère sociale. Cette prise en charge est complexe compte tenu des diverses structures impliquées, tant sanitaires que judiciaires. La prémisse à la base de cette organisation réside dans le fait que le détenu psychiatrisé représente un risque pour le bien collectif et son propre bien et que toutes les structures impliquées permettent une gestion qui se veut intégrale de ce risque. Ce risque découle tout d'abord de l'acte criminel commis, qui laisse toujours planer l'hypothèse d'une récidive. La plupart des contrevenants étant de plus diagnostiquée avec un trouble de santé mentale (Association canadienne de santé publique, 2004c ; Santé Canada 2002), un risque supplémentaire s'ajoute, dicté celui-là par l'aspect imprévisible et potentiellement violent de leur comportement.

Au Canada, les infirmier(e)s se situent au carrefour des structures de prise en charge en raison du mandat qui leur est octroyé, en tant que responsables des aspects sanitaires et sécuritaires de la détention. Ce mandat composite de soin et de gestion des risques comporte nombre d'implications si l'on considère que ses prémisses sont peu (ou

pas) conciliables. Ces deux idéologies, qui déterminent des pratiques sociales, ont donné lieu à deux discours divergents au sein d'un même groupe professionnel, discours qui se mesurent l'un à l'autre sur une base quotidienne. Selon Foucault ([1976] 2002, [1975] 2003), le discours constitue une pratique à travers laquelle se manifeste le pouvoir. En effet, le discours permet l'institution de systèmes d'exclusion (Heartfield, 1996) qui définissent le corps social en le catégorisant selon certaines qualifications. Le discours impose des affirmations qui s'établissent comme vraies et objectives, créant du coup des réalités précises.

Le discours permet donc de maintenir des modes de pensée à partir desquels se sont érigés des systèmes sociaux. Ces systèmes ont établi ce qui est « valide » et ce qui est « erroné » ou « anormal » en terme de pensées et de comportements. Ceci est également vrai à l'égard de la manière de se représenter certaines personnes ou certains groupes de personnes. Le discours produit donc aussi des réalités « identitaires », autrement dit il permet d'énoncer ce qui « est » et de jeter ainsi les bases d'une « vérité » subjective. Le discours constitue donc un dispositif de pouvoir (compris ici dans un sens foucauldien) puisqu'il peut véhiculer une idéologie s'affichant comme vérité objective, unique et absolue, par exemple sous la forme de normes qui organisent la vie et les pratiques sociales (Bhabha, 1994 ; Foucault, [1976] 2002). En raison de cet effet de régulation sur la vie, le discours, selon Foucault ([1976] 2002), est indissociable du pouvoir.

Dans le contexte qui nous intéresse ici, à savoir l'environnement de psychiatrie pénitentiaire, cette notion de « vérité identitaire » est déterminante, puisque le discours désigne et maintient des catégories sociales telles que « infirmière », « criminel », « réfractaire », « expert », « malade », etc. La pratique infirmière dans ce milieu est continuellement régie par différents discours véhiculés au sein d'une telle unité. Le personnel infirmier, de par la formation professionnelle qu'il a reçue, intègre le milieu psycho-légal avec un discours que nous qualifions « d'infirmier ». Ce discours est axé sur

divers principes privilégiés en sciences infirmières, tels que le soin, la santé (physique, mentale, spirituelle, etc.), la résolution de problèmes, la communication et la nécessité de construire une alliance thérapeutique avec les patients fondée sur la confiance, le respect et l'empathie (Boykin & Schoenhofer, 2001 ; Meleis, 2007 ; Newman, 2002 ; Peplau, 1988 ; Peternelj-Taylor, 2000 ; Watson, 2002). Ce discours préconise une représentation du patient en tant que personne ayant besoin d'aide et qui possède un potentiel de santé et d'actualisation considérable. Dans la relation d'aide, l'infirmière (ou l'infirmier) et le client sont uniques, holistiques et égaux et la première ne porte aucun jugement sur les valeurs, les choix ou les agissements du second. Le rôle du personnel infirmier consiste à aider le client à surmonter des difficultés situationnelles ou chroniques et à recouvrer la santé (physique, émotionnelle, etc.). Le soin infirmier est un processus fondamentalement humain et interpersonnel qui exige un engagement personnel sincère et soutenu (Boykin & Schoenhofer, 2001 ; Newman, 2002 ; Peplau, 1988 ; Roach, 1992 ; Watson, 1994).

Ce discours « de soin » se heurte, toutefois, à un autre discours courant en milieu pénitentiaire, fondé sur des impératifs de sécurité et de correction. Les écrits disponibles à ce sujet abondent tous en ce sens, des plus anciens (voir par exemple Burrow, 1993a, 1993b ; Caplan, 1993 ; Peternelj-Taylor, 1999) au plus récents (voir par exemple Holmes, 2005 ; Mason, 2002 ; Norman & Parrish, 2002 ; Peternelj-Taylor, 2000 ; Rask & Aberg, 2002 ; Rask & Levander, 2001). Ce discours « carcéral » ou « correctionnel » souligne notamment le risque social que représente la population incarcérée et le besoin d'éradiquer les comportements délinquants par des activités de punition et de réforme, de manière à ce que les contrevenants puissent réintégrer la société. Ceci implique un passage obligé à travers certaines institutions (par exemple carcérales et psychiatriques), tant dans une optique de punition que de traitement, visant à redresser des comportements « asociaux » et à récompenser des comportements désirés. Les interactions entre la population détenue

et le personnel de l'institution s'inscrivent donc dans une logique d'autorité et de contrôle (Goffman, [1968] 1998 ; Foucault, [1975] 2003).

Afin de permettre au lecteur de saisir la manière dont s'agencent, selon nous, les thèmes identifiés, il nous a paru utile de résumer ceux-ci dans une carte conceptuelle (voir Annexe 1), c'est-à-dire un schéma récapitulatif qui conceptualise notre problématique. Nous reconnaissons bien évidemment le fait que cette conceptualisation nous est propre et qu'il existe une multitude de manières d'organiser ces thèmes. La carte conceptuelle présentée ici représente donc une seule perspective possible parmi plusieurs autres. Nous avons choisi de reprendre la question de la relation infirmière-patient comme le centre de ce schéma conceptuel étant donné qu'il s'agit du point de départ de notre réflexion dans le cadre de ce projet. Comme toute interaction sociale, cette relation s'inscrit dans un processus de production où interviennent le pouvoir, le savoir et le discours, processus qui construit également les principales fonctions du personnel infirmier en milieu correctionnel fédéral (double mandat) à savoir le soin et les activités liées à la surveillance et la sécurité. Nous estimons donc que ces fonctions sont le fruit de la triade pouvoir-savoir-discours dont découlent de surcroît les différentes subjectivités du personnel infirmier et du patient. Nous aurions dû situer ces derniers dans la triade elle-même, au même titre que les interactions entre ces deux groupes. Nous avons cependant choisi de les situer à l'extérieur afin de mieux mettre en évidence la production de subjectivités qui résulte des relations de pouvoir, du savoir et des discours qui investissent notre milieu de recherche.

La recension des écrits que nous avons réalisée permet de mettre en évidence la complexité des enjeux se rattachant à notre objet d'étude. Après avoir examiné les assises théoriques sur lesquelles s'appuiera notre analyse, il convient d'établir les méthodes de recherche sélectionnées dans le but de décrire et d'expliquer les questions liées au discours du personnel infirmier dans un milieu de psychiatrie pénitentiaire.

3. CHAPITRE 3 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les infirmier(e)s constituent le groupe de professionnels de la santé majoritaire dans les milieux de soins correctionnels. À ce titre, leur contribution à l'élaboration d'un corps de connaissances propres à la discipline infirmière et à leur champ de pratique professionnelle est non seulement significative mais essentielle. Toutefois, Chaloner (2000) remet en question les modes de recherche privilégiés par ces infirmier(e)s, qui ont principalement recours à des méthodologies quantitatives pour mener à bien leurs investigations, par le biais notamment de questionnaires et d'instruments de mesure visant à examiner des aspects particuliers de la pratique infirmière. Si ce mode d'investigation comporte des avantages indéniables au niveau de la facilité et de la rapidité de la collecte et l'analyse des données, Chaloner (2000) reproche à ces infirmier(e)s de s'attarder sur des questions de recherche ne nécessitant pas un investissement soutenu au cœur du milieu de recherche. En effet, selon cet auteur, les chercheurs en sciences infirmières ont davantage tendance à choisir des problématiques de recherche pour lesquelles des méthodologies quantitatives (incluant l'utilisation persistante de questionnaires et d'instruments de mesure psychosociaux) suffisent et permettent la compilation et l'interprétation des données dans un milieu autre que le pénitencier, délaissant ainsi des questions de recherche plus approfondies et complexes pour lesquelles une véritable investigation (physique, notamment) des lieux est requise :

It is perhaps a less daunting task to distribute and analyse questionnaires from the comparative comfort of one's workplace (or home) than to physically enter a field of study to undertake a labour-intensive qualitative or mixed-strategy inquiry (p. 15).

Nous partageons cet avis, reflété par notre position épistémologique exposée plus tôt. En raison de la complexité des enjeux et des processus qui caractérisent le milieu pénitentiaire, il nous a semblé indispensable d'investir de manière plus soutenue un tel

milieu d'étude. La méthodologie choisie pour notre projet doctoral, décrite dans la présente section, a donc visé à traduire cette préoccupation.

3.1. Milieu d'étude

Cette étude s'est déroulée dans un milieu pénitentiaire canadien sous administration fédérale. L'établissement concerné a vu le jour en 1969 en tant qu'institution correctionnelle à sécurité maximale. Ce statut s'est modifié en 1991 lorsque le pénitencier s'est vu attribuer un niveau de sécurité moyenne. Aujourd'hui, le pénitencier compte environ 400 lits répartis dans trois pavillons : l'unité de psychiatrie pénitentiaire (UPP – 120 places de niveaux de sécurité multiples répartis dans cinq unités), la population régulière (143 lits) et un pavillon dit « de protection » de sécurité moyenne (142 lits). Nous avons investi spécifiquement l'unité de psychiatrie de cet établissement, identifiée ci-après comme l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire (UPP). L'UPP porte la responsabilité de la coordination des services de santé mentale en collaboration avec diverses institutions hospitalières et communautaires de la région. Elle offre des soins de niveau intermédiaire aux détenus atteints de maladie mentale et de troubles de la personnalité. L'UPP est désignée en tant que centre d'intervention multidisciplinaire serti de volets correctionnel et clinique visant à encadrer et traiter les contrevenants au risque d'automutilation et de suicide élevé, de même que ceux présentant des problématiques psychiatriques majeures et des troubles de personnalité jugés sévères. La majorité de ces patients accusent une comorbidité combinant des troubles psychiatriques (Axe I), des troubles de la personnalité (Axe II) et/ou des troubles de toxicomanie. En bref, l'UPP reçoit des personnes dont on considère comme faible le potentiel de réinsertion sociale (Service Correctionnel du Canada, 2000).

Le projet a été élaboré au moment même où la direction clinique de l'UPP exprimait des inquiétudes en regard de la manière dont étaient documentées les interventions de son personnel infirmier dans les notes cliniques. Une lettre d'intention fut rédigée et envoyée

afin de jauger l'intérêt de l'UPP vis-à-vis le présent projet. La réponse fut positive, en ce sens que le chef de service se disait disposé à nous recevoir dans le cadre de notre recherche doctorale. Nous avons choisi de cibler une seule unité de l'UPP afin d'aplanir les difficultés liées à l'accès au milieu. De plus, nous estimions qu'englober toutes les unités de l'UPP (qui sont au nombre de 5) dépasserait largement le cadre de ce projet. Nous avons arrêté notre choix sur l'unité d'admission, qui est également une unité d'observation de 10 lits. Les détenus qui y sont admis le sont sur une base urgente afin d'y être évalués et stabilisés, avant d'être transférés sur une unité de traitement à plus long terme. En raison de la condition mentale des détenus, qui sont généralement décompensés lorsqu'ils s'y présentent, nous anticipions une « présence » infirmière plus soutenue auprès des patients, sous la forme d'un rôle clinique infirmier plus manifeste et articulé. Par conséquent, nous estimions que la documentation infirmière serait plus importante en raison du rôle d'urgence psychiatrique joué par cette unité, impliquant donc davantage d'évaluations cliniques, d'interventions thérapeutiques, d'incidents de décompensation et d'*acting out*. En somme, nous prévoyions une démarche infirmière plus constante et approfondie. Nous espérions par ce choix éviter trop de documentation clinique de routine, plus probable au sein d'une unité de soins chroniques. La consultation de la documentation infirmière à l'unité d'admission a donc constitué le premier volet de notre étude. Nous élaborons plus en détails cette portion méthodologique dans la section portant sur la collecte de données (Section 3.5.1).

3.2. Échantillonnage et recrutement

Le but de notre étude étant l'examen des discours du personnel infirmier à l'unité d'admission, il convient de saisir plusieurs formes d'expression de ces discours. Ainsi, les propos verbaux du personnel infirmier étaient d'intérêt ici puisqu'ils ont été mis en parallèle avec la documentation clinique. L'examen de ces deux formes discursives nous a permis

d'enrichir de manière substantielle nos données relatives à la manière dont est construite l'identité des patients à l'unité d'admission. Le deuxième volet de notre recherche a donc consisté à la conduite d'entrevues avec des infirmières et des infirmiers de cette unité.

La pratique infirmière psychiatrique étant un processus hautement subjectif (Peplau, 1988), il convient de sélectionner des infirmières et infirmiers aux profils variés afin d'assurer une forte diversité en regard de l'exercice de leurs fonctions. Bien que certains écrits en ethnographie préconisent un échantillon de 6 à 8 informateurs-clés et 12 à 15 informateurs généraux (Grbich, 1999), ces chiffres sont quelque peu ambitieux compte tenu du milieu choisi. Dans notre cas, nous avons ciblé spécifiquement les intervenants infirmiers de l'unité d'admission, qui sont au nombre de 12. Nous espérions recruter tous les membres infirmiers de cette unité et ainsi obtenir un tableau intégral des discours du personnel infirmier de ce milieu. En conséquence, nous avons maintenu les critères d'inclusion au minimum afin de ne pas limiter notre échantillon : bien entendu, seuls les infirmières et infirmiers désireux de participer à l'étude ont été inclus ; seules les personnes de 18 ans et plus étaient éligibles ; et nos participants devaient occuper un poste à temps plein ou à temps partiel (poste régulier) à l'unité d'admission depuis au moins 6 mois. Étant donné les enjeux relatifs aux questions du sexe biologique dans un environnement essentiellement masculin tel que le pénitencier, nous espérions obtenir une proportion équivalente d'hommes et de femmes et ce, en vue de favoriser l'exploration de la question du genre en tant qu'élément structurant du discours dans ce type de milieu. Toutefois, sur douze infirmières et infirmiers réguliers à l'unité d'admission, un seul était de sexe masculin. La proportion espérée n'a donc pu être atteinte.

Au bout du compte, nous avons cessé le recrutement après sept entrevues compte tenu de la redondance des propos d'un participant à l'autre (saturation des données). Nous avons établi le profil sociodémographique des informants, à savoir le sexe, l'âge, le poste occupé à l'UPP, le niveau d'expérience antérieure en psychiatrie ou en milieu carcéral,

l'ancienneté à l'UPP et le type de formation infirmière (formation collégiale, universitaire, hospitalière). L'un des ces informants est un gestionnaire infirmier. Nous n'avons procédé à aucune entrevue avec des membres du personnel de correction, ni avec des patients. Nous avons eu des entretiens informels avec des membres du personnel infirmier n'occupant de pas de poste régulier à l'unité d'admission mais ces discussions ont porté sur le fonctionnement général de l'UPP et n'ont pas fait l'objet d'une analyse au même titre que les entrevues formelles.

Les questions relatives à l'éthique et plus précisément à la confidentialité, sont d'une importance cruciale dans une étude de ce type. Afin de préserver l'identité des membres du personnel infirmier qui ont accepté de participer à la recherche, nous avons tenu deux séances d'information générale au sujet de celle-ci, notamment ses buts, sa durée anticipée et les modalités de son déroulement. Au cours de ces séances, les membres présents ont pu poser les questions nécessaires à la clarification du projet et ont obtenu les coordonnées de la chercheuse et de son superviseur sur une carte d'affaires. Ceux et celles désirant être recrutés aux fins d'entretien ont donc pu contacter la chercheuse principale en toute confidentialité à leur convenance.

Le recrutement des participants peut poser une entrave réelle lorsque la problématique devant être étudiée suscite de la méfiance à l'endroit du chercheur. À ce titre, des personnes peuvent refuser de participer à une étude (ou se désister pendant son déroulement) lorsqu'elles craignent ou perçoivent des menaces associées à leur collaboration au projet, menaces qui ont été colligées par Lee et Renzetti (1993) selon trois catégories : intrusives (infiltration d'un milieu fermé), politiques (transformation des politiques institutionnelles) et de sanction (pénalisation par représailles). Si ces menaces sont perçues comme étant significatives, un chercheur peut avoir de la difficulté à recruter des participants. Nous expliquons ces types de menace dans la section 3.7.1.

Dans un milieu aussi contraignant que le pénitencier (Milly, 2001), il a été rapporté que les infirmier(e)s pouvaient adopter des pratiques controversées pour des raisons diverses (Fisher, 1995 ; Holmes, 2001 ; Hufft & Kite, 2003 ; Mason, 2002). Ces infirmier(e)s expliquaient ceci en évoquant les contraintes organisationnelles auxquelles ils étaient soumis et émettaient des critiques sans équivoque à l'endroit des politiques et des « coutumes » de leur lieu de travail. En divulguant cette information pour le moins sensible, ces infirmier(e)s risquaient de subir des représailles de personnes issues de leur milieu de travail mais aussi de leurs organisations professionnelles si celles-ci venaient à être informées de ces pratiques, par exemple au moment de la publication des résultats. Ceci peut être mis en lien avec les propos de Lee et Renzetti, en ce sens que les résultats peuvent constituer une menace politique et de sanction. C'est ici qu'interviennent donc les questions d'ordre éthique, notamment en regard de la confidentialité de l'identité et des propos des personnes, sujet qui sera élaboré plus en détails dans la section portant sur les considérations éthiques. La chercheuse a donc veillé à clarifier et à renforcer les objectifs de son étude et les conditions de la participation et répondre aux préoccupations des participants. Il a notamment fallu insister sur le fait que la recherche ne visait aucunement l'évaluation des pratiques des participants (incluant les pratiques liées à la documentation des interventions), mais plutôt l'exploration des discours du personnel infirmier à l'unité d'admission, le contexte (carcéral psychiatrique) dans lequel ces derniers s'inscrivent et les effets de ces discours sur les perceptions infirmières des personnes soignées à l'unité d'admission.

3.3. Ethnographie

L'ethnographie génère un regain d'intérêt depuis les vingt dernières années environ, en réponse à la déception liée aux méthodes quantitatives en regard de leur capacité à dresser un tableau fidèle des phénomènes sociaux courants (Hammersley & Atkinson,

2007). Selon les écrits consultés, l'ethnographie constitue un moyen d'édifier un corps de connaissances au sujet de diverses cultures (Spradley, 1980), une analyse des structures sociales dans leur ensemble ou l'investigation de patrons d'interaction sociale (Gumperz, 1981). Le dénominateur commun demeure l'approfondissement des connaissances relatives aux individus et, en ce sens, l'ethnographie est connexe, entre autres, à l'anthropologie, la psychologie, la sociologie, les sciences infirmières ainsi qu'aux recherches féministes, et, dans une certaine mesure, constitue le reflet pratique (« de terrain ») de ces dernières. Malgré la variété de définitions attribuées à l'ethnographie, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une méthodologie prisée en recherche sociale qui implique un degré élevé de participation du chercheur dans la vie des personnes qu'il se propose d'étudier (Hammersley & Atkinson, 2007).

L'ethnographie est une forme de recherche sociale qui se distingue au moyen des caractéristiques suivantes :

- l'entreprise d'exploration de phénomènes sociaux plutôt que la vérification d'hypothèses au sujet de ces derniers ;
- l'examen approfondi d'un nombre restreint de cas plutôt que l'investigation plus superficielle d'une multitude d'entre eux ;
- l'explication de processus humains au moyen de l'interprétation de leurs fonctions ou de leurs significations (Atkinson & Hammersley, 2003).

L'ethnographie se distingue d'autres approches méthodologiques en raison de l'accent qu'elle place sur la reconnaissance des cultures et sous-cultures propres à un système social (ainsi que leurs attributs : langage, normes, valeurs, symboles, croyances, rituels), de même que sur la signification attribuée aux interactions sociales qui caractérisent ce dernier. Elle inclut la description de phénomènes et de *patterns* sociaux, sans toutefois se limiter à cette activité. Elle reconnaît que les motivations, les croyances, les intentions et les attitudes modélisent les comportements humains (Hammersley &

Atkinson, 2007) et décrit donc ceux-ci tout en les contextualisant dans un système plus large.

La culture à laquelle nous nous sommes intéressée ici est la culture pénitentiaire qui investit l'UPP et plus précisément l'unité d'admission. Une approche ethnographique nous a permis de saisir cette culture et sa concrétisation au sein de l'unité choisie. Bien que notre projet s'intéressait aux modes d'interaction humaine de l'UPP, notre objet de recherche résidait dans l'un des symboles de ces interactions, à savoir les discours du personnel infirmier, plus précisément les discours émergeant des notes cliniques du personnel infirmier de l'unité de santé mentale du pénitencier. Examiner ces discours a donc constitué le principal but de notre projet. Des sources de données collatérales ont également été sélectionnées dans le but de saisir d'autres formes de discours du personnel infirmier. Ainsi, des entrevues avec des membres du personnel infirmier ont été réalisées et nous avons procédé à l'observation de notre milieu d'étude afin de saisir en détails les modes de matérialisation des discours du personnel infirmier. Les méthodes de collecte de données seront abordées plus en détails dans la section 3.5.

L'ethnographie doit être en mesure de tracer un portrait de personnes que Thomas (1993) désigne comme « Autres ». Ce portrait ne doit pas être abstrait, ni dénué de son contexte historique et sociopolitique. Il doit être en mesure de le placer en rapport avec d'autres personnes en mettant en évidence les relations de savoir et de pouvoir inhérentes à leur interaction (Clifford, 2002). Toute personne qui se soumet à l'exercice de l'ethnographie doit se "décentraliser" par rapport à son objet d'étude, c'est-à-dire qu'elle ne prétend pas détenir une voix autoritaire et experte en regard du phénomène d'intérêt. Ce faisant, elle rappelle au lecteur que le matériel qui lui est présenté est biaisé, incomplet et sélectif. La recherche portant sur les structures sociales a ceci de particulier que celui qui la conduit fait lui-même partie d'un système social (Hammersley & Atkinson, 2007) et que ce dernier vient modéliser d'une part la perception et l'interprétation des phénomènes d'intérêt

et d'autre part les interactions entre le chercheur et son objet d'étude. Cela revient à dire que tout résultat de recherche consiste en réalité en une construction qui reflète les présupposés et les circonstances socioculturels et politiques dans lesquels il a été produit.

Tout comme les exégètes de l'ethnographie ont exprimé de vives critiques à l'endroit des méthodologies issues d'une perspective post-positiviste, des réserves ont été émises en regard du manque d'objectivité attribué à la recherche ethnographique et du défi que cela pose au niveau de la production de connaissances sociales scientifiques rigoureuses (Atkinson & Hammersley, 2003). Cependant, si l'on admet que, contrairement aux méthodologies quantitatives, l'ethnographie ne recherche pas de résultats généralisables, l'on pourra concevoir dans quelle mesure elle est susceptible de contribuer de façon sans équivoque à l'édification d'un corps de connaissances sur des phénomènes socioculturels. Elle ne se soucie pas d'établir de relations de cause à effet, étant donné que les interprétations d'un même phénomène différeront d'un observateur à un autre. Elle constitue une réponse en quelque sorte aux méthodologies propres au paradigme post-positiviste en ce sens qu'elle est plus appropriée à la compréhension de la nature des pratiques sociales (Atkinson & Hammersley, 2003). Ceci s'explique par le fait que, contrairement aux méthodes expérimentales, l'ethnographie ne recourt pas à la création de milieux d'étude artificiels, elle ne cherche pas à réduire la signification d'un phénomène à une entité observable et elle ne se fie pas seulement à ce que les personnes *disent*, mais aussi à ce qu'elles *font* dans leur milieu naturel. Ceci ne veut pas dire que les ethnographes rejettent entièrement les méthodes expérimentales et nombre d'entre eux les incluent selon divers degrés dans leur processus de recherche. Il s'agit plutôt de la réfutation de l'hégémonie d'un paradigme – le postpositivisme – dans le processus d'acquisition des connaissances.

3.4. Ethnographie critique et poststructuraliste

L'ethnographie critique a fourni une tangente inédite aux préoccupations méthodologiques traditionnelles. Tel que nous l'avons vu précédemment, son rôle se concrétise notamment en ce qui a trait à la discorde entre observation neutre et prise de position politique. Selon Thomas (1993), les ethnographes critiques débutent leur entreprise de recherche en circonscrivant l'ontologie du phénomène d'intérêt :

The things we normally believe to be « out there » come from uncritically accepted preconceived assumptions about the world. This acceptance creates the « outer rim » of processes and practices that constrains the possibilities of analysis. By remaining the centre, researchers are directed toward comfortable topics, concepts and theories and lose sight of those processes that create both the rim and the internal spectacles that define it (p. 34).

Cet extrait traduit bien à notre avis le caractère marginal de l'ethnographie critique, d'autant plus que les phénomènes d'intérêt sont choisis en fonction des symboles et des images suggérant une forme ou une autre d'oppression sociale (bien que ces symboles puissent n'apparaître qu'à un stade très avancé de la collecte ou de l'analyse des données). Alors que l'ethnographie « classique » s'appuie sur des prémisses inspirées du colonialisme (entendu ici comme toute forme de suprématie organisée d'une culture sur une autre), l'ethnographie critique emploie des perspectives telles que celles énoncées par Derrida, Foucault, Horkheimer, Lyotard et Marcuse (Kincheloe & McLaren, 2003), afin de retracer et comprendre la stratification du pouvoir dans les sociétés contemporaines. Celui-ci implique par ailleurs des relations entre l'agent colonisateur et l'agent colonisé qui sont cristallisées dans une hiérarchie rigide qui n'admet pas de transactions équitables, qu'elles soient par exemple au niveau social, culturel ou économique (Ashcroft, Griffiths & Tiffin, 2002). Les notions de race, de classe, de genre et d'ethnie sont admises en tant que constructions sociales et politiques, et, selon Grbich (1999), le chercheur joue un rôle actif

dans l'analyse et la théorisation du pouvoir qui doivent mener à l'émancipation et l'*empowerment* d'une population donnée.

L'ethnographie poststructuraliste pour sa part met davantage l'accent sur le rôle du discours et du langage dans les relations de pouvoir et reconnaît l'œuvre de celles-ci dans l'interaction du chercheur avec le groupe auquel il s'intéresse. Le discours est alors reconnu comme espace fondamental où se déroule toute lutte politique (Weedon, 1997). Il convient de souligner que dans le cadre de notre recherche, la population ciblée par cette logique d'émancipation regroupe, d'une part, le personnel infirmier, un groupe jugé par de nombreux auteurs comme étant victime d'oppression en raison d'un manque de pouvoir et de légitimité sur les plans professionnel et sociopolitique (Blyth, Baumann & Giovanetti, 2001 ; Canadian Nursing Advisory Committee, 2002 ; Holmes, 2005 ; Laschinger *et al.*, 2001 ; Norrish & Rundall, 2001 ; Peter, Macfarlane & O'Brien-Pallas, 2004, Rodney & Varcoe, 2001). D'autre part, il faut également inclure la population institutionnalisée au sein des systèmes correctionnel et médico-psychiatrique, en raison du caractère vulnérable qu'elle présente aux niveaux social, politique, sanitaire et psychologique. En effet, tel que vu précédemment, ces populations sont souvent démunies de voix afin de faire valoir leurs intérêts et défendre leurs droits.

Notre projet doctoral s'inscrit dans une logique poststructuraliste puisque le discours constitue notre objet central de recherche. Nous avons procédé à une ethnographie poststructuraliste afin d'examiner les effets des discours du personnel infirmier sur les représentations et les pratiques de celui-ci à l'égard des contrevenants qu'il soigne.

L'approche poststructuraliste reconnaît le discours comme un outil puissant d'interaction sociale et nous permet de délinéer de manière plus vaste son contexte socioculturel : selon Thomas (1993, p. 61), « [It] attempts to provide clearer images of the larger picture ». Cette approche permet notamment de lier les notions de discours, culture et pouvoir, en ce sens qu'elle attire l'attention sur la manière dont : ① les schèmes culturels pré-existants

modulent les conduites ; ② les membres d'une culture affirment ou infirment les cadres culturels courants ou s'adaptent à ces derniers (processus de conformation) ; et ③ une culture particulière est sans cesse recrée et renforcée avec chaque parole ou chaque geste (Thomas, 1993). Bref, la culture donne lieu à une structure qui se nourrit sans cesse elle-même.

Il importe à ce point-ci de traiter de la manière dont ce projet doctoral a pris forme concrètement. La prochaine section vise donc à décrire les méthodes de collecte de données et ainsi à compléter, de manière plus pragmatique, notre réflexion sur l'approche ethnographique poststructuraliste.

3.5. Méthodes de collecte des données

Selon Thomas (1993), l'ethnographie peut s'appuyer sur n'importe quelle source de données qui porte en elle une signification culturelle et sociale, qu'il s'agisse de personnes, de textes ou d'objets qui communiquent les symboles appropriés. Toutes ces sources de données ne sont toutefois pas de qualité ou d'importance équivalentes. Afin de broser un tableau aussi complet que possible de notre objet de recherche, il nous a semblé essentiel de combiner certaines de ces sources entre elles afin de pallier à de potentiels manquements au moment de la collecte ou de l'analyse des données.

L'unité de psychiatrie pénitentiaire donne lieu à de multiples espaces discursifs qui permettent la construction de certaines représentations sociales et l'octroi de certaines significations. La relation de soins entre le personnel soignant et la clientèle psychiatisée constitue un tel espace discursif, en ce sens qu'elle est propice à la manifestation de discours portant sur le soin psychiatrique, la psychopathologie, la criminalité et la normalité. Chaque tenant du discours se positionne alors quant aux statuts souvent antinomiques signalés par ces discours : soignant / soigné ; normal / déviant ; criminel / malade ; rationnel / psychotique et ainsi de suite. Ces statuts peuvent être fixés au préalable, par exemple par

le biais d'un titre officiel lié à une position précise dans la structure carcérale ou encore être fluctuants et en constante négociation. Les écrits recensés portant sur l'identité et les représentations soulignent notamment le caractère souvent fluide de certaines identités selon la mise en relation avec un contexte donné. D'autres espaces discursifs incluent notamment les discussions cliniques et les histoires de cas, les notes rédigées dans les dossiers cliniques, les communiqués internes, les lignes directrices, les discussions informelles (tant entre intervenants, qu'entre intervenants et clients). Il est nécessaire de reconnaître que notre présence en tant que chercheure et personne externe au milieu désigné a donné lieu à d'autres possibilités d'espaces discursifs, comme par exemple la conduite d'entrevues et les activités d'observation (inévitavelmente liées à des discussions informelles avec divers acteurs du milieu). Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi d'examiner les discours du personnel infirmier émergeant des documents écrits (notes évolutives), communiqué à la chercheure (entrevues semi-directives) et manifeste dans le milieu de travail naturel du personnel infirmier (observation directe). Chacune de ces sources de données sera maintenant explicitée.

3.5.1. Examen de la documentation des interventions infirmières

La source principale des données de recherche provient de l'examen de la forme première de documentation des interventions infirmières, à savoir les notes évolutives. Seuls les documents « infirmiers » proprement dits ont été analysés, afin de saisir un discours « purement » infirmier, c'est-à-dire un espace discursif où n'interviennent pas d'autres groupes socioprofessionnels. Il est à noter également que pour des raisons de confidentialité et de sécurité, un accès aux autres éléments du dossier (dossier médical par exemple) aurait été difficile à obtenir. Les notes infirmières constituent, selon nous, une source de données de choix étant donné qu'il s'agit d'un espace libre où les membres du personnel infirmier rendent compte en détails de la condition des patients et des

interventions appliquées. Les contraintes liées par exemple à un espace d'écriture limité (donc une contrainte qui ne relève pas des membres du personnel infirmier eux-mêmes mais qui est inhérente au format de la documentation, tel qu'un formulaire ou un tableau) ont donc été évitées. Ainsi, nous nous attendions à ce que l'information transcrite dans les notes évolutives soit plus riche et informative que celle comprise dans les *kardex* par exemple.

Tel qu'indiqué précédemment, nous avons spécifiquement ciblé l'unité d'admission de l'UPP pour notre recherche. Cette unité comportant dix patients au moment où notre projet a débuté, nous avons pu sélectionner tous les dossiers de cette unité pour notre analyse. Outre le fait que ceci a éliminé les questions épineuses liées aux méthodes de sélection des dossiers, cela nous a également permis d'investiguer de façon plus approfondie les discours du personnel infirmier dans chacun de ces dossiers. Étant donné que l'unité d'admission accuse un niveau de roulement élevé en tant qu'unité d'admission et d'observation, nous étions consciente du fait que ceux qui y sont admis y séjournent parfois pour une courte durée (quelques jours), c'est-à-dire le temps nécessaire à leur stabilisation, avant qu'ils ne soient transférés vers une autre unité. Ainsi, il n'était pas réaliste de saisir tous les dossiers créés dans la période complète de notre immersion dans le milieu (qui s'est échelonnée sur 4 mois) car nous aurions obtenu un nombre de dossiers beaucoup trop important. Nous avons donc choisi d'examiner les dix dossiers des patients présents au moment où débutait notre étude et avons sélectionné les notes portant sur les dix premiers jours de leur admission. Si nous avons initialement eu des doutes sur ce choix lorsque nous avons obtenu les documents en question, ils se sont rapidement avérés non-fondés. Nous craignions initialement ne pas avoir suffisamment de notes lorsque nous avons constaté que, contrairement à nos attentes, il n'y avait généralement qu'une seule entrée par quart de travail. Toutefois, au fur et à mesure que s'est déroulée l'analyse, il s'est avéré que les données dont nous disposions étaient amplement suffisantes pour

dégager les pratiques discursives à l'œuvre à travers les notes évolutives et leurs implications en regard de la production identitaire du patient.

Les documents sélectionnés devant refléter la pratique infirmière dans son quotidien, les textes issus de tous les quarts de travail ont été analysés. Cet exercice visait à identifier toute différence dans les pratiques discursives des membres du personnel infirmier, tant sur le plan du genre, que sur le plan du temps (moment où s'est déroulée la pratique : jour, soir, nuit, fin de semaine, jour férié, par exemple). En premier lieu, nous avons tâché d'identifier les circonstances de la documentation, c'est-à-dire le moment, le contexte (documentation de routine, situations particulières), l'auteur(e) de la note et ses caractéristiques (démographiques, professionnelles).

Par ailleurs, la *forme* du texte a été mise en relation avec le *fond*. Par la *forme* du texte nous entendons sa structure. Cela inclut notamment la présence de jargon (professionnel, institutionnel) de même que la longueur du texte (note détaillée ou concise). Nous avons porté une attention particulière à l'identification du sujet de la phrase responsable de l'action, notamment lorsque ce sujet est absent (omis) de la phrase. Les termes ou les épithètes choisis pour communiquer de l'information ont également fait l'objet d'un examen. Enfin, nous avons tenté de dégager toute omission dans le texte selon les circonstances de la documentation.

Le *fond* nous a informée en regard des processus qui sous-tendent les énoncés des membres du personnel infirmier. Nous avons tâché de mettre en lumière la nature des interventions appliquées, la présence d'un processus clinique de soin infirmier et la teneur des descriptions des patients (par exemple, leurs besoins et désirs ou leur progression en regard de leur condition). Essentiellement, nous avons tenté d'examiner dans quelle mesure la documentation infirmière reflète ce qui est préconisé dans les écrits en sciences infirmières en regard notamment de la prestation des soins. Une attention particulière a été portée à l'endroit du ton général du texte. Les éléments de cet examen ont inclu, entre

autres, la subjectivité ou l'objectivité de l'extrait, la formalité ou « l'informalité », la présence d'émotions dans le texte et la distanciation ou non du narrateur par rapport à ce qu'il ou elle rapportait dans sa documentation. L'une des étapes déterminantes de l'analyse de discours (telle que nous la concevons, c'est-à-dire en tant que déconstruction de discours, explicitée ultérieurement) réside dans l'identification du « non dit » (absent) au même titre que ce qui est dit (présent). Le non-dit constitue un point important en ce sens qu'il est instructif en regard de ce qui est pris pour acquis. En effet, le non-dit renvoie à ce qui n'a pas *besoin* d'être dit, c'est-à-dire ce qui est implicite, compris, sous-entendu, voire naturel ou logique. Dans le cadre de notre projet, nous considérons que le non-dit fait partie intégrante du discours et qu'en conséquence il agit à part entière à titre de code ou de symbole d'une culture particulière. Le non-dit ne signifie pas que l'on peut spéculer sur « ce qui pourrait être ». De même son caractère intangible peut mettre tout chercheur dans l'embarras car comment peut-on concevoir ce qui n'est pas explicite? Toutefois, en vertu des propos exprimés, conjugués à notre réflexion continue à toutes les étapes de la collecte de données et de l'analyse, nous estimons que nous avons été en mesure, partiellement du moins, de noter des incohérences, par exemple, dans la description d'une circonstance donnée et les actes posés.

Nous sommes aussi demeurés attentive aux variations possibles des propos et des énoncés du personnel infirmier selon le contexte. Ainsi, nous avons pu constater que les propos d'un membre du personnel infirmier différaient selon que ce dernier s'adressait à la chercheuse en tête-à-tête ou en groupe avec ses collègues. Dans ce cas, il ne s'agissait pas de déterminer la « véracité » des propos tenus, mais plutôt de tenter de comprendre la raison de ce contraste. Enfin, nous avons également pris soin de circonscrire l'audience de la documentation, c'est-à-dire les personnes ou les instances auxquelles elle s'adresse ou pour lesquelles elle est conçue. Tous ces éléments d'analyse sont résumés dans l'Annexe 2.

3.5.2. Entrevues avec le personnel infirmier

Des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès des participants répondant à notre projet, afin de contextualiser les éléments ou les thèmes relevés dans la documentation des interventions infirmières et de brosser un tableau d'ensemble dans lequel s'inscrivent les discours du personnel infirmier. À la demande des participants, toutes les entrevues se sont déroulées sur le lieu de travail des participants pendant leurs heures régulières (ce qui avait été permis par la chef de service). Nous visions également à nous entretenir avec un nombre à peu près égal d'infirmières et d'infirmiers afin d'explorer la question du genre en tant que dimension structurante du discours. Il existe des manières d'examiner les subjectivités « genrées » autres que par le biais du discours ou même sans avoir recours à une perspective poststructuraliste (voir par exemple Uhlmann & Uhlmann, 2005), mais cela ne constituait pas l'objet de notre travail et le discours, en tant que vecteur, médiateur et symbole de l'expérience internalisée du sexe biologique, devait être suffisant à refléter cette dimension.

Tous les entretiens ont été effectués par la chercheure elle-même selon une grille d'entrevue préétablie (voir Annexe 3) et ont été enregistrés sur bande audio (avec le consentement des participants). Ils ont duré entre 75 et 90 minutes, quoique certains ont pris plus de temps. Ils ont tous eu lieu dans des bureaux privés. Tous ont été retranscrits en format texte, à partir duquel nous avons procédé à une analyse de discours. Bien que le choix de réviser les transcriptions ait été offert à tous, deux participants seulement se sont prévalus de ce droit. Ni l'un ni l'autre n'a apporté de modifications.

Cette source de données était indispensable selon nous pour deux raisons. Tout d'abord, nous insistons sur le fait que la recherche selon une logique poststructuraliste commande une prise de conscience à l'égard du contexte d'où émerge un phénomène d'intérêt. Consulter des documents infirmiers sans autres sources d'information irait à l'encontre de cette prémisse. Nous supputons que discuter avec les membres du personnel

infirmier permettrait à ces derniers de verbaliser les circonstances de la documentation clinique, contextualisant ainsi leurs énoncés écrits. Nous avons également obtenu le point de vue de ces participants sur la fonction de la documentation dans un environnement de soin tel qu'une unité de psychiatrie correctionnelle, enrichissant davantage le contexte de notre objet. Par contre, nous devons insister sur le fait que nous ne tentions pas de lier l'entrevue faite avec un participant X avec toutes les notes cliniques rédigées par ce participant afin de procéder à une comparaison. Il ne s'agissait pas ici d'examiner des énoncés *individuels* mais plutôt de saisir des discours dans leur ensemble au cœur d'une unité précise et selon les espaces discursifs disponibles.

Le deuxième argument en faveur du recours aux entrevues renvoie à la nécessité, selon nous, de procéder à une comparaison entre les discours émergents dans les notes infirmières et ceux émergents en entrevue. Nous opérons ici en fonction du présupposé selon lequel ces deux formes d'énoncés sont régulées par des mécanismes différents. Dans le premier cas, ceux-ci peuvent, par exemple, refléter des processus institutionnels, légaux ou professionnels. Dans le deuxième cas, des facteurs personnels (issus du participant et de la chercheure elle-même) peuvent se juxtaposer aux précédents. Notre but n'était pas de comparer ces énoncés pour déceler une duperie ou des falsifications quelconques, mais de comprendre, s'ils étaient divergents, leurs raisons d'être à chacun, voire la nécessité pour le personnel infirmier de tenir des discours différents. Le seul examen des notes cliniques n'aurait pas permis cet exercice et aurait impliqué dans une certaine mesure notre cautionnement des discours émergents dans ces notes, puisque aucun outil n'aurait été à notre disposition pour procéder à sa remise en question (entendue ici au sens poststructuraliste, c'est-à-dire son examen, sa compréhension). Ceci constitue également la raison pour laquelle nous avons choisi d'intégrer l'observation (décrite dans la section suivante) parmi nos méthodes de collecte de données.

La grille d'entrevue que nous avons conçue pour nous guider dans les entrevues reprend de manière globale les thèmes que nous avons explorés dans le cadre de notre recension des écrits, notamment les soins infirmiers psychiatriques et les soins infirmiers psychiatriques correctionnels, les représentations sociales, les notions de discours et de risque, de même que le pouvoir. Nous avons également posé des questions à propos de la documentation infirmière afin de recueillir, d'une part, les pratiques infirmières relatives à cet aspect de leur travail et, d'autre part, leurs perceptions en regard de la fonction de cette activité professionnelle. Enfin, afin de saisir la complexité des interactions entre diverses cultures au sein d'une même unité de soins, nous avons choisi d'inclure des questions portant sur les autres groupes avec lesquels le personnel infirmier doit transiger dans le cadre de ses fonctions. Ceci nous a entre autres permis de qualifier ces interactions et de déterminer leurs effets sur les discours du personnel infirmier. Les catégories selon lesquelles nous avons organisé nos questions sont loin d'être exclusives et une question telle que : « Comment percevez-vous votre rôle en tant qu'infirmier(e) auprès d'une population incarcérée? », par exemple, relève autant de la catégorie des soins infirmiers psychiatriques correctionnels que de celle portant sur les représentations.

Nous nous sommes employée à retranscrire de manière intégrale le contenu des bandes audio selon la méthode formulée par Labrie (1982). La nécessité de transformer cette information en format écrit découle du fait que les textes ainsi obtenus ont été soumis à une analyse en profondeur du contenu, étape que nous élaborons plus loin.

3.5.3. Observation du milieu

Toute recherche ethnographique comporte un certain degré d'observation participante, puisqu'elle se déroule dans un système sociopolitique (Atkinson & Hammersley, 2003) et que le chercheur ne peut prétendre à la neutralité de sa présence sur ce dernier ou vice-versa. La définition de l'observation participante ne fait pas

l'unanimité et certains auteurs se sont employés à circonscrire une typologie relative à cette activité (Gold, 1958 ; Junker, 1960). Une appréciation de cet effort ne constitue pas l'intérêt de ce chapitre. C'est pourquoi nous souscrivons à une définition plus globale de l'observation participante, définition selon laquelle une activité d'observation est accomplie dans un milieu défini alors que le chercheur y joue un rôle précis, dont celui d'observateur (Atkinson & Hammersley, 2003).

En conséquence, l'on pourrait argumenter que toute recherche à caractère social constitue une forme d'observation participante en soi, puisqu'elle se déroule dans un système social dont le chercheur ne peut se départir. Dans notre cas, il convient toutefois de parler d'observation directe plutôt que d'observation participante, puisque nous n'avons exercé aucune fonction infirmière en cours de recherche. Nous n'avons entretenu aucun contact formel auprès des patients et l'observation directe en tant que telle a essentiellement été limitée aux interactions entre les divers membres du personnel de l'UPP (infirmières et infirmiers, agents de correction, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, etc).

Le milieu correctionnel est un lieu complexe de contraintes et d'interactions sociales. Dans le cas de l'UPP, il s'agit d'un milieu hybride pénitentiaire et psychiatrique. Les processus sociaux s'y déroulant sont complexes et afin de nous aider dans notre tâche d'observation, nous avons formulé notre propre grille d'observation, inspirée des écrits de Peretz (1998). Il faut préciser que si le personnel infirmier constituait notre population d'intérêt, nos observations ont également ciblé d'autres groupes présents à l'UPP. La pratique infirmière ne se déroule pas dans un vacuum et il importait de saisir les facteurs qui influencent son cours, incluant les autres intervenants du milieu. Nous avons consigné des données relatives à diverses catégories d'observation, à commencer par les caractéristiques générales de l'UPP et son portrait physique (organisation environnementale, agencement des unités, architecture).

L'UPP étant une institution correctionnelle de prime abord, il va de soi que tous les aspects associés à la sécurité et les mécanismes de contrôle ont fait l'objet de nombreuses annotations. Nous avons également examiné le fonctionnement de l'UPP, notamment en ce qui a trait aux politiques et procédures de ce lieu. Les dérogations à ces lignes directrices étaient également d'intérêt et nous avons porté une attention particulière à ces dernières – les rares fois où elles ont eu lieu – selon le contexte de dérogation (circonstances) et les personnes impliquées.

Les routines ont été observées et ont été mises en relation avec les acteurs de l'UPP, à savoir les groupes socioprofessionnels (personnel infirmier, agents de correction, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, gestionnaires) et le moment de la journée (ex : quart de travail). Nous avons aussi exploré les rôles de chacun, en regard des responsabilités « formelles » (description de tâches selon le poste occupé, hiérarchie organisationnelle) mais également suivant la division informelle du travail. Par informel nous entendons notamment la présence de leaders au sein de l'UPP. Un leader à nos yeux constitue une personne qui oriente les discussions et les décisions d'un groupe. La catégorie de la communication (voir la grille d'observation) recoupe celle des rôles et le discours y occupe une place centrale. Nous avons observé les modes d'interaction, en fonction de l'appartenance professionnelle, du genre et de la place dans la hiérarchie organisationnelle. À cet effet, nous nous sommes attardée sur les circonstances d'interaction (consultations diverses, socialisation, conflit, recherche de soutien), les ententes explicites et implicites, les conflits et les alliances entre les intervenants en présence. Encore une fois, la dimension du genre demeurerait un élément à considérer, étant donné la division sexuelle très nette, exposée antérieurement, entre le personnel infirmier et les agents de correction. Toutes ces catégories d'observation sont regroupées dans l'Annexe 4.

En vertu des catégories énumérées, nous espérons brosser un portrait aussi précis que possible des divers éléments et dimensions qui organisent et structurent l'UPP et dans lesquels vient s'insérer la pratique du personnel infirmier. Les éléments d'observation étaient par conséquent multiples et si nous avons tenté de les traduire dans un aide-mémoire pratique, il reste que ce dernier ne circonscrivait pas entièrement la complexité de cette entreprise. Nous avons notamment ajusté nos observations suite à nos analyses et selon nos entretiens avec les participants.

Les écrits recensés préconisent une durée variant entre 12 et 20 semaines pour réaliser une observation rigoureuse. Dans notre cas, l'observation du milieu s'est échelonnée sur 14 semaines à raison de 2, 3 ou 4 jours par semaine. Nous avons ainsi cumulé plus de 120 heures d'observations. Cette durée a été déterminée en fonction de la richesse et de la pertinence de l'information recueillie par le biais de cette activité. Ce laps de temps s'est avéré suffisant pour bien saisir le milieu, sa culture, ses effets sur les pratiques sociales et les discours en présence. Tout au long de notre observation, des notes réflexives (dites « de terrain ») ont été élaborées afin de capter la multitude de détails portant sur la pratique infirmière à l'UPP. Ces notes ont également servi à cerner nos réflexions ou nos idées préconçues (biais) en regard de la problématique d'intérêt. Elles ont été consultées tout au long de l'analyse des données brutes en ce sens qu'elles ont permis de mettre celles-ci en relation avec nos impressions, réflexions et questionnements.

Bien que nous considérions les notes évolutives comme source principale de données, il convient de préciser que les autres sources de données ont été examinées de manière concomitante, afin que chacune alimente les autres. Par exemple, une constatation effectuée pendant l'examen des notes évolutives pouvait donner lieu à un point précis à investiguer en cours d'entrevue ou encore une remarque exprimée en tête-à-tête pouvait orienter la manière dont étaient menées les observations sur le terrain. Nous espérons ainsi réaliser une collecte de données plus exhaustive et intégrale. Nous avons

procédé à leur analyse et leur interprétation dès que ces données ont commencé à être recueillies (analyse simultanée). Le discours constituant l'élément central de notre question de recherche, une analyse de discours a donc été réalisée afin d'extraire nos conclusions de recherche.

3.6. Méthodes d'analyse des données : analyse de discours et déconstruction

L'analyse de discours constitue, selon Parker (2002), une méthode de recherche se situant dans une perspective poststructuraliste. Elle se distingue de l'analyse de contenu par son caractère réflexif et critique en regard des structures et des processus inhérents au discours, ce qui amène le chercheur au-delà de la simple quête de sens (Cheek, 2000). Les écrits consultés sur l'analyse de discours (voir par exemple Agger, 1992 ; Cheek, 2000 ; Cloyes, 2006 ; Derrida, 1967 ; Fairclough, 2003 ; Phillips & Jørgensen, 2002) semblent distinguer cette dernière de la déconstruction de discours, quoique les différences entre ces deux entreprises ne soient pas toujours clairement établies. Les prochaines pages visent à distinguer davantage entre ces différentes méthodes sur le plan théorique.

3.6.1. Analyse de discours : éléments théoriques

Les auteurs consultés s'entendent pour reconnaître que les discours constituent des constructions sociales qui modulent les interactions humaines et le monde dans lequel celles-ci prennent place (Agger, 1992 ; Cheek, 2000 ; Fairclough, 2003 ; Phillips & Jørgensen, 2002). Ils affirment également que l'agencement de ces discours (par exemple la manière dont sont employés, évités, associés ou opposés certains éléments de ces discours) ne relève pas d'un processus aléatoire – autrement dit, les discours ne reflètent pas de manière neutre le monde et ses acteurs. Une analyse de discours permet donc de jeter un regard critique sur les éléments structurants des discours, de mettre en lumière tant le « dit » que le « non-dit » et de déterminer les effets potentiels ou observés de ces

discours dans un contexte d'interaction sociale puisque tout discours sert de médiateur social qui fait et défait les identités, les lieux (physiques, dialogiques), les comportements, les idéologies, les institutions et ainsi de suite.

Parker (2002) décrit le processus d'analyse de discours comme un « interrogatoire » à l'égard d'énoncés afin de mettre en lumière ses affirmations et présupposés implicites. Toutefois, Denzin (1994) ajoute une nuance à cela puisque selon lui, cette interrogation relève plutôt de la déconstruction de textes :

Methodologically, deconstructionism is directed to the interrogation of texts. It involves the attempt to take apart and expose the underlying meanings, biases, and preconceptions that structure the way a text conceptualizes its relations to what it describes (p. 185).

Agger (1992) a quant à lui établi cinq principes propres à la déconstruction de discours :

- ① Toute culture constitue un texte en soi que l'on peut « interroger ».
- ② La déconstruction d'un discours vise à situer ses tenants dans une structure sociopolitique. Des subjectivités sont ainsi produites et l'on tente de cerner aussi bien ce qu'il dit que ce qu'il ne dit pas.
- ③ La signification d'un discours n'est jamais figée. Elle peut être à la fois soutenue et contestée.
- ④ La déconstruction cherche à identifier les omissions, les contradictions et les circonvolutions d'énoncés afin d'extraire des sous-énoncés et les ramener sur le même plan que l'énoncé « manifeste ».
- ⑤ La déconstruction d'un texte présuppose que « lire » revient à « écrire » car toute lecture est contrainte par le langage. Cela place la lecture du texte au même niveau que son écriture. Autrement dit, l'auteur et le lecteur jouent tous deux un rôle prépondérant dans la signification de ce texte.

L'identification et l'analyse des discours constitue une préoccupation déterminante en recherche sociale et Foucault a joué un rôle prépondérant en ce sens. L'analyse de discours ne saurait se résumer à une simple analyse de contenu puisqu'au-delà des éléments constitutifs d'un texte (qui relèvent plutôt de la linguistique) se situent des énoncés (des régimes de vérité, selon une perspective foucaldienne), des processus, des relations et des technologies qui « gouvernent » ce texte, créent un savoir et déterminent ses effets dans un contexte d'interaction (Fairclough, 2003). Il y a donc dans le texte des éléments qui, sans être explicites, sont tout de même présents et octroient un sens au texte. Cette perspective rejoint donc les prémisses de la déconstruction de discours telles qu'explicitées par Cheek (2000).

Si les définitions de l'analyse de discours et de la déconstruction semblent difficiles à distinguer, nous estimions que, dans le cadre de notre recherche, notre analyse relevait davantage de la déconstruction. Suivant par exemple les écrits d'Agger (1992), la déconstruction de discours permet à notre avis une critique plus poussée (et radicale) que l'analyse de discours comme telle. À la lumière des processus politiques sous-tendant notre objet de recherche, nous sommes d'avis qu'une *déconstruction de discours* nous a davantage éclairée sur les relations de pouvoir et les effets « productifs » des discours sur le personnel infirmier et les personnes incarcérées de l'UPP. « Discourse analysis aims at the deconstruction of the structures that we take for granted ; it tries to show that the given organisation of the world is the result of political processes with social consequences » (Phillips & Jørgensen, 2002, p. 48). Par conséquent, par « analyse de discours » nous entendons « déconstruction de discours » dans le cadre de notre recherche.

À la lumière d'une perspective poststructuraliste en ethnographie, qui met en évidence le rôle central du discours dans tout phénomène social, une analyse de discours semblait toute indiquée. Parker (2002) met toutefois les chercheurs en garde contre la tentation d'employer l'analyse de discours dans l'examen de n'importe quelle question de

recherche. L'attrait que présente cette activité découle du fait qu'elle se base sur de nombreuses disciplines, telles que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et la linguistique et qu'elle semble appropriée pour des objets d'étude propres à celles-ci.

À la base de l'analyse de discours se situe cependant la notion de langage en tant que vecteur d'un système social, historique et politique, qui véhicule une signification particulière en regard d'un groupe ou d'un phénomène (Cheek, 2000). Les significations attribuées à tel texte ou telle affirmation constituent le produit de régimes discursifs dominants qui servent de structure organisatrice pour l'information ainsi transmise. Les prémisses théoriques de l'analyse de discours partent du fait que les liens entre le discours et la « vérité » sont extrêmement complexes – et solides (Riggins, 1997). L'analyse de discours se doit d'être une entreprise hautement réflexive et critique, en ce sens que l'un de ses buts avoués est de mettre en évidence ces régimes discursifs et d'en déterminer les effets sur les pratiques (individuelles ou collectives). Cela nécessite donc une extrapolation de l'analyse au-delà du discours lui-même, afin de resituer celui-ci dans un cadre « macropolitique » beaucoup plus large (Cheek, 2000), tel que celui du pénitencier.

Nous considérons que les infirmières et infirmiers construisent l'identité de leurs patients par le biais de leurs discours. Les attributs et épithètes au moyen desquels ils communiquent de l'information à d'autres (collègues ou instances juridiques par exemple) recèlent des prémisses tenues pour objectives en vertu d'une expertise acquise notamment dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques. Au-delà de la relation entre le personnel infirmier et l'objet qu'il décrit (le récipiendaire des soins) se situe la relation entre celui-là (en tant que narrateur d'un événement ou d'un objet) et son audience (lecteur, interlocuteur) :

'Reading' is itself an active, though not free, process of construction of meaning and pleasure, a 'negotiation' between texts and readers whose outcome cannot be dictated by the texts (Ang & Hermes, 1996, p. 113).

L'audience ne constitue donc pas un élément passif de la transmission du discours, mais joue au contraire le rôle d'un « consommateur » participant qui oriente lui aussi le sens et la portée du *signifié* (Agger, 1992 ; Derrida, 1967) et apporte sa propre interprétation de celui-ci (Agger, 1992 ; Cheek, 2000). Ainsi, une analyse de discours exhaustive doit nécessairement inclure une analyse de la manière dont un discours peut être reçu et « consommé ». Nous verrons maintenant la méthodologie comme telle de l'analyse de discours et dans laquelle nous incluons les éléments dont nous venons de discuter.

3.6.2. Analyse de discours : éléments méthodologiques

Les écrits portant sur l'analyse de contenu sont nombreux. Toutefois, nous n'avons pas trouvé d'ouvrage systématisant la démarche à suivre pour l'analyse de discours comme déconstruction de discours. L'analyse de discours suit certaines étapes qui amènent un chercheur à divers degrés d'abstraction, à partir des données brutes (concret) jusqu'à la conceptualisation des énoncés (abstrait), tirés, dans notre cas, de la documentation infirmière et des entrevues. Nous avons d'abord procédé à une lecture préliminaire mais minutieuse des énoncés afin d'extraire ligne par ligne l'idée principale qui était communiquée. Nous avons répété cette lecture une dizaine de fois pour chacun des documents, afin de raffiner leur analyse. Les extraits ainsi obtenus permettent de mettre en évidence des patrons ou des thèmes plus généraux, que nous avons ensuite organisés selon leur concordance. Notre expérience personnelle et clinique de même que nos référents théoriques nous ont fortement guidée dans notre analyse. Ces éléments, très subjectifs, nous ont permis d'octroyer *un* sens (parmi d'autres) aux données et de les ordonner selon un agencement sommaire. Nos allégeances théoriques ont fortement transpiré au cours de ce processus, en ce sens qu'ils modulent notre manière de « penser » notre problème de recherche. Il convient également de rappeler que la

démarche d'analyse que nous avons poursuivie est itérative, c'est-à-dire ponctuée de retours fréquents aux données brutes.

Le produit de notre analyse n'a de portée que s'il est rapporté au contexte dans lequel il s'insère. Le sens d'un phénomène n'est pas inscrit en lui-même mais s'exprime selon les circonstances qui l'ont vu naître (Lee & Renzetti, 1993). En vertu de la perspective poststructuraliste dont nous étions investie dans le cadre de ce projet, la restitution du contexte était indispensable à l'explication de notre phénomène. À ce titre, nous sommes en mesure de réitérer nos propos en regard de la déconstruction de discours. En effet, rendre à un discours son contexte permet à un chercheur de situer sa recherche dans une structure sociopolitique beaucoup plus large et fluctuante. Par ailleurs, le chercheur prend conscience de son propre rôle dans cette structure et envisage la façon dont ses agissements intègrent, transforment ou maintiennent celle-ci. Son rôle implique notamment le besoin de se « défamiliariser » avec ce qu'il connaît de cette structure et de la reconceptualiser d'autre manière (Thomas, 1993).

3.7. Considérations éthiques

Sieber (1993) définit l'éthique en toute simplicité comme suit :

Ethics has to do with application of a system of moral principles to prevent harming or wronging others, to promote the good, to be respectful, and to be fair (p. 14).

Les considérations éthiques en lien avec ce projet étaient cruciales pour plusieurs raisons :

① il s'agissait d'un sujet sensible de recherche ; ② le projet se déroulait en milieu reconnu pour ses mécanismes de contrôle dirigés autant vers les patients que vers le personnel y travaillant (dont le personnel soignant) (Holmes, 2005 ; Perron *et al.*, 2005) ; ③ selon l'approche préconisée, il fallait distinguer deux types de populations vulnérables au sein de l'UPP, à savoir les patients et les membres du personnel infirmier, tous deux étant soumis à

des contraintes d'ordre institutionnel qui régissent leurs agissements dans leurs moindres détails. Le fait que notre objet de recherche, à savoir le rôle des discours du personnel infirmier dans l'édification de l'identité des contrevenants, soit de l'ordre des sujets sensibles comportait diverses implications au niveau du déroulement de notre projet. La section suivante permet d'examiner précisément ces retombées sur l'ensemble de notre recherche.

3.7.1. Recherche portant sur des sujets sensibles

Les chercheurs s'intéressant à des questions d'ordre social sont appelés de plus en plus fréquemment à transiger avec des problématiques dites « sensibles ». Parmi les premiers auteurs ayant tenté de spécifier ce terme, figurent Sieber et Stanley (1988) qui ont défini la recherche « socialement sensible » comme des études

in which there are potential consequences or implications, either directly for the participants in the research or for the class of individuals represented by the research [and that] can have broad social implications (p. 49).

Une telle définition présente l'avantage d'être suffisamment vaste pour inclure une multitude de sujets, dont certains que l'on ne considérerait pas de prime abord comme « sensibles ». L'effet premier de cette constatation consiste en une pluralisation des situations dans lesquelles le chercheur porte un certain degré de responsabilité sociale (Sieber & Stanley, 1988 ; Sieber, 1993), accentuant du coup les questions d'ordre éthique des problématiques sensibles. Toutefois, la nature des conséquences et implications soulevées par Sieber et Stanley n'étant pas circonscrite, l'on est porté à penser que toute recherche comportant un minimum de conséquences sociales (la recherche appliquée, notamment) figure au rang de recherche sensible. De plus, bien que les considérations éthiques soient fondamentales, la définition avancée par ces auteurs détourne l'attention du chercheur des impasses méthodologiques susceptibles d'être rencontrées (Lee & Renzetti, 1993).

Lee et Renzetti (1993) proposent comme alternative la considération que tout sujet sensible en recherche comporte un certain degré de menace (perçue ou réelle) à l'endroit des personnes étudiées, c'est-à-dire que la recherche comporte (potentiellement) certains coûts pour ces dernières. Ces coûts peuvent se manifester sous forme de culpabilité ou de honte ou encore être le produit de conséquences négatives à la participation des personnes à la recherche. Il est à noter qu'une problématique de recherche sensible peut être préjudiciable autant pour le chercheur que pour le participant, surtout si cette problématique est source de controverse au sein du milieu dont est issu le chercheur (Lee & Renzetti, 1993).

La définition de « sujet de recherche sensible » proposée par Lee et Renzetti (1993) constitue celle que nous avons retenue dans le cadre du présent ouvrage :

A sensitive topic is one that potentially poses for those involved a substantial threat, the emergence of which renders problematic for the researcher and/or the researched the collection, holding, and/or dissemination of research data. (p. 5).

Ces auteurs insistent par ailleurs sur le fait que la sensibilité d'une problématique de recherche est le fruit, non pas de la nature de la problématique elle-même, mais plutôt d'un concours de circonstances issues de la relation entre cette problématique et le contexte sociopolitique dans lequel elle s'insère. Toutefois, bien que cela suggère que toute problématique a le potentiel d'être sensible, Lee et Renzetti (1993) affirment que certains domaines de recherche sont plus susceptibles que d'autres d'être considérés comme étant menaçants pour les participants et le chercheur : ① lorsque la recherche s'immisce dans la sphère intime et privée du participant ou tente d'investiguer une expérience très personnelle de ce dernier ; ② lorsque la recherche porte sur la déviance ou le contrôle social ; ③ lorsque la recherche empiète sur les intérêts de certains groupes en position d'autorité ou entrave l'exercice de rapports de domination ; et ④ lorsque la recherche porte sur des

questions jugées sacrées par les participants. Selon cette classification, l'on constate que la problématique circonscrite dans le cadre de cette recherche répond aux critères des questions de recherche sensibles selon les trois premiers axes décrits par Lee et Renzetti (1993) :

- ① L'analyse de contenu des notes évolutives et les entrevues semi-structurées ont permis d'examiner les éléments de la pratique professionnelle d'infirmières et infirmiers dans laquelle interviennent des facteurs hautement personnels (subjectifs) tels que le jugement, l'intuition et l'émotion pour ne nommer que ceux-là. Bien que l'aspect professionnel de la pratique soit au centre des préoccupations, il peut s'avérer très complexe, voire impossible, de discerner celui-ci des éléments personnels intervenant dans son exercice.
- ② La question de recherche s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large de contrôle social, contrôle qui s'applique selon deux logiques : pénale (pénitencier) et biomédicale (psychiatrie). Ces deux logiques sous-tendent également les questions relatives à la déviance (sociale et biomédicale) des patients.
- ③ Le pénitencier et l'asile se définissent principalement selon les rapports de domination caractérisant les interactions entre les internés et les gardiens (entendus ici comme tous ceux chargés d'une forme quelconque de surveillance, qu'elle soit d'ordre sanitaire, sécuritaire ou administrative) (Foucault, [1976] 2002 ; Goffman, [1968] 1998). Une remise en question des pratiques institutionnelles peut donc signifier une atteinte directe ou indirecte aux intérêts des protagonistes en position d'autorité. Ces protagonistes peuvent faire partie du corps administratif du pénitencier (chefs de service et directeurs par exemple), mais il convient de rappeler que le personnel infirmier lui-même constitue un corps à part entière en position d'autorité, compte tenu de son ascendant sur la population (vulnérable) qu'il soigne (Holmes, 2005). Ainsi, notre recherche peut être

perçue comme étant menaçante autant de la part de l'administration pénitentiaire que de la part du personnel soignant de l'UPP.

La conduite d'un projet de recherche sensible risque de provoquer de la méfiance et des doutes chez les participants et les responsables de l'institution ciblée par la recherche et c'est ce que nous anticipions en regard de notre étude. Il nous a fallu activement prévenir tout sentiment de paranoïa, notamment en clarifiant autant de fois que nécessaire les objectifs de notre étude. Nous avons veillé à renforcer auprès des membres du personnel infirmier le fait que notre rôle n'était nullement d'évaluer leur pratique ou la qualité de leurs interventions, mais de saisir : 1) les discours du personnel infirmier régissant leur exercice professionnel et investissant leur lieu de travail ; 2) le contexte qui module ces discours ; et 3) la manière dont ces discours interviennent au niveau des représentations que se fait le personnel infirmier des patients de l'unité d'admission. Ces précisions ont été apportées à plusieurs reprises, en commençant par la séance d'information initiale auprès du personnel de l'unité d'admission. Ces objectifs ont été repris et soulignés dans le formulaire de consentement, puis de nouveau au moment de la rencontre individuelle avec les participants, avant de débiter l'entrevue. Par ailleurs, à toutes ces étapes le critère de confidentialité était réitéré. Nous avons veillé à nous assurer de la compréhension des participants à cet égard et avons pris garde de corroborer nos dires dans nos faits et gestes, c'est-à-dire en n'adoptant pas un comportement ou une attitude pouvant contredire nos paroles (par exemple en discutant des propos des informants avec leur supérieur ou leurs collègues). En bref, notre souci était d'instaurer un climat de confiance à notre endroit et d'éviter tout sentiment d'incompréhension pouvant miner le processus de recherche.

3.7.2. Éthique et politique

Tel que mentionné antérieurement, notamment lors de l'exposition de notre position épistémologique, il a été suggéré par certains auteurs que la recherche en théorie sociale

critique porte en elle un certain degré de responsabilité vis-à-vis son objet d'étude (Guba & Lincoln, 1998 ; Kincheloe & McLaren, 2003 ; Punch, 1998 ; Weedon, 1997). Ce dernier faisant partie intégrante la plupart du temps d'un groupe vulnérable, une prise de position est requise (implicitement) de la part du chercheur, position qui dénonce les conditions d'oppression subies par ce groupe.

Sieber (1993) définit la politique comme toute méthode ou stratégie employée dans le but d'accéder à une position de pouvoir et de contrôle. Selon cette auteure, l'éthique et la politique vont de pair dans un contexte de recherche sociale, surtout lorsque celle-ci porte sur un thème sensible. Ainsi, l'on peut concevoir le lien entre éthique et politique en fonction du rôle que joue le chercheur dans l'utilisation des résultats de recherche dans le but de préserver ou améliorer la condition sociale du groupe auquel il s'intéresse. Dans ce cas, la politique est au service de l'éthique. Toutefois, éthique et politique peuvent converger d'autres façons, notamment si « l'exercice » politique entrave au contraire la mise en pratique de principes éthiques (entendus ici comme synonymes de déontologie) auprès d'un groupe particulier. Une influence politique peut intervenir (négativement) à diverses étapes du processus de la recherche, notamment au moment de la collecte des données et de la diffusion des résultats (Mason, 1997). Tel que vu précédemment, ce scénario est plus probable si le thème abordé par la recherche est sensible et se prête à une intervention politique.

En raison de la nature « extrême » de notre milieu d'étude, notre rôle était (et demeure encore) soumis à des contraintes strictes dictées par des impératifs sociaux et politiques (sécurité publique et mandat correctionnel entre autres). Notre rôle politique se manifeste donc davantage suite à notre investissement du milieu par le biais de la diffusion des résultats. La dissémination des conclusions de recherche vise à faire connaître une réalité (souvent méconnue dans le cas des phénomènes liés à la dimension correctionnelle) dans d'autres milieux, souvent académiques et scientifiques. Il s'agit là de l'un des rôles

fondamentaux de tout chercheur et la diffusion des résultats, par exemple lors de conférences et présentations nationales et internationales, d'activités d'enseignement et de la publication d'articles dans des périodiques scientifiques arbitrés, permet donc une prise de position politique en regard de la problématique étudiée.

3.7.3. Le problème des représentations

Des controverses ont été soulevées en regard du problème des représentations des groupes étudiés et du rôle du chercheur en tant qu'acteur politique plutôt qu'observateur neutre et désintéressé. Selon Paine (1985), le rôle d'avocat des personnes vulnérables devrait faire partie intégrante du processus de la recherche, une position qui est soutenue par certains anthropologues et sociologues (Atkinson & Hammersley, 2003). Ceux-ci évoquent la responsabilité du chercheur vis-à-vis du groupe qu'il étudie, responsabilité qui découle, d'une part, du cumul de connaissances générées à l'endroit de ce dernier et, d'autre part, de la réflexion que ces données provoquent lorsque transposées dans un contexte social, historique, culturel, légal, politique et économique beaucoup plus large. La représentation du groupe (*advocacy*) peut se réaliser même si ce dernier n'en a pas exprimé le besoin ni le désir, au nom d'une sorte d'obligation sur le plan éthique.

Cette notion d'*advocacy* en recherche est complexe. Elle ne suppose pas une simple dichotomie entre deux groupes, l'un opprimé, l'autre opprimant. Elle doit au contraire prendre en compte la multitude d'individus qui composent ces groupes, de même que les aspirations, les motivations et les intérêts propres à chacun de ces individus, puisqu'un groupe est rarement homogène en soi (Hastrup & Elsass, 1990). Le chercheur lui-même peut ressentir une certaine incertitude par rapport à ce qui constitue *réellement* les intérêts d'un groupe. Il doit également se rappeler qu'un groupe est rarement représentatif d'une culture précise et que ses membres n'expriment pas nécessairement des « vérités culturelles » (Atkinson & Hammersley, 2003, p. 120, traduction libre).

Dans le cas de notre projet, un autre élément vient complexifier davantage les préoccupations liées à la représentation de groupes en situation d'oppression. En milieu pénitencier, l'on conçoit sans difficulté que la population vulnérable première est constituée des détenus qui y sont enfermés. Or, selon de nombreux écrits recensés, les membres du personnel infirmier satisfont également aux critères des populations vulnérables dans la mesure où leurs agissements sont contraints par une structure tant formelle qu'informelle de régulation sociale et professionnelle qui, à de nombreux égards, tronque l'exercice de leurs fonctions (Dunbar, 2003 ; Holmes, 2002, 2005 ; Martin, 2001 ; Martin, 2003 ; Mason, 2002 ; Perron *et al.*, 2005). Ainsi, la représentation et la défense des intérêts des infirmières et infirmiers mis en évidence dans la collecte et l'interprétation des données peut être de mise si ces intérêts sont brimés par les structures en place.

3.7.4. Confidentialité

Les questions relatives à la confidentialité des données et des identités des informateurs sont fondamentales en recherche sociale, mais particulièrement lorsque le thème abordé peut constituer une source de menace (perçue ou réelle) à l'endroit des participants. Une telle menace peut, par exemple, être le fruit de la dénonciation par un participant de conflits avec l'employeur. Il s'agit donc de prendre les mesures nécessaires à la protection de l'identité des informateurs et de veiller à ce que personne d'autre que le chercheur ne puisse accéder aux données de recherche. Ainsi, dans le cadre de notre projet, nous avons assigné aux informateurs des codes d'identité alphanumériques aléatoires connus de nous seule, afin d'éliminer les risques liés à l'utilisation des noms des participants. De même, lors de l'examen des notes évolutives, les éléments d'identification des patients ont été éliminés, de même que ceux des membres du personnel infirmier ayant consigné de l'information dans les dossiers. Tout élément d'identification des personnes et des lieux a également été supprimé des extraits de dossier, des transcriptions des

entrevues et des notes d'observation. Enfin, nous avons veillé à ne pas discuter des données avec d'autres membres du personnel (quelles que soient leurs fonctions), que cela soit lors d'entrevues subséquentes ou pendant l'observation au sein de l'unité d'admission.

Nos données de recherche ont été conservées dans une filière verrouillée à l'Université d'Ottawa et elles y demeureront pendant une période de cinq ans suivant la recherche, selon les politiques de cette institution. Ceci inclut les documents extraits des dossiers infirmiers de l'unité d'admission, les entrevues (en format audio et transcrit), toutes les notes rédigées en cours d'observation et les notes de terrain et de réflexion. De même, les documents obtenus de l'établissement pénitentiaire où s'est déroulée la recherche ont été gardés sous clé ; ceci inclut les énoncés de mission, les Directives du Commissaire (lignes directrices), des données sur l'organisation de l'UPP, des communiqués, des énoncés de politiques et procédures institutionnelles et un organigramme. Seule l'instigatrice du projet et son superviseur ont accès à toutes les données cumulées en cours de recherche. Par ailleurs, aucune analyse secondaire des données n'aura lieu. Si cet exercice est envisagé ultérieurement, des démarches seront faites dans le but d'obtenir une approbation du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Enfin, les éléments d'identification de l'établissement où s'est déroulée la recherche, tout comme les noms des personnes impliquées, seront éliminés des résultats de recherche communiqués lors de conférences, de présentations diverses et de la publication de manuscrits. Après la période de cinq ans, ces données de recherche seront détruites.

3.7.5. Consentement

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 en recherche de l'établissement correctionnel sélectionné. Le certificat d'éthique est annexé au présent rapport (voir Annexe 5). Les participants de l'étude se sont vus soumettre un formulaire de

consentement (voir Annexe 6) qu'ils ont dû lire et signer. Ce formulaire accuse un format standard et relate les objectifs de la recherche, le rôle attendu 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, tout particulièrement en regard de la confidentialité des données et de la protection de l'identité des informateurs. Nous avons pris soin au début de chaque entrevue d'expliquer et clarifier toute préoccupation des participants en lien avec le protocole de recherche. Ces derniers ont été assurés de leur liberté de participer ou de se retirer de l'étude sans en subir de préjudices. Aucun des participants n'a toutefois exprimé le désir de se soustraire du projet.

Toutes les entrevues se sont déroulées dans le milieu de travail des participants à leur demande, les gestionnaires ayant libéré pour une heure toute personne intéressée à participer. À la demande des participants, les entretiens ont eu lieu dans des bureaux proches de l'unité d'admission au cas où ils devraient rapidement retourner sur leur lieu de travail. Les bureaux se prêtaient à des entretiens confidentiels sur le plan sonore car l'on pouvait les verrouiller et ainsi ne pas se faire entendre de l'extérieur. Toutefois, ils ne permettaient pas la confidentialité sur le plan visuel car pour des motifs de sécurité, tous les bureaux de l'UPP doivent être conçus de manière à ce que l'on puisse observer en tout temps ce qui se passe à l'intérieur. Tous les bureaux sont donc munis d'une grande baie en plexiglas qui ne doit pas être obstruée. Malgré ces circonstances, les participants se sont tous dits à l'aise de procéder aux entrevues dans ce type de bureau et qu'ils ne s'inquiétaient nullement que l'on sache ou non qu'ils avaient participé au projet.

3.8. Critères de rigueur en recherche qualitative

En réponse à un souci (largement contesté) concernant la validité de résultats de recherche qualitative, il convient de soumettre ceux-ci à des critères de rigueur servant à démontrer qu'un chercheur aura pris les moyens nécessaires afin d'augmenter la qualité

des données et de leur analyse et ce, dans le but de rapporter une interprétation aussi fidèle que possible de l'objet de recherche. Depuis toujours les chercheurs ont tenté d'établir dans quelle mesure leurs résultats reflétaient une réalité empirique et, en ce sens, les critères de rigueur ont servi à enraciner une telle affirmation et reconnaître comme légitimes certaines formes de savoir. Ces critères fonctionnent donc à l'image des discours (McCormick, 1997), puisqu'ils justifient l'acceptation ou le rejet de ces savoirs – tout comme un groupe dominant dans un contexte donné approuve ou sanctionne une « vérité ». Les relations entre pouvoir et savoir sont donc à l'œuvre dans un contexte de recherche (peut-être plus encore que dans n'importe quel autre contexte) puisque de là découlent les critères énonçant ce que l'on accepte comme étant « vrai » et les techniques et opérations qui mènent à établir ce qui est « vrai » (Guba & Lincoln, 1998). Ces critères, comme toute autre technologie de savoir, naissent de pratiques discursives issues de groupes précis, par exemple des membres d'une communauté scientifique. Ces critères sont le fruit d'une construction sociale et ont des assises politiques et historiques bien circonscrites.

En recherche, malgré les différences ontologiques et épistémologiques fondamentales d'un paradigme à un autre, il demeure que ce sont les critères de rigueur propres au post-positivisme qui continuent de donner le ton en regard de la légitimité accordée à des résultats de recherche, en raison de la primauté traditionnellement accordée à ce paradigme et aux méthodologies expérimentales qui en relèvent (voir par exemple Dixon-Woods, Fitzpatrick & Roberts, 2001 ; Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell, 2002). Ces critères évoquent la distinction (épistémologique) entre un chercheur et son objet d'étude selon laquelle l'objectivité du premier est requise afin de bien circonscrire la nature qui l'entoure (dont fait partie l'objet ciblé). Or, l'avènement en recherche du mouvement postmoderne a permis de remettre en question cette hégémonie et de rétablir la légitimité d'autres modes d'investigation qui circonscrivent à une pluralité de perspectives théoriques et dénoncent l'autorité autoproclamée du post-positivisme.

Le relativisme prescrit par les tenants du postmodernisme n'implique d'aucune façon un laisser-aller permissif en recherche critique, autrement dit le processus ne se fait pas de manière désinvolte, même si ce mode d'investigation permet à un chercheur de revendiquer la représentation légitime d'une forme de vérité parmi d'autres (McCormick, 1997). Au-delà du désir de découvrir la réalité et de poser sur elle un regard objectif s'impose la nécessité d'identifier les circonstances politiques ayant favorisé le travestissement de certaines constructions en vérité immuable et en savoir. Ainsi, bien que certains critères de rigueur demeurent en recherche qualitative, leur observation minutieuse n'implique en rien la prétention à l'obtention de « la » vérité, mais à la représentation « d'une » vérité. Guba et Lincoln (1998) ont répertorié certains de ces critères de rigueur, notamment la crédibilité, la fiabilité, la consistance interne et la transférabilité. Compte tenu de la problématique soulevée et du milieu d'étude choisi, nous jugeons essentiel d'en inclure un cinquième, à savoir la réflexivité. Avant de décrire ces critères de même que les stratégies mises en œuvre pour les atteindre, nous désirons tout d'abord discuter d'un sujet « chaud » en recherche qualitative, à savoir les biais du chercheur.

3.8.1. Biais

Tel que vu précédemment, l'élimination des biais demeure un sujet de débat et controverse en recherche. La subjectivité du chercheur qualitatif a été largement présentée comme un obstacle à l'obtention de conclusions de recherche valides (Guba & Lincoln, 1998). Nous souscrivons à la position selon laquelle l'élimination des biais demeure une utopie et ce, peu importe le paradigme dans lequel se situe un chercheur. Les biais ne se manifestent pas qu'au moment de la collecte et de l'interprétation des données, mais bien avant – en fait, dès qu'un chercheur réfléchit sommairement à une problématique et tente de la conceptualiser. Tout le processus qui s'ensuivra sera donc contraint, souvent à l'insu du chercheur, par des contingences profondément ancrées dans la pensée de ce dernier

par le biais de la socialisation, de l'éducation et d'expériences de vie notamment. Les biais résultent des images et symboles auxquels le chercheur a été exposé avant d'entreprendre son projet et tout au long de celui-ci.

La théorie critique établit qu'il y a autant de réalités que d'observateurs (Guba & Lincoln, 1998) et il y a autant de conclusions de recherche qu'il y a de chercheurs pour un seul et même objet. Nous estimons donc que reconnaître et admettre l'existence de ces contingences exige un exercice de réflexion et d'introspection qui viendra nourrir la recherche, bien plus que lui nuire. Par ailleurs, des précautions sont à inclure dans la méthodologie de manière à ce que l'introduction de biais dans le processus soit réduite autant que possible. Les sections suivantes visent à expliciter les critères de rigueur retenus dans le cadre de notre projet et à présenter les gestes concrets posés dans le but de les atteindre.

3.8.2. Crédibilité

La recherche critique a essuyé – et essuie encore – de nombreuses objections selon lesquelles elle demeure anecdotique (Guba & Lincoln, 1998). La crédibilité d'une étude renvoie aux éléments de celle-ci qui la rendent concevable et admissible à un corps de connaissances rigoureuses. Selon Patton (2002), une recherche qualitative crédible répond aux trois questions suivantes : quelles méthodes ont été employées en vue d'assurer l'intégrité, la validité et l'exactitude d'une étude? Quelles expériences et qualifications un chercheur contribue-t-il à son étude? Quels présupposés sous-tendent l'évolution du processus et de l'analyse des données? Essentiellement, satisfaire à l'exigence de la crédibilité en recherche équivaut à éliminer, au meilleur des capacités du chercheur, toute explication alternative aux conclusions obtenues (Maxwell, 2005). Ce critère renvoie donc à la qualité des données (documents, entrevues, observations, notes de terrain) et de l'interprétation (analyse) qui en résulte. Des techniques telles que la

triangulation des données (Janesick, 2000) et l'identification de « cas contraires » (*negative cases*) (Maxwell, 2005) ont été proposées pour contrecarrer les effets de « distorsion » que l'on attribue à l'allégeance théorique du chercheur. La triangulation, notamment, permet d'assurer la consistance interne de la recherche, dont nous discutons plus loin. De même, la vérification des données par les participants eux-mêmes permet d'assurer un compte-rendu précis et rigoureux de leurs propos.

Ce qu'il faut souligner, c'est qu'en raison des méthodologies qualitatives multiples, de même que du caractère varié des communautés auxquelles s'adresse ce type de recherche, la crédibilité constitue une fonction des attentes de ces communautés. Diverses orientations théoriques et positions épistémologiques évoquent divers critères sur la base desquels est jugée la recherche (Patton, 2002). Le critère de crédibilité est considéré par certains tenants du positivisme comme source de discrédit de la recherche qualitative, en raison, entre autres, d'éléments tels que le manque d'objectivité du chercheur (biais), l'accent placé (à la discrétion du chercheur) sur le contexte sociopolitique de la recherche et la nature « fluide » de la réalité à appréhender. Le critère de crédibilité est souvent discuté de manière interchangeable avec celui de validité (Olesen, 2003), même si certains auteurs estiment que ce dernier est plus pertinent dans le cadre de recherches quantitatives. L'anthropologue Harry Wolcott (1994), notamment, remet en question la désirabilité de ce critère en recherche qualitative et suggère que l'adhésion quasi-systématique des chercheurs à ce dernier reflète la quête de légitimité habituellement attribuée à une approche hypothético-déductive (expérimentale). Selon celle-ci, l'on parlera de validités interne et externe dans une optique positiviste, dans le but, respectivement, de vérifier si les résultats de recherche reflètent adéquatement le phénomène à l'étude et s'ils peuvent être généralisés à d'autres milieux d'étude semblables (Guba & Lincoln, 1998). Toutefois, des classifications alternatives ont été suggérées, telles que la triade des validités instrumentale, théorique et apparente ou encore la classification à quatre volets des

validités de contenu, prédictive, concurrente et théorique (Wolcott, 1994). S'étendre sur les distinctions opérationnelles de chacune ne constitue pas l'objet de cette section, mais ces divergences de classification témoignent de la confusion qui persiste en recherche qualitative en regard de l'intégrité des travaux des chercheurs, de même que de leur ambivalence en ce qui a trait à leur positionnement vis-à-vis le caractère scientifique et empirique de leurs recherches.

3.8.3. Fiabilité

La fiabilité renvoie à l'énonciation claire et franche par le chercheur de sa position vis-à-vis le phénomène qu'il tente de circonscrire. Ce faisant, il expose les biais qui peuvent avoir nuancé l'interprétation de ses résultats. Ce critère cherche donc à établir un certain discernement entre les conclusions de recherche et l'adhésion du chercheur à des préceptes théoriques et idéologiques bien circonscrits. Étant donné la position épistémologique à laquelle nous adhérons (voir section 1.4), nous demeurons convaincue que les biais font partie intégrante du processus de la recherche et que leur élimination absolue (telle que préconisée en recherche quantitative notamment) demeure un objectif inatteignable. Il est possible par contre de réduire leurs effets, en demeurant attentif tout au long du processus de la collecte et de l'analyse des données à éviter ou à diminuer la contamination de celles-ci. Dans le cadre de ce projet, nous nous sommes employée à être consciente de tels effets et en mesure de les expliquer. Les biais surgissent dès l'élaboration de la question de recherche et des objectifs visés. De même la méthodologie choisie prévoyait des activités qui créent des biais. Par exemple, étant donné que nous avons effectué de l'observation dans le milieu choisi, nous étions bien consciente que notre seule présence influençait les dynamiques, comportements et propos des acteurs de ce milieu (et ce, surtout dans les premières semaines d'observation), un phénomène auquel Punch (1998) fait référence par l'expression *spoiling the field* (contamination du terrain).

Notre observation s'est donc étendue sur plusieurs semaines afin que les participants s'habituent à notre présence et à être observés. Nous estimons que ce laps de temps leur a permis de réintégrer petit à petit leurs comportements habituels, c'est-à-dire ceux qu'ils ont en temps « normal », en notre absence.

3.8.4. Consistance interne

Ce critère renvoie au degré auquel des observateurs différents obtiennent des résultats semblables suivant une méthodologie bien définie (restitution des étapes de la recherche). L'on parle alors de triangulation, une méthode en vertu de laquelle un chercheur admet qu'il ne peut à lui seul ou au moyen d'une seule technique de collecte de données cerner son objet d'étude dans toute sa complexité. Ce terme peut également référer à l'obtention de données congruentes entre elles au moyen de diverses sources telles que de l'observation en milieu, des notes de terrain et des entrevues avec diverses parties impliquées dans le phénomène d'intérêt. Dans ce deuxième cas, l'on parlera de triangulation des données, une composante jugée essentielle par certains dans l'élaboration d'un devis de recherche qualitatif (Janesick, 2000).

Dans le cadre de notre recherche, la triangulation ne constitue pas un critère de rigueur auquel nous adhérons étant donné qu'il relève du paradigme post-positiviste, c'est-à-dire qu'une seule réalité existe et qu'un chercheur peut appréhender cette dernière par un mode d'investigation scientifique précis et rigoureux. Notre allégeance paradigmatique commande au contraire que les données obtenues n'ont pas besoin d'être *validées* puisque toutes reflètent de manière légitime une fraction du phénomène à l'étude (pluralisme). Par contre, nous avons opté pour de multiples sources de données (examen de la documentation infirmière, entrevues semi-directives, observation directe) afin de préciser le phénomène complexe que sont les questions relatives à la construction identitaire et être en mesure de l'expliquer et le comprendre le plus fidèlement possible.

3.8.5. Transférabilité des résultats

Ce critère constitue l'homologue, en quelque sorte, de la validité externe ou de la généralisation des résultats, en recherche quantitative (Guba & Lincoln, 1998), bien que cet exercice ne constitue pas le but de la recherche qualitative. La transférabilité réfère à la transposition des résultats de recherche dans d'autres milieux semblables à celui d'où proviennent ces résultats, en terme de mission de ce milieu, des discours et des idéologies dominantes, de la composition des personnes s'y trouvant (statut dans ce type de milieu, genre, âge, formation, etc.). Afin de satisfaire à ce critère, nous avons effectué dans les troisième et quatrième chapitres du présent ouvrage, une description détaillée du milieu où s'est déroulée notre étude, du processus de collecte de données et de l'analyse et l'interprétation des résultats et ce, afin d'illustrer de manière précise le processus dans son ensemble.

3.8.6. Réflexivité

La recherche sociale se traduit par une réflexion approfondie en regard de l'objet d'étude et l'agent de recherche doit se soumettre à certaines rigueurs intellectuelles en regard de son activité d'investigation (Bourdieu, 1992). Le but de cet exercice, indispensable, selon Bourdieu, à l'accomplissement d'une recherche de qualité, permet un retour sur soi et une critique en regard du rapport (subjectif) entretenu avec l'objet d'étude. Ce rapport est modulé par une variété de facteurs socioculturels tels que l'âge, l'ethnie, le genre, l'éducation ou la classe sociale. À défaut d'être en mesure de pallier à ceci, un chercheur se doit d'en prendre conscience, d'inclure cette réflexion dans son interprétation des résultats et de poser un regard critique sur ces derniers.

Bourdieu désigne comme *objectivation participante* cette prise de conscience épistémologique. Bien que les structures (dans le cas de notre projet, un milieu hybride de soin et de contrôle social) dans lesquelles évolue un objet de recherche sont fondamentales

dans l'explication d'une « réalité » donnée, il reste que les interactions sociales (telles que celles entre un chercheur et son objet) exercent une influence indéniable dans la construction de cette réalité et dissimulent, selon cet auteur, des structures qui se réalisent et se perpétuent à travers ces interactions. Bourdieu (1992) se fait donc le défenseur de ce qu'il nomme la sociologie réflexive comme moyen de résistance à l'intellectualisme du chercheur, qui efface la « réalité » de l'objet d'étude au profit de celle du chercheur et du rapport de ce dernier avec son propre monde.

La réflexivité, qui est un exercice jugé comme étant fondamental à l'ethnographie, est presque systématiquement effectuée dans les recherches critiques, en tant que prise de conscience en regard de l'influence que peut avoir la présence du chercheur sur son objet d'étude et inversement (Hammersley & Atkinson, 2007). La voie est alors pavée vers une expérience ethnographique « responsable », tant au plan éthique que politique (Bell, Caplan & Karim, 1993).

La recension des écrits nous a permis de déterminer l'état des connaissances en regard de certains concepts liés à notre sujet d'étude. Elle nous a également permis de mettre en évidence certains des enjeux qui modulent l'expérience du personnel infirmier dans un milieu hybride alliant la prison et l'asile. Le chapitre méthodologique nous a ensuite permis de décrire la manière dont nous avons appréhendé et analysé le phénomène à l'étude. Les prochains chapitres visent précisément à décrire notre compréhension de ce phénomène, à savoir la production du « patient psychiatrique » dans un milieu psychiatrique correctionnel et les discours à l'œuvre dans cette construction identitaire.

4. CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

Ce chapitre vise à présenter les résultats de notre recherche de même que l'analyse à laquelle nous avons soumis nos données. À des fins de clarification, nous présentons nos résultats en quatre temps. La première partie vise à décrire le milieu où s'est déroulée notre recherche. La deuxième partie se concentre quant à elle sur les notes évolutives sur lesquelles s'est principalement fondé notre projet. La troisième partie reprend les résultats obtenus à partir de notre dernière source de données, à savoir les entrevues individuelles avec le personnel infirmier. Enfin, la quatrième partie traite de la question du discours et présente les types de discours dégagés des notes évolutives et des entrevues.

Lors d'un tel exercice d'analyse, il est généralement convenu qu'on ne doit pas faire intervenir d'éléments théoriques pouvant « biaiser » ce processus. Nous estimons au contraire qu'il s'agit là d'une étape incontournable afin de dégager tous les éléments possibles des données. Nous devons donc, à quelques points précis de ce chapitre, nous référer brièvement à certains auteurs pour appuyer notre réflexion sur des éléments théoriques et ainsi aider à situer le lecteur. Lorsqu'opportun, ces ouvrages permettent d'explicitier davantage les résultats et d'en faciliter l'analyse.

4.1. Observation du milieu

L'observation directe constitue une riche source d'information en regard d'un milieu de recherche. Tant les structures physiques (architecture, disposition et organisation des espaces de travail, ressources matérielles, mobilier, etc.) que les acteurs du milieu (corps professionnels, types d'interactions, rôles socioprofessionnels, stratégies de communication, division du travail, enjeux sociopolitiques, etc.) en font l'objet. L'observation constitue une étape déterminante dans la compréhension d'un phénomène en permettant de brosser un portrait du contexte dans lequel il prend place. Elle fournit des données qu'il est impossible d'obtenir dans le cadre d'une analyse de discours. Par ailleurs, bien que le

personnel infirmier puisse décrire son milieu de travail dans le cadre des entrevues, il est à noter qu'il risque d'omettre nombre de détails en raison de son accoutumance à l'environnement. Dans la présente section, nous décrivons en premier lieu le caractère physique des lieux, avant d'enchaîner avec les acteurs qui y travaillent.

4.1.1. Lieux physiques et clientèle

L'établissement pénitentiaire

Le pénitencier est situé dans une région rurale, le long d'une route secondaire. Un chemin de près de 2 km relie le complexe correctionnel à cette dernière, en traversant une vaste étendue entièrement déboisée au relief plat. Le complexe regroupe le pénitencier lui-même, l'UPP et divers pavillons administratifs. L'accès au pavillon abritant l'UPP est contrôlé par deux grilles consécutives constituant l'un des seuls points de passage à travers les hautes clôtures barbelées entourant cet édifice. Ces grilles, qui ne peuvent s'ouvrir qu'une seule à la fois, délimitent une sorte de sas dans lequel il faut patienter avant que la seconde grille ne soit ouverte. L'ouverture et la fermeture de ces grilles sont déclenchées à partir d'une haute tour de surveillance qui surplombe l'allée menant au pavillon. Les officiers postés dans cette tour ont une vue circulaire des environs, dont le relief, rappelons-le, est complètement plat et dégagé.

L'entrée de l'UPP est surveillée par un poste de contrôle muni d'un appareil à rayons X et d'un détecteur de métal. Le poste lui-même comporte de vastes vitres pourvues de feuilles réfléchissantes permettant aux agents d'observer les visiteurs alors que ceux-ci n'y voient que leur propre reflet. Cette caractéristique, de même que la tour centrale située cinquante mètres plus loin, n'est pas sans rappeler les principes benthamiens des prisons modernes (panopticon), voulant que les gardiens puissent en tout temps surveiller l'ensemble de la population incarcérée alors que cette dernière ne peut savoir si elle est

réellement observée ou non et se fait donc l'instrument de sa propre surveillance. La tour centrale joue un rôle essentiel dans ce processus, notamment grâce aux divers couloirs qui en rayonnent. Cette disposition permet aux gardiens de la tour une vision circulaire des lieux qui s'étend sur une longue distance. C'est d'ailleurs dans l'un de ces couloirs qu'il faut s'engager pour gagner l'UPP.

L'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire (UPP)

L'UPP est un centre de soins psychiatriques qui a ouvert ses portes en 1993 pour desservir les douze pénitenciers fédéraux du Québec. Elle assure les soins en santé mentale pour tout établissement correctionnel fédéral de la province et en raison des besoins croissants en ce sens, n'accepte que les cas jugés urgents. Sa mission s'énonce comme suit :

[L'UPP] offre des services d'évaluation et de traitement spécialisés aux détenus de la région du Québec afin de les aider à atteindre un état mental stable et à développer les habiletés nécessaires à une réinsertion sociale réussie (Service Correctionnel du Canada, 2000).

Elle dispose d'une capacité de 140 lits répartis dans 5 unités, chacune se situant le long d'un continuum allant des soins aigus aux soins chroniques. L'UPP fait partie intégrante du pénitencier mais constitue un pavillon à part qui comprend également 2 autres blocs cellulaires pour la population dite « régulière », c'est-à-dire qui ne reçoit aucun suivi psychiatrique. En 2005, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* régissant depuis 1992 le cadre légal du Service Correctionnel du Canada a été modifiée, notamment pour accroître l'accès des détenus aux services de santé mentale. En ce sens, tous les centres de traitement psychiatriques fédéraux du pays sont appelés à jouer un rôle grandissant dans ce contexte. Notre milieu de recherche, l'UPP, n'y fait pas exception et a dû réviser en conséquence ses critères d'admission – à la hausse – faute de place.

Un document non officiel qui nous a été remis par la chef de service énonçait ainsi les critères d'admission :

- cas psychiatriques ayant des problèmes de fonctionnement ou d'intégration
- cas ayant un double diagnostic psychiatrique et trouble sévère de la personnalité
- détenus suicidaires ou présentant des comportements auto ou hétéroagressifs
- cas d'organicité
- détenus atteints du SIDA en besoin d'un support psychologique et infirmier intensif
- cas nécessitant une évaluation visant à clarifier un diagnostic

La clientèle desservie par l'UPP est un reflet de la population carcérale de toute la région et, de manière plus globale, des transformations de la société. Ainsi outre le nombre grandissant de détenus âgés de 65 ans et plus, l'UPP doit transiger avec une proportion croissante de membres de diverses factions du crime organisé et de gangs de rue rivaux. En raison de cette tendance, selon nombre de membres du personnel (tant correctionnel que sanitaire), le climat de plus en plus tendu au sein des divers pavillons cellulaires appelle des mesures sécuritaires adaptées. L'appartenance de plus en plus fréquente des détenus à des groupes criminels particuliers entraîne notamment des difficultés au niveau de leur répartition à travers les divers établissements correctionnels de la région. Toutefois, en raison de sa petite taille, l'UPP dispose d'une moindre marge de manœuvre dans sa capacité à séparer les membres de groupes rivaux, ce qui entraîne des complications en regard de leur assignation dans les unités de soins et requiert une assiduité soutenue afin de prévenir des incidents violents.

Cette situation touche particulièrement l'unité d'admission, où nous avons réalisé notre recherche, unité par laquelle transitent nécessairement toutes les personnes admises à l'UPP. Avant de décrire cette unité, il est nécessaire de s'attarder d'abord sur deux points névralgiques qui la jouxtent, à savoir le poste correctionnel et l'appendice sécuritaire.

Le poste correctionnel

Le poste des agents de correction, dans lequel se trouvent toujours au moins deux agents de correction, se situe à l'étage principal de l'UPP. Ce poste constitue à la fois un lieu de travail, de réunion et de pause et nombre d'officiers y demeurent lors de leurs heures de repas. Lorsque nous avons eu besoin d'une clé pour pouvoir circuler entre l'unité d'admission et un bureau mis à notre disposition, nous avons dû adresser (et justifier) notre demande à ce poste. Bien que la clé en question soit utilisée de façon quasi exclusive par le personnel infirmier (à ce titre, on la nomme précisément « la clé du personnel infirmier »), son utilisation demeure contrôlée par le personnel sécuritaire. Le fait de devoir expliquer notre besoin d'emprunter la clé du personnel infirmier peut aisément être lié au fait que nous étions une personne étrangère au milieu et qu'une telle clé peut représenter un risque à la sécurité de tous si elle est utilisée de façon inadéquate. Toutefois, nous avons noté qu'avec certains officiers, même des intervenants infirmiers de longue date devaient justifier cet emprunt, soulignant à nos yeux le caractère résolument « paranoïde » du milieu correctionnel, de même que les jeux de pouvoir à l'œuvre entre ces deux corps de métier (voir la section 4.1.2. pour des précisions à ce sujet).

Le poste correctionnel partage l'une de ses portes d'entrée avec le poste de médicaments où travaillent, pendant le quart de jour, deux membres du personnel infirmier. Il partage également l'un de ses murs avec une autre tour centrale. Cette deuxième tour est plus petite que celle mentionnée précédemment et est montée sur deux étages, de telle sorte que les officiers s'y trouvant contrôlent les activités des deux niveaux de l'UPP. En raison de sa taille réduite et afin de la différencier de la tour mentionnée précédemment, nous utiliserons l'expression *appendice sécuritaire* pour la désigner.

L'appendice sécuritaire

Seuls les officiers ont le droit de pénétrer dans cet appendice, à partir duquel ils surveillent les allées et venues de tout un chacun, contrôlent l'ouverture des grilles et des portes de cellules et observent les mouvements de tous par le biais de moniteurs de caméras distribuées à travers l'UPP. Le contrôle de l'éclairage s'opère également à partir de cette console centrale. En raison de l'éventail de commandes sécuritaires qui s'y trouvent, l'accès à l'appendice sécuritaire est rigoureusement contrôlé car il s'agit bien évidemment, avec les autres tours du pénitencier, du point de commande le plus à risque en cas de tentative d'évasion, de prise d'otage ou d'émeute. A ce titre, les officiers postés dans l'appendice sécuritaire ont pour mission d'adhérer exclusivement aux commandes émises par un membre du personnel de correction, à moins que celui-ci ne fasse l'objet d'une prise d'otage. Dans une telle situation, les revendications d'un mutin ne doivent en aucun cas être suivies, afin de contenir la crise en un seul secteur où interviendront alors les équipes tactiques du pénitencier.

Tout ordre d'ouvrir ou de fermer la porte d'une cellule doit donc provenir d'un officier. Un membre du personnel infirmier qui désire faire ouvrir une porte doit s'adresser à un agent de correction de son unité, qui relaie alors la commande à l'appendice – s'il la juge appropriée. Les agents n'étant jamais obligés de suivre une directive du personnel infirmier, nombre de délais et de frustrations s'ensuivent fréquemment chez ce dernier, un point sur lequel nous reviendrons dans la section 4.1.2. portant sur les acteurs du milieu.

Le poste correctionnel et l'appendice sécuritaire illustrent à nos yeux la mainmise du personnel correctionnel sur les lieux, tout particulièrement sur l'UPP. Alors que cette dernière constitue aux yeux du personnel clinique un centre de soins *avant* d'être un milieu carcéral, les deux points névralgiques décrits ci-dessus constituent un rappel constant que le personnel de correction considère l'UPP au même titre que le reste du complexe pénitentiaire – à savoir un lieu de détention avant d'être un lieu de traitement – et entend la

faire fonctionner en ce sens. Nous verrons dans la section suivante les implications de cette divergence d'objectifs institutionnels pour la pratique infirmière.

L'unité d'admission

Le poste correctionnel et l'appendice sécuritaire constituent des points de passage obligés pour se rendre à l'unité d'admission. Celle-ci comporte deux grilles, dont l'une marque l'entrée de l'unité elle-même. A côté de cette grille se trouve un cahier dans lequel toute personne pénétrant dans cette unité doit signer son nom, afin que l'on sache en tout temps qui a pénétré dans ce secteur et dans quel but. Ce registre permet notamment de savoir qui se trouve à l'admission afin qu'en cas de crise, le personnel correctionnel puisse localiser dans les meilleurs délais toute personne manquant à l'appel.

Entre les deux grilles se trouvent huit cellules d'isolement, un local exigu où sont prodigués certains soins, une douche et le poste infirmier. La salle de traitement est en fait une cellule reconvertie, dont elle a gardé les dimensions réduites. C'est ici que s'effectue la composante physique du processus d'admission (notamment la prise de poids et de signes vitaux), les prises de sang et le matériel pour le suivi des glycémies et la réfection de pansements. Il s'y trouve notamment une chaise sur laquelle prend place le patient. Conformément aux règles de sécurité en vigueur, cette chaise se situe dans le fond du local, de manière à ce que l'accès à la porte ne soit en aucun temps obstrué. Lorsque le personnel infirmier y pratique des soins, un ou deux agents de correction se postent à côté du patient ou juste à l'entrée du local, une décision qui découle du profil de risque que présente le patient. Face à ce local, l'on voit une autre cellule reconvertie cette fois en douche individuelle. Toute personne nouvellement admise est requise de prendre une douche et d'employer un agent nettoyant puissant contre la pédiculose et la gale à titre de prévention.

Les cellules d'isolement

Des huit cellules d'isolement situées à ce niveau, quatre sont équipées de caméra dont les moniteurs sont montés dans le poste infirmier. Une autre cellule dotée d'une grande fenêtre de plexiglas donnant directement dans le poste infirmier permet une observation plus étroite de ses occupants et sert surtout à surveiller tout patient mis sous contention physique. Cette cellule est de même dimension que toutes les autres, environ 3m par 1,80m, ce qui limite grandement la liberté de mouvement pourtant nécessaire lors du transfert d'un patient dans cette salle. Le lit est fixé au sol à à peine un mètre de la porte et est orienté de manière à ce que la tête du patient soit le plus près de la baie de plexiglas. Une combinaison Argentino est disposée sur le lit en tout temps mais des contentions de cuir en quatre points peuvent également être utilisées. Le lit constitue le seul mobilier de cette salle, qui ne comporte pas de caméra. Nous n'avons pas vu le personnel utiliser cette cellule lors de notre collecte de données.

L'emplacement même des cellules d'isolement à l'entrée de l'unité est fortement critiqué par le personnel infirmier. Un seul des participants a soulevé ce point en entrevue, alors que les autres l'ont exprimé lors de nos interactions informelles avec eux. Ce participant exprimait ainsi son désaccord en regard de cette organisation de l'espace :

Je trouve ça mal organisé, que les cellules où les gars ont besoin de plus de surveillance sont en avant puis que tout le monde passe par là. Ça stimule énormément les gars, c'est écœurant. C'est un trafic incroyable qu'il y a dans [l'unité d'admission], puis moi, je disais tout le temps (...) pensez-vous que dans une urgence d'hôpital il y a autant de monde qui voyage pour rien? (...) Parce que les gars sont trop stimulés, il y a trop de gens qui parlent, puis tu as un gars qui décompense dans une cellule, tu peux en recevoir des paroles. Alors que s'ils nous voyaient un peu moins, on serait moins un objet de provocation, peut-être (Informant MA-12, lignes 773-809).

Cet extrait illustre bien, à notre avis, le fait que l'unité d'admission est peu adaptée sur le plan clinique aux besoins des patients. Les salles d'isolement étant utilisées pour les patients décompensés ou à risque de poser un acte auto- ou hétéro-agressif, le personnel

de correction aura un accès plus facile à celles-ci selon la présente organisation des lieux s'il doit intervenir dans le cadre d'une intervention sécuritaire – une considération clairement prioritaire en regard de la disposition des lieux.

Le poste infirmier

Le poste infirmier est constitué de trois anciennes cellules adjacentes reconverties dont les murs mitoyens ont été abattus. Ses dimensions sont d'environ 9m par 1,80m. Il comporte deux grandes baies de plexiglas en angle droit, l'une donnant sur le couloir de l'unité, juste avant la deuxième grille, l'autre donnant sur le salon commun (tel que mentionné précédemment, une troisième baie de plexiglas donne sur l'une des cellules d'isolement). Bien que le poste soit partagé par le personnel infirmier et correctionnel, les deux groupes se tiennent séparément. Une table ronde permet de tenir des réunions cliniques et de rédiger, notamment, les notes évolutives. Les officiers n'y prennent jamais place mais se tiennent plutôt à l'entrée du poste dont la porte, habituellement ouverte, peut être verrouillée sur un ordre communiqué aux officiers de l'appendice sécuritaire. Trois ordinateurs donnent accès à une base de gestion des détenus et à divers documents tels que les plans de cheminement cliniques. Lorsqu'ils ont été rédigés, ces derniers sont placés dans une chemise en carton sur le bureau ou, plus fréquemment, dans le dossier des patients. Ils présentent un format standard avec des cases à cocher et quelques espaces où inscrire des éléments plus adaptés à la situation des patients, tels que le diagnostic infirmier (voir Annexe 7). Il n'y a pas de kardex, ce qui, aux dires d'un participant, ralentit la recherche d'information relative à un plan de soins ou un profil de médicaments.

Les patients pouvant observer (mais non pas entendre) l'activité du poste, dossiers et documents de travail sont rarement laissés à la vue. Des étagères comportent des cartables imprimés dont des manuels de protocoles et procédures, un document sur la démarche de soins infirmiers, un CPS, un DSM-IV et quelques livres de psychiatrie et de

psychologie. Mis à part le CPS, m'a-t-on indiqué, l'on consulte rarement tous ces outils, ce que nous avons pu nous-mêmes constater. Tout au long de notre observation, nous avons noté que la majorité des activités infirmières se déroulaient dans le poste, ce à quoi nous reviendrons plus loin.

Les cellules régulières

Derrière la deuxième grille de l'unité se situent onze autres cellules destinées à des patients ne faisant pas l'objet d'une surveillance particulière, une cuisinette et une petite aire commune où les patients peuvent notamment regarder la télévision. Une porte dans cette aire permet d'escorter les patients dans une cour extérieure pour qu'ils puissent marcher et fumer. Compte tenu de notre statut, nous n'avons pu en aucun temps franchir cette deuxième grille. En nous informant auprès du personnel infirmier, nous avons toutefois été informée du fait que chaque cellule comporte un lit fixé au sol et une toilette en acier. Les dimensions sont identiques pour toutes les cellules de l'unité d'admission. Tous les lits de cette unité sont fixes, à l'exception des lits dans deux des cellules d'isolement à l'avant. En effet, ces cellules sont dotées de lits de béton coulé afin d'empêcher les patients de se cacher dessous lorsqu'ils tentent de se soustraire aux regards des intervenants.

Toutes les cellules de l'unité d'admission comportent un judas fiché dans la porte, afin que le personnel correctionnel et soignant puisse en tout temps observer ce qui se passe à l'intérieur sans que les patients ne le sachent. La cellule constituant l'un des rares endroits où les patients peuvent échapper un peu plus au « regard institutionnel », il est fréquent que certains d'entre eux, dans des moments d'irritation ou de colère, bouchent le judas afin de se soustraire à ce regard. En tant que pratique interdite à l'UPP et dans l'ensemble de l'établissement pénitentiaire dont cette dernière fait partie, l'obstruction du judas entraîne presque automatiquement l'intervention d'une équipe spéciale d'urgence afin d'effectuer une « extraction de cellule », visant à sortir le patient de force de sa cellule pour

le placer en isolement – ce qui implique une autre cellule elle aussi munie d'un judas, mais également d'une caméra afin d'amplifier la visibilité du patient.

Un milieu qui se veut thérapeutique

Tous les membres du personnel infirmier s'entendent sur le fait que l'organisation générale de l'unité se prête mal à des interventions d'ordre clinique. L'UPP est officiellement présentée comme un centre de soins fondé sur la thérapie par le milieu, ce qui implique que les unités de soins doivent constituer pour les patients des milieux de vie dans lesquels s'opèrent les divers processus de réadaptation et de réinsertion sociales. Le milieu thérapeutique est un concept « progressiste » qui sous-tend les programmes destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Cette thérapie se fonde sur le principe du milieu de vie en tant que technique d'intervention thérapeutique, qui vise à aider la clientèle à développer des aptitudes interpersonnelles et pratiques en prévision de sa sortie de l'institution. Ce mode de thérapie se veut inclusif, en faisant notamment appel à une organisation conviviale de l'espace physique et en mettant à contribution le principe de l'équipe traitante, le partage des pouvoirs et l'implication de la famille.

Or, le caractère thérapeutique de l'unité d'admission se calque difficilement sur une unité de soins en milieu civil, ce qui tend à réfuter la capacité de l'UPP à promouvoir une thérapie par le milieu. Mis à part les dimensions exigües des diverses pièces (telles que la salle de traitement et le poste infirmier), le niveau de bruit de l'unité d'admission est important et le va-et-vient entre cette unité et le reste de l'UPP est continu. Par ailleurs, l'apparence générale de l'unité elle-même rappelle davantage le milieu carcéral. Les murs et les planchers sont de couleur blanc grisâtre et mis à part de petites fenêtres donnant sur l'extérieur (trois dans le salon et deux dans la cuisinette), la véritable source de lumière provient de néons fixés au plafond. La décoration est par ailleurs minimale. Les fauteuils du salon ne peuvent accueillir que quatre personnes à la fois. Une télévision est vissée au

plafond et deux étagères munies de livres divers complètent le décor. La cuisinette est quant à elle munie de deux petites tables avec sièges intégrés pour quatre personnes chacune. Le salon et la cuisinette constituent « la salle commune ». Les murs de toute la rangée sont complètement dénudés, sans décoration aucune. Trois caméras permettent de surveiller les lieux : une dans le salon faisant face aux fauteuils, une dans la cuisinette et une dans la rangée cellulaire elle-même. Ces trois caméras, couplées à l'emplacement à l'avant de l'unité des cellules d'isolement, constituent un rappel constant de la vocation première des lieux, à savoir un pavillon carcéral. Ainsi, malgré son mandat de centre de soins, l'organisation spatiale de l'unité d'admission répond davantage à des impératifs sécuritaires que thérapeutiques.

« La roulotte »

Lorsque l'on quitte l'unité d'admission, un autre couloir partant de l'appendice sécuritaire sur la droite mène « à l'arrière » ou « à la roulotte », selon une expression courante du personnel. Cette section comporte de nombreux bureaux de gestionnaires, tels que la chef de service infirmier, la directrice clinique, le surveillant correctionnel et le gestionnaire d'unité. Certains de ces bureaux sont organisés de manière temporaire dans des locaux mobiles, d'où l'appellation de « roulotte ». Il s'y trouve également quelques bureaux d'entrevue, les bureaux des psychologues et le gymnase où se déroulent des activités destinées aux patients, mais également des activités de formation pour le personnel. Les lieux sont contrôlés par un seul officier, dont le poste est situé au centre de ce secteur. En raison des fonctions majoritairement axées sur la gestion qui caractérisent les lieux, le personnel infirmier désigne souvent ces derniers comme une entité globale en faisant référence, par exemple, aux décisions qui ont été prises « en arrière » ou encore par « ceux dans les roulottes », sans préciser de qui exactement provient la décision. Dans le même ordre d'idée, dire que l'on a été appelé « en arrière » indique qu'un gestionnaire a

demandé à nous voir dans son bureau, ce qui signale dans l'entendement collectif un moment désagréable à passer. Dans la section 4.1.2, nous préciserons les implications de cet état des lieux.

La clientèle

L'UPP peut accueillir entre 130 et 140 personnes. Son mandat réside dans l'encadrement et le traitement de contrevenants présentant d'importantes problématiques psychiatriques et des troubles de personnalité jugés sévères. La priorité est par ailleurs donnée à ceux d'entre eux qui manifestent un risque d'automutilation et de suicide élevé. La plupart présentent une comorbidité combinant des troubles psychiatriques (Axe I), des troubles de la personnalité (Axe II) et/ou des troubles de toxicomanie. Tel que mentionné précédemment, l'UPP accueille des personnes dont le potentiel de réinsertion sociale est considéré comme étant faible (Service Correctionnel du Canada, 2000). Toutes les personnes avec lesquelles nous avons discuté ont par ailleurs souligné ce point, en insistant sur le caractère très lourd de la clientèle et le statut de l'UPP comme « dernier recours » ou encore comme le « bout de la ligne ».

Lors de notre projet, l'unité d'admission (dont la capacité est de 15 lits) était toujours pleine ce qui, aux yeux du personnel infirmier, est un indicateur des problématiques psychiatriques de plus en plus fréquentes dans les pénitenciers fédéraux. Au moment où les dossiers ont été préparés pour nous toutefois, il y avait 10 patients, ce qui est très rare étant donné qu'une cellule libérée lors d'un transfert est habituellement rapidement assignée à un détenu nouvellement admis.

Tous les participants s'entendent pour dire que la clientèle a considérablement changé depuis l'ouverture de l'UPP. Tel que mentionné plus tôt, la clientèle compte de plus en plus de membres de gangs de rue ou est de plus en plus souvent affiliée à différentes factions du crime organisé, ce qui complexifie fortement les interventions :

Là on a une clientèle de jeunes, très, très jeunes, puis la loi du milieu de respect de l'un et l'autre, on dirait que ça n'existe plus. (...) Ça s'en va de plus en plus [vers] la mentalité des gangs de rue où est-ce qu'il n'y a ni loi, ni respect de la hiérarchie ou de règles, de sous-règles du groupe, il n'y en a pas. (...) ils sont imprévisibles de plus en plus, puis ils sont dangereux de plus en plus. Mélange cette dangerosité-là avec la maladie mentale, avec les déficiences intellectuelles, les intelligences... regarde, c'est un mélange qui est assez explosif (Informant RE-14, lignes 1308-1319).

La population de l'UPP comprend également une proportion grandissante de patients âgés aux prises avec divers problèmes de santé chroniques (maladies cardiaques, bronchite chronique, emphysème, hépatites, cirrhoses, diabète, etc.) qui appellent des interventions plus spécialisées et des suivis plus soutenus, pour lesquels le personnel infirmier se sent parfois démuni.

4.1.2. Les acteurs socioprofessionnels du milieu

Les acteurs de notre milieu de recherche regroupent les personnes qui composent le personnel travaillant à l'UPP. La composition du personnel est significative en ce sens qu'elle constitue un reflet du type de milieu auquel nous nous intéressons. Dans le cas de l'UPP, les deux corps de métier les plus importants sont le personnel infirmier et les agents de correction. L'UPP compte environ 42 infirmières et infirmiers et 55 agents de correction (ces chiffres sont toutefois sujets au changement compte tenu du roulement important de personnel). Outre les effectifs nombreux de ces corps de métier, il s'agit des seuls intervenants présents à l'UPP 24 heures sur 24. Par ailleurs, en raison des différences idéologiques de ces deux groupes, leurs relations souvent tendues constituent un facteur déterminant dans l'évolution de l'UPP en tant que centre de soin en milieu carcéral et fournissent des indications préliminaires en regard de la forme que prennent les soins prodigués aux patients y séjournant. Nous verrons maintenant les caractéristiques propres à ces deux groupes.

Le personnel infirmier

Nous n'avons pas trouvé de document « à usage externe » (publications officielles du SCC) explicitant avec précision le rôle du personnel infirmier à l'UPP. Cette information était localisée dans des textes internes tel que le manuel des politiques et procédures. Dans un document publié que nous nous sommes procuré, ce rôle est décrit en termes généraux, de la manière suivante :

[Les services infirmiers] prodiguent des soins de qualité à toute la clientèle de l'UPP, assistent les psychiatres lors des entrevues et participent activement aux décisions lors des rencontres multidisciplinaires (Service Correctionnel du Canada, 2000).

Le rôle d'intervenant de première ligne est également souligné, en regard de la stabilisation de l'état mental et de la réinsertion sociale réussie des patients. Quatre tâches sont mentionnées, à savoir l'élaboration des plans de soins, la distribution de la médication, le suivi auprès des psychiatres et la conduite des surveillances particulières. Les fonctions relatives à l'évaluation de l'état mental et de la surveillance du risque suicidaire sont évoquées dans deux des *Directives du commissaire* (lignes directrices du SCC), bien que les psychologues soient les premiers intervenants mentionnés en regard de ces fonctions, non pas le personnel infirmier.

Le personnel infirmier de l'unité d'admission se compose de trois intervenants de jour et un intervenant de soir (deux lorsque l'unité accueille des patients plus lourds) qui effectuent une rotation aux 6 semaines environ. La nuit, il n'y en a qu'un seul pour toute l'UPP (qui comprend 140 lits). Lors de notre recherche, la composition du personnel était relativement stable. Toutefois, la chef d'unité nous a indiqué que le taux de roulement de l'UPP en général et de l'unité d'admission en particulier était significatif. Elle attribuait cela aux exigences du milieu, liant celles-ci aux relations souvent tendues entre les divers corps de profession plutôt qu'aux caractéristiques de la population carcérale elle-même. Afin de

saisir ceci, il convient d'examiner les circonstances qui ont vu naître l'UPP et de mettre sa mission en contraste avec celle du pénitencier.

Les débuts de l'UPP

Lors de l'ouverture de l'UPP, le personnel infirmier (majoritairement féminin) a eu à ériger toute une structure de prise en charge qui n'existait nulle part jusqu'alors au Canada. Ce faisant, il en est venu à endosser une grande variété de rôles touchant aux différents aspects thérapeutiques des traitements. Une infirmière exprimait en ces mots la réalité à laquelle se sont butées les premières arrivées :

Le rôle de l'infirmière en santé mentale dans notre milieu c'est un rôle primordial, c'est un rôle essentiel (...) qu'on a mis sur pied. Elles doivent inventer leur rôle ici, parce qu'il se colle à rien. Ce qui est difficile pour elles, c'est de vraiment prendre leur place dans ce rôle-là, parce qu'elles n'ont pas de point de référence. Puis elles doivent toujours faire preuve d'imagination, elles doivent toujours initier des nouvelles choses. Parce que les infirmières qui travaillent ici ne sont pas arrivées dans un milieu tout fait, comme un hôpital qui a cinquante ans ou soixante-quinze ans de pratique où tout est établi. Ici, les infirmières font face constamment à de nouvelles situations (Informant J-10, lignes 11-20).

Les années suivant l'ouverture de l'UPP ont servi aux infirmier(e)s à s'imposer comme professionnels dans un milieu qui ne connaissait d'infirmier(e)s que ceux travaillant dans le centre de soins. Une infirmière décrit ces années en ces termes :

[L'arrivée des infirmières de l'UPP] était très dérangeante. La loi du milieu était très forte. Elle était très forte, c'était très dérangeant. Il a fallu faire notre place. Il a fallu faire notre place, puis il a fallu aussi faire des compromis dans les premières années. Il fallait leur montrer [au personnel correctionnel] qui on était, faire nos preuves, puis en même temps s'en faire des alliés. Puis ça c'était des gros défis, se faire des alliés avec eux. Être ben, ben amis mais se faire reconnaître comme femmes, comme infirmières. Parce qu'aussi on était des femmes, il y avait très peu de femmes ici, il y a quatorze ans. (...) Mais il fallait vraiment, parce que les commentaires qu'on avait c'est : « Vous venez berce les détenus » (Informant J-10, lignes 161-173).

Lors d'une intervention auprès d'un patient, les infirmier(e)s doivent être accompagnés d'un officier. Aux débuts de l'UPP, le personnel de correction refusait régulièrement de répondre aux demandes du personnel infirmier, tout particulièrement des infirmières, obligeant celles-ci à réitérer leurs demandes et à négocier leur collaboration. Cette stratégie adoptée par le personnel correctionnel est comparable, selon les écrits de Goffman ([1968] 1998), à une technique de mortification du personnel infirmier qui humilie ce dernier, qui se voit obligé d'adopter des comportements qu'il n'adopterait pas en d'autres circonstances. Les efforts renouvelés du personnel infirmier pour tenter d'implanter une culture propice à la provision de soins psychiatriques se sont donc heurtés à une forte résistance de la part du personnel correctionnel, qui refusait de partager son « territoire ». En ce sens, dans les premières années suivant l'ouverture de l'UPP, le personnel infirmier s'est vu octroyer un statut différant peu de celui des patients, c'est-à-dire isolé sur le plan socioprofessionnel, soumis à l'autorité pénitentiaire et perçu comme pouvant présenter un risque à l'intégrité du système carcéral.

En 1999, la direction clinique mettait en place un poste d'infirmière de liaison en tant que projet pilote afin de coordonner les transferts entre les divers établissements carcéraux de la région et faciliter la transmission de l'information à l'équipe de soins de l'UPP. Elle assure également le suivi des cas avec l'établissement de placement ou, lors du congé, avec la ou les ressources communautaires impliquées. Il s'agit d'une personne-ressource auprès des comités de santé mentale des unités et en regard de toute information relative aux programmes de traitement. Juste avant une admission, l'infirmière de liaison est l'agent responsable de présenter à l'équipe de l'unité d'admission le cas en question dans le cadre d'une réunion d'équipe.

Le personnel infirmier du centre de soins physiques

Le pénitencier inclut également du personnel infirmier dans un centre de soins physiques. Bien qu'il ne soit pas présent à l'UPP comme tel, ce groupe est appelé à s'y rendre dans certaines circonstances, notamment lors d'une situation pouvant mettre à risque la santé physique du patient, situation pour laquelle il n'y a pas les ressources nécessaires (ex : de l'oxygène) à l'UPP. Par ailleurs, un recours à la force, tel que les extractions de cellule, requiert systématiquement un examen physique post-événement afin d'identifier toute blessure pouvant avoir été infligée pendant l'intervention. Selon les infirmières et infirmiers avec lesquels nous avons parlé, les relations entre le personnel infirmier du centre de soins et de l'UPP sont plutôt tendues. En dépit de leur appartenance professionnelle qui, croirait-on, pourrait servir à rapprocher les deux groupes, il semblerait que les différences dans leurs fonctions respectives ont davantage contribué à les diviser. Un participant expliquait cette tension en ces termes :

Les relations sont froides. (...) depuis que je suis ici, c'était comme ça avant et c'est encore comme ça aujourd'hui. Nous autres on a toujours eu comme mandat que s'il y avait un problème physique c'était de le référer à eux [au centre de soins], puis là, on les réfère à eux : « Mais là tu es infirmière quand même, t'es pas capable de t'en occuper ? ». C'est toujours ça qu'on a comme reproche. Moi j'ai pour mon dire que le dossier physique est là-bas. Ça veut dire que si un gars a un problème, un malaise, il faut quand même les aviser (Informant ME-17, lignes 898-907).

Les deux groupes travaillent dans des pavillons distincts, ce qui limite leurs contacts. Par ailleurs, le fait que le personnel de l'UPP doive faire appel à celui du centre de soins pour des problématiques physiques pour lesquelles, en milieu civil, il interviendrait lui-même provoque parfois de vives réactions de la part du centre de soins qui se sent déjà débordé par la charge de travail que représentent les quelques 350 détenus de l'ensemble du pénitencier. De plus, en jouant le rôle d'un hôpital régional, le centre de soins peut

également être appelé à soigner des cas plus lourds provenant d'autres établissements de la région.

Sur le plan physique, le rôle du personnel infirmier œuvrant en établissement correctionnel fédéral est nettement plus visible que le rôle touchant aux soins psychiatriques. Nous avons consulté une annonce engageant tout(e) infirmier(e) à postuler pour un emploi dans ce milieu. Parmi les tâches énoncées, toutefois, aucune ne se rapportait au projet psychiatrique de l'UPP, bien que cette dernière soit brièvement mentionnée et qu'il soit notoire que la majorité des détenus aient au moins un diagnostic psychiatrique formel ou qu'ils présentent des symptômes de trouble psychique :

Grâce à des interventions visant à améliorer la santé de la population carcérale, le personnel infirmier en milieu correctionnel contribue du même coup à améliorer la santé de la population extérieure. Voici quelques exemples des mesures prises :

- sensibilisation des délinquants, au moment de leur admission et tout au long de leur peine, aux maladies infectieuses et à l'importance de choisir un mode de vie sain ;
- vérification approfondie des antécédents médicaux des délinquants au moment de leur admission afin de cerner tout problème médical ou comportement à risque ;
- dépistage des maladies infectieuses au moment de l'admission des délinquants et tout au long de leur peine ;
- programmes d'immunisation ;
- traitement des maladies chroniques et infectieuses selon les normes communautaires (Service Correctionnel du Canada, 2007).

Ceci nous mène à croire que ce rôle infirmier doit encore être démystifié et harmonisé avec les structures en place afin de favoriser la prestation de tels services.

Administration des structures sanitaires

Jusqu'à tout récemment, tout le personnel infirmier du pénitencier relevait de l'administration pénitentiaire. À partir du 1^{er} septembre 2007, les infirmier(e)s du centre de soins physiques relevaient d'une instance médicale à travers les administrations régionale et centrale du ministère correctionnel. La gestion des services de santé mentale (dont fait

partie l'UPP) devait emboîter le pas peu après, mais cette transition n'était pas encore entamée au moment où nous terminions nos travaux dans ce milieu. Ce changement de gouvernance s'inscrit dans une optique d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients de même que leur uniformisation à travers le Canada. Il doit octroyer un statut plus indépendant aux centres de traitement (physiques et mentaux) carcéraux en soustrayant ces derniers à la gestion correctionnelle qui, jusque là, régissait leur fonctionnement. Il s'agit là d'une étape significative dans l'évolution de l'UPP en tant que centre de soins psychiatriques qui témoigne d'une certaine évolution de la culture du milieu.

Le changement de gouvernance devrait donc faciliter la construction de milieux plus thérapeutiques et se prêtant mieux à des interventions d'ordre clinique. Nous avons par ailleurs été informée que des discussions sont en cours depuis près de dix ans afin de déménager l'UPP dans un pavillon neuf et complètement séparé (physiquement) des pavillons cellulaires réguliers du complexe pénitentiaire. Pour le moment, l'on parle d'une « livraison » de ce pavillon dans cinq à dix ans, mais selon certains gestionnaires avec lesquels nous avons discuté, il se pourrait bien que cela prenne jusqu'à quinze ans. Le personnel infirmier de première ligne, quant à lui, semble avoir cessé d'y croire, d'une part en raison des délais continuels, d'autre part en raison des caractéristiques changeantes de la clientèle qu'accueille l'UPP :

Les locaux qu'on a, c'est une lacune parce qu'on n'est pas très bien dans des, physiquement là c'est petit. (...) C'est petit pour la quantité de monde qu'on est, c'est pas l'idéal, mais ils nous disent qu'on va avoir un nouveau pavillon. (...) Ça dépend toujours aussi c'est qui qui est au gouvernement puis tout ça tu sais, ça change tout le temps, ça change tout le temps. Puis des budgets. Puis là à chaque année ça doit monter de dix millions, à chaque année, tu sais les projets... Je dis un chiffre mais c'est quasiment la réalité... (Informant ME-17, lignes 502-517).

Ce qu'ils veulent ici c'est de faire un centre, je pense, un centre thérapeutique, point – ensuite de ça un milieu carcéral. Donc c'est comme (...) une place où les détenus vont circuler plus librement, des éléments comme ça où est-ce que c'est beaucoup plus la thérapie, une équipe interdisciplinaire, alors il y a des petites

modifications comme ça qui sont amenées à être faites. Mais il y a la clientèle aussi qui change, qui va les obliger à faire des changements. (...) Peut-être que c'était réaliste voilà dix ans. Il arrive ici des gros gros cas avec des problématique multiples, c'est incroyable! (Informant RE-14, lignes 1263-1308).

Les gestionnaires

Nous avons vu dans la section précédente la manière dont étaient organisés les locaux où travaillent les personnes impliquées dans la gestion clinique et correctionnelle de l'UPP. Bien que certains des gestionnaires cliniques ne soient pas de formation infirmière, nous avons choisi de les inclure ici étant donné les relations souvent tendues entre ce groupe et le personnel infirmier. Nous avons vu précédemment que se rendre dans le secteur des gestionnaires était désigné par l'expression « aller en arrière ». Cette formulation comporte une conséquence significative dans ce milieu et pour notre recherche. En énonçant ainsi son emplacement écarté des diverses unités de soin, le personnel infirmier souligne le fait que les gestionnaires ont perdu le contact avec les unités ainsi que « leur réalité quotidienne », sous-entendant ainsi l'incohérence de certaines décisions prises par des personnes qui ne sont plus des intervenants de première ligne. Un informant décrit ainsi cette incohérence :

Tu as des bureaux, ceux qui sont dans des bureaux qui sont attachés à la théorie. Qui essaient de regarder la théorie, puis ils essaient de mettre la théorie à ce qu'ils voient alors que nous autres c'est... Nous autres on a ce qu'on voit puis on essaie de comprendre ce qu'on voit avec la théorie, si on en a besoin. Mais c'est parce que la théorie puis la réalité, on le sait que c'est pas toujours, tu peux pas toujours les mettre ensemble. Ça fait qu'on a comme ces trois visions-là [personnel infirmier, officiers de correction et gestionnaires cliniques], alors oui, il y a beaucoup, beaucoup de frustrations parce que non, on n'est pas écoutés comme on aurait besoin de l'être puis cette frustration-là fait qu'on s'épuise, qu'on devient écœurés parce qu'on se fait pas écouter. Ça fait qu'on se sent comme pas importants (Informant RE-14, lignes 580-601).

Un gestionnaire clinique est typiquement chargé de faire le pont entre les intervenants de première ligne et la haute administration du pénitencier. Son rôle est

d'assurer la coordination des soins et de s'assurer qu'ils répondent à des impératifs de qualité et de sécurité et ce, en fonction de certaines contingences d'ordre personnel, matériel et budgétaire. Il doit également fournir au personnel infirmier de la supervision clinique auprès de certains patients particulièrement problématiques.

Dans le cas de notre milieu de recherche, la gestion clinique se compose principalement de la chef en santé mentale (infirmière), une directrice clinique (psychologue) et d'un directeur adjoint (psychologue). Il y a également un coordonnateur d'unité, mais lorsque questionnés sur les tâches respectives de tous ces superviseurs, les participants ont du mal à départager leurs responsabilités de manière précise et à nous les expliquer. De manière générale, les reproches qu'on leur fait sont les suivants :

- ils sont trop éloignés du plancher, déconnectés de la pratique, trop théoriques
- ils prennent des décisions non congruentes avec la « réalité » de première ligne :

Ils se sont imaginé, la direction là, que les infirmières et les éducateurs feraient des tournées tous seuls, sans officier. Moi c'est depuis que je suis arrivée qu'on nous met ça dans la tête, qu'on se bat encore pour pas qu'on le fasse. On tient notre bout. (...) Ici [à l'UPP], c'était notre infirmière-chef qui nous l'imposait (Informant ME-17, lignes 542-553).

- ils sont trop préoccupés par les limites budgétaires :

Il y a eu des tentatives de plan où est-ce qu'on travaillait en équipe, mais autant que c'est lent ici, autant qu'ils veulent des résultats rapides. Alors le plan va être bon pour une semaine, deux semaines, puis on le sait que dans les cas complexes, on n'a pas de résultats au bout d'une semaine. Faut que ça dure des mois de temps, mais oh! Coupure budgétaire! Faut que ça arrête! (Informant RE-14, lignes 647-652).

- ils sont peu à l'écoute et les employés sont laissés à eux-mêmes :

On a fait plusieurs demandes pour qu'on ait des groupes de discussion pour un peu ventiler tous ces éléments-là. Il y en a eu un, deux peut-être mais on n'a comme jamais été au bout de la discussion. Alors on n'a pas, je trouve pas qu'on a beaucoup de support. Eux [les gestionnaires] pensent que oui, ils nous donnent du support mais non, il n'y a pas de support. J'ai souvent amené ce point-là, que les infirmières s'épuisent, il y a beaucoup de monde

dans le pavillon qui ne veut pas venir travailler dans l'unité à cause de cette situation-là (Informant RE-14, lignes 663-669).

- ils attendent un accident pour changer certaines choses, le changement est trop lent
- il y a un manque de stabilité au niveau des gestionnaires :

Ce qu'on remarque c'est que tout le monde est intérimaire, le directeur est intérimaire, la directrice clinique est intérimaire, notre infirmière chef est intérimaire, les chefs d'équipes sont intérimaires, les coordonnateurs sont intérimaires... je peux continuer (Informant RE-14, lignes 1071-1075).

Un seul participant a nuancé ses propos en regard des gestionnaires lors des entrevues :

Moi, la gestion, la roulotte, ça ne me fait pas peur. Tu sais au début quand on rentre ici, il y a du monde qui essaie de nous faire peur avec la roulotte tu sais. (...) Tu le sais ce que tu fais de bon, puis c'est normal que des fois aussi j'aie besoin d'être recadrée (...). Généralement, moi, j'ai vraiment pas peur. Je suis allée voir [la chef de santé mentale] pour lui souligner quelques affaires, j'ai été voir A, B, C, D, j'ai pas peur de donner mon opinion, j'ai toujours senti une grande écoute (Informant MA-12, lignes 882-890).

Cette section nous permet donc de mettre en évidence la manière dont le personnel infirmier se situe fréquemment aux carrefours de divers mandats, procédures et règlements qui compliquent considérablement sa pratique, contraignent cette dernière et créent un climat de frustration quotidienne qui est palpable sur l'unité. Par exemple, en tant que groupe le plus impliqué dans le suivi psychiatrique des personnes admises à l'UPP, le personnel soignant se voit investi de fonctions d'ordre clinique qui nécessitent souvent des interventions rapides. Ses objectifs sont ceux qui sont le plus à même de s'opposer aux objectifs sécuritaires, ce qui situe fréquemment la pratique du personnel infirmier sous l'angle du risque. En cas de conflit, ce sont toutefois les ordres sécuritaires qui priment.

La grosse contrainte c'est la sécurité. C'est sûr que je veux dire, quand on fait nos interventions des fois en milieu hospitalier, on intervient plus rapidement. Puis là à cause de la contrainte sécuritaire, c'est plus long. (...) Il y a des délais, on ne peut pas intervenir, comme on interviendrait en milieu hospitalier. Par exemple, un cas là : il est en grosse agitation, il a besoin d'être isolé, il a besoin d'être contentonné, il a besoin d'avoir une injection. Les

délais sont tellement énormes que parfois la personne se calme et là on dit : « Bon ce n'est plus justifié » (Informant MA-14, lignes 149-180).

Ce participant évoque quant à lui le sentiment de ne pas avoir accompli son devoir infirmier lorsqu'il doit céder aux impératifs sécuritaires :

Je pense par exemple à toute la difficulté au niveau sécuritaire quand tu veux faire une intervention immédiate. Tu voudrais tout de suite faire une injection parce que le patient se désorganise, puis c'est pareil comme quelqu'un qui serait en crise puis qui aurait beaucoup de douleur. Tu attendrais pas qu'il te dise « J'ai mal ». Non, il dit qu'il a mal, tu agis, tu lui offres la médication puis c'est tout. Tandis qu'ici, c'est tout le *setup* : tu as l'équipe, puis là tu parles à un, parle à l'autre, parle à tous, puis finalement il a eu le temps de se calmer mais au bout du compte il n'a pas eu la médication qui pourrait l'apaiser au niveau de son état mental (Informant V-14, lignes 1448-1455).

Le personnel infirmier se voit donc confier l'obligation de réconcilier nombre de discours (infirmiers, correctionnels, administratifs) souvent contradictoires et d'harmoniser sa pratique avec ce cadre pour le moins composite. Au-delà de la confusion évidente en regard des directives reçues, c'est peut-être et avant tout la perception d'un manque chronique d'écoute et de soutien qui heurte les infirmier(e)s, notamment en regard des conflits récurrents avec le personnel de correction.

Le personnel de correction

Le personnel de correction constitue le groupe le plus important en terme d'effectifs. Au fil des ans, le visage de ces intervenants s'est modifié : alors que l'on réservait traditionnellement cet emploi à des hommes, l'on a accepté quelques femmes depuis les quinze dernières années. Par ailleurs, les agents de correction seraient plus éduqués qu'auparavant et plusieurs d'entre eux sont détenteurs d'un baccalauréat universitaire (criminologie, psychologie, travail social), alors que seul un diplôme d'études secondaires est requis.

Les agents de correction constituent un groupe fortement uni. La nature de l'emploi qu'ils occupent exige qu'ils veillent les uns sur les autres afin de contrer toute tentative de dérogation, voire de rébellion de la part des détenus. Une émeute survenue en 1982 a raffermi la solidarité du groupe, lorsqu'une tentative d'évasion ayant progressé en soulèvement collectif s'est soldée par la mort de trois agents correctionnels et de deux détenus. Ces événements, bien que survenus il y a plus de 25 ans, demeurent frais dans la mémoire de nombreux agents, tout particulièrement ceux qui étaient présents et ceux dont les agents décédés étaient les amis. Plusieurs ont par ailleurs gardé des séquelles de cet événement : pour certains, il a conclu leur carrière d'agents correctionnels ; pour d'autres, il a entraîné un durcissement des pratiques correctionnelles et un élargissement considérable du fossé séparant les officiers et les détenus.

Dans ce contexte de tension émotive, l'ouverture de l'UPP a été, pour le moins, mal accueillie. L'arrivée d'un nouveau groupe de professionnels (majoritairement féminin), a été perçue par une large part du personnel correctionnel comme une intrusion sur leur « territoire » – qui plus est, une intrusion dangereuse, car avec leur approche centrée sur le soin, l'écoute et la croyance dans la capacité du détenu à changer, le personnel infirmier venait contrecarrer le « projet correctionnel » visant à exercer un contrôle serré des activités, des idées, en bref, de la personne entière du détenu. L'un de nos informants a employé le terme « choc de cultures » pour signifier les difficultés des deux groupes à s'adapter l'un à l'autre.

Aux dires de plusieurs participants, les officiers se sont habitués au fil du temps à travailler avec le personnel infirmier et, mis à part quelques-uns qui ont quitté l'UPP car cela ne correspondait pas au travail correctionnel auquel ils étaient habitués, la majorité en seraient venus à apprécier leur façon de fonctionner auprès des patients. Le chef de service nous a indiqué que nombreux sont ceux qui ont développé des capacités de relation d'aide jumelées à un intérêt à travailler avec une clientèle psychiatisée. Parallèlement,

certains officiers demandent à être transférés d'unité car ils jugent que le climat plus détendu entre les patients et les membres du personnel entraîne souvent des dérogations aux règlements de sécurité et met en péril cette dernière. Il est à noter que selon la chef de service, la plupart des blessures subies par des officiers lors d'un usage de force se font à l'unité d'admission car c'est là que surviennent généralement les crises.

À ce titre, il est très intéressant de constater que la fréquence du recours à l'équipe tactique constitue un indicateur de réussite en regard de l'un des principaux objectifs du pénitencier, à savoir maintenir la sécurité et le calme. Ainsi, des statistiques relatives à la mobilisation de cette équipe sont calculées sur une base mensuelle : un recours trop fréquent, par exemple, est considéré comme un échec sur le plan sécuritaire, ce qui contrarie fortement le personnel infirmier. En effet, certains gestionnaires correctionnels soucieux de démontrer que l'unité dont ils sont responsables est peu agitée sont peu enclins à faire intervenir cette équipe, ce qui limite les stratégies d'intervention du personnel infirmier et force parfois celui-ci à faire la preuve du risque que représente le patient, notamment dans des situations d'agissements auto-agressifs :

Parce que quand les interventions sont planifiées, ben là c'est [l'équipe tactique d'intervention d'urgence], c'est une équipe d'urgence, il y a un plan. Il faut vraiment qu'on convainque le chef de cette équipe-là que c'est une intervention nécessaire. (...) Si le détenu n'est pas en danger pour lui-même ou pour les autres, là, visiblement, parce qu'il est psychotique par exemple, puis qu'il a besoin d'un traitement, là c'est dur à convaincre. (...) Je te montrerai la grille là, même pour intervenir avec quelqu'un qui se coupait, il fallait le regarder se couper. (...) Puis même avec la coupure qu'il s'infligeait, [il fallait montrer qu'il] nécessitait vraiment une intervention immédiate (Informant MA-14, lignes 185-212).

Perceptions du personnel correctionnel par le personnel infirmier

La perception actuelle du personnel infirmier envers le personnel de correction est sensiblement la même d'une personne à l'autre, à quelques nuances près. Tous soulignent les différences entre ces deux groupes comme étant fondamentales :

Premièrement on n'a pas les mêmes acquis, on n'a pas les mêmes connaissances, puis on n'a pas le même but non plus pour lequel on est ici. Fait que des fois ça peut s'entrechoquer, moi j'en suis consciente parce que ça m'est arrivé d'avoir des entrechocs avec certains officiers (Informant MA-12, lignes 86-89).

Le caractère rigide des agents correctionnels et ses effets sur la pratique infirmière sont également évoqués. Par contre, la plupart des informants considèrent cet état de fait comme un « mal nécessaire » afin que leur sécurité soit assurée dans leur milieu de travail.

C'est sûr que j'ai tout le temps un officier qui me rappelle que je suis en prison puis qu'il faut que je fasse attention, que je me méfie. Mais ça, c'est comme juste une sécurité supplémentaire pour moi (Informant RE-14, lignes 52-54).

Comme moi, supposons que je décide que je rencontre le patient dans tel bureau, mais là [l'officier] me dit « Non, tu peux pas le rencontrer là pour tel motif sécuritaire », « Le patient, non, il ne sort pas de tel secteur », pis il y a des choses que c'est correct aussi. C'est là pour me protéger (Informant MA-14, lignes 295-298).

Cet informant laissait même entendre qu'il y avait eu certaines lacunes au plan sécuritaire, qui avaient été comblées par un renforcement des procédures en vigueur qui le confortait dans sa pratique :

Sécuritairement, ça s'est resserré, ça fait du bien. Parce qu'ici [à l'unité d'admission] il y a eu des événements, un officier qui a été agressé assez sévèrement, j'étais là. Il y a eu d'autres événements, des agressions peut-être moins graves, mais quand même, envers les officiers. Ils ont décidé de resserrer la sécurité. (...) Ils sont vraiment plus aux aguets, ça fait du bien (Informant ME-17, lignes 521-531).

D'autres estiment que le changement de culture de l'UPP vers une orientation plus thérapeutique est loin d'être acquis et que cela est en partie dû à la récalcitrance des agents correctionnels. À cet effet, un participant affirme même que certains agents de correction maintiennent une attitude dérogatoire à l'endroit de la population incarcérée et adoptent des comportements particuliers (et possiblement illicites) lorsqu'ils interagissent avec cette dernière :

Il y a beaucoup d'officiers qui font des choses en-dedans qu'ils ne seraient jamais capables de faire à l'extérieur [du pénitencier]. Jamais capables et ils ont le besoin de se prouver. Beaucoup de narcissiques. (...) ils disent des paroles, ils jurent après du monde puis ils ne feraient même pas ça à l'extérieur, mais parce que c'est des détenus ils peuvent se le permettre (Informant MA-12, lignes 1897-1901).

Certains affirment au contraire ne plus distinguer de différence idéologique entre le personnel soignant et les agents correctionnels, suggérant ainsi que le changement de culture s'est bel et bien accompli :

C'était un détenu mais ça a complètement changé avec le temps. (...) C'était un détenu il y a dix ans, aujourd'hui c'est un détenu-patient. (...) Là on est complètement à l'opposé. On la voit plus vraiment, la différence [entre le personnel infirmier et correctionnel]. Moi je ne la vois plus, là. Puis c'est peut-être une déformation professionnelle, mais quand ça fait dix, douze ans que tu te rends toujours sur un lieu de travail à temps plein, tu assimiles ça. (...) C'est peut-être pas l'opinion de tout le monde mais personnellement moi, j'en vois plus vraiment de grande différence (Informant R-4, lignes 222-247).

Deux participants, enfin, évoquaient la cohésion particulièrement forte des gardiens.

L'un d'eux comparait celle-ci avec celle du personnel infirmier :

Ce qui arrive aussi, c'est qu'ils sont une équipe. C'est comme un corps policier, pompier (...). Ils se tiennent les coudes, mais nous infirmières et infirmiers, on se tient moins les coudes, je trouve. (...) ils se tiennent tous les coudes alors si tu fais quelque chose qui est en désapprobation avec le groupe des officiers de correction, ça va se le dire entre eux, puis tu vas être visé comme une personne qui... « T'avais pas d'affaire telle fois », « Tu agis pas de telle façon ». (...) Alors tu vas être mal perçu (Informant MA-14, lignes 370-396).

Quand il y a la formation des agents de correction, (...) ils ont le même chandail, ils se tiennent ensemble, ils mangent ensemble, ils apprennent les choses ensemble, ils se tiraillent ensemble. (...) C'est des cliques, ils se tiennent ensemble, ils vivent ensemble pendant un certain temps, puis ça demeure, cette cohésion-là (Informant MA-14, lignes 446-452).

L'autre participant soulignait plutôt les dérapages que pouvait entraîner une telle cohésion :

J'ai déjà vu une conversation entre quatre ou cinq officiers à propos d'un incident et là tout le monde disait la même affaire, tout le monde avait l'air bien révolté, puis là ça se pompait puis c'était une grosse affaire. Mais tous, un par un m'ont dit le contraire de ce qui avait été dit dans le groupe. Alors ça prend vraiment une personnalité de mouton parce qu'il faut que tu rentres dans le groupe. Si tu n'es pas dans le groupe, tu vas toujours être à part (Informant MA-12, lignes 1271-1276).

Compte tenu des différences fondamentales, tant sur le plan social, du genre, de la formation ou de l'idéologie entre les personnels infirmier et correctionnel, l'on saisit aisément la complexité des relations pouvant sous-tendre un milieu de pratique tel qu'un établissement hybride de psychiatrie pénitentiaire. Aux dires des informants une situation de conflit entre deux personnes peut rapidement s'étendre aux groupes entiers, même si au départ, le conflit est strictement personnel. Un informant décrit en ces termes les conséquences d'une situation de conflit survenue entre des infirmier(e)s, dont l'une entretenait des relations intimes avec un officier :

Ça arrive que ça prenne des proportions démesurées puis c'est arrivé dans le passé. (...) Ça a touché diverses personnes sur le plancher, autant les gestionnaires qui sont sur le plancher. Puis cette personne-là [l'infirmière] c'était vraiment... une plainte de harcèlement qu'elle a faite contre plusieurs personnes. Puis elle, étant donné qu'elle travaillait ici, puis qu'elle sortait avec [un agent correctionnel], tout le groupe de gardiens s'est mis contre le groupe de nursing. Elle avait l'appui des agents de correction (MA-14, lignes 892-914).

Cet extrait reflète un élément important du jeu complexe des alliances entre le personnel infirmier (de sexe féminin principalement) et les agents correctionnels. L'établissement de relations intimes entre certains membres conduit parfois à appauvrir davantage le sentiment de cohésion entre les membres du personnel soignant, du fait de « l'intégration » de l'infirmière concernée au sein de l'équipe correctionnelle, le « camp adverse ».

Dans l'ensemble, tous les participants ont toutefois souligné l'importance de soigner leurs relations avec les agents de correction et certains liaient très clairement cette

nécessité à une question de sécurité sur le plan personnel. En effet, un conflit d'un(e) infirmier(e) avec un agent correctionnel peut entraîner son ostracisation, qui se traduit par des comportements lui indiquant clairement ce nouveau statut. L'exemple le plus cité par les participants illustre une stratégie de l'équipe correctionnelle visant à retarder son intervention sécuritaire dans une situation où un patient met à risque la sécurité de l'infirmier(e) :

Une collègue, elle a déjà senti sa sécurité mise à part parce qu'elle avait dénoncé de quoi, un geste fait par la sécurité puis elle a dit qu'après ça, elle sentait sa sécurité menacée. Parce que c'est pour ça que les gens ne dénoncent pas les comportements qu'ils voient. (...) C'est la loi du silence ici, (...) si je parle ma vie est peut-être en danger parce que si j'ai besoin d'aide ils [les officiers] vont peut-être prendre plus de temps pour intervenir (Informant MA-12, lignes 1304-1314).

Soigner ses relations peut donc aussi signifier se soumettre à la loi du silence. La loi du silence (aussi désignée comme la loi du milieu) oblige une personne à passer sous silence des comportements qu'elle dénoncerait normalement. Il s'agit généralement d'agissements qui enfreignent un règlement et parfois même la loi, notamment dans le cas de comportements abusifs envers des patients. Leur profession étant régie par un code d'éthique formel et explicite, les membres du personnel infirmier sont dans l'obligation légale de rapporter toute action qui porte atteinte aux droits et à l'intégrité de la population qu'il soigne. Ce faisant, ils encourent le risque de se faire étiqueter comme délateur et de se voir mettre à l'écart du groupe. Cette disqualification socioprofessionnelle crée un climat de travail très difficile pour l'exclu(e), qui doit alors se racheter ou quitter son poste. Afin d'éviter ces conséquences nocives, la stratégie de choix réside souvent dans le fait de passer sous silence ces actes illicites :

La loi du milieu, des fois, va enfreiner [sic] certains ou certaines parce que c'est comme omniprésent puis si les gens se donnent un code de mettre de côté quelqu'un, ça peut devenir très difficile pour cette personne-là, (...) ça va être difficile oui, de faire son travail. (...) Les gens se sentent pas capables de faire leur travail comme il faut,

à cause de la loi du milieu (...) puis ils se disent « Est-ce que je vais mettre ma sécurité en danger si j'insiste pour qu'il y ait des actions cliniques qui se fassent? » Puis cette personne-là, si je me retrouve dans le trouble tu sais, si elle se fait menacer subtilement, si elle se fait dire « S'il t'arrive de quoi, pose-toi pas de questions si personne ne vient t'aider » ... (Informant V-14, lignes 752-767).

Selon les propos recueillis, les auteurs de tels actes seraient presque majoritairement des agents correctionnels.

C'est clair que ça existe la loi du silence en-dedans, ça c'est certain. Les officiers vont travailler entre officiers puis c'est la loi du silence, puis... Je dis pas qu'il y a de l'abus puis tout ça, parce que dès qu'il y a de l'abus, regarde, c'est tapé sur les doigts (...) mais juste des petits, comme des petits codes, en quelque sorte (Informant RE-14, lignes 1213-1218).

Toutefois, un informant reconnaissait que du personnel soignant pouvait également perpétrer des actes répréhensibles, mais situait cette possibilité au cœur de la nécessité pour le personnel soignant de veiller à ses alliances avec les officiers :

Parmi le personnel soignant, ça arrive. C'est une minorité très, très petite, mais qui vont peut-être justement s'allier, pour leur sécurité, pour différentes raisons (Informant V-14, lignes 780-783).

Le personnel infirmier dépend du personnel correctionnel pour sa sécurité, ce qui entraîne des dynamiques particulières entre ces deux groupes que nous n'avons pas relevées ailleurs. En effet, nous avons noté que les relations entre les infirmier(e)s et les autres professionnels de l'UPP s'apparentaient davantage aux relations interdisciplinaires en milieu hospitalier et ne reflétaient pas le même degré de complexité qu'avec les agents correctionnels.

Les autres groupes socioprofessionnels

Les dernières pages ont permis de mettre en évidence la complexité des relations entre les personnels soignant et sécuritaire. D'autres groupes socioprofessionnels sont

également présents à l'UPP mais à un moindre degré de par leur horaire régulier de travail et l'emplacement (en retrait) de leurs bureaux. Bien que l'équipe multidisciplinaire soit rarement mentionnée dans les notes cliniques, le personnel avec lequel nous nous sommes entretenue y fait souvent référence. Outre les personnels soignant et correctionnel, l'UPP comprend des psychologues, des psychiatres, des agents de libération conditionnelle, des criminologues, des psychoéducateurs et un aumônier. Lors de notre séjour, nous avons également appris qu'un poste était affiché pour un travailleur social.

Moins d'un an avant notre arrivée, des psychoéducateurs ont été introduits dans le milieu, ce qui, pour de nombreux membres du personnel infirmier, a entraîné une attitude défensive étant donné le flou entourant (encore aujourd'hui) leur rôle à l'UPP. Un participant a exprimé ainsi ce malaise :

Je l'ai connu à l'extérieur [de la prison], cet apport de nouveaux professionnels-là. Les infirmières se sentaient remises en question, comme si elles n'avaient plus leur place. (...) Les infirmières le vivent plus comme une remise en question de leur pratique. Comme si elles n'étaient pas... compétentes (Informant V-14, ligne 609-619).

Ce sentiment défensif n'est pas partagé par tous les membres du personnel, dont certains démontrent une certaine ouverture envers les nouveaux arrivants. Toutefois, la plupart des informants interrogés ont admis ne pas comprendre exactement le rôle des éducateurs et leur apport pour les patients, estimant à ce titre que loin de faire bénéficier l'équipe et les patients, ce flou sur le plan administratif provoquait plutôt de la confusion et de la frustration au sein de l'équipe.

La confusion entourant les tâches de certains groupes se manifeste également ailleurs. Nous avons été témoin par exemple d'un échange entre un cadre correctionnel et une infirmière de l'unité d'admission, au cours duquel le premier exprimait sur un ton quelque peu dédaigneux son incompréhension vis-à-vis le salaire dont jouit le personnel infirmier alors qu'il ne fait « que distribuer des pilules ». Ce cadre, qui compte plus de 20

années d'expérience en milieu correctionnel, résume l'opinion de nombreux officiers, qui n'hésitent pas à exprimer leur ressentiment face au « déséquilibre » salarial entre officiers et infirmier(e)s.

En tant qu'infirmière, nous avons quelques fois été prise à parti lors de telles discussions. Nous nous sommes entretenue avec la majorité des membres de l'équipe multidisciplinaire de l'unité d'admission et nous avons dû également veiller à négocier nos « alliances » afin de ne pas compromettre le déroulement de notre projet et la qualité des données recueillies.

Nos alliances

En ethnographie, le processus entier de la recherche repose sur la relation établie entre le chercheur et l'objet de recherche. Bien que l'on insiste couramment dans de nombreux travaux, comités d'éthique et organisations professionnelles sur l'importance de maintenir une relation professionnelle et « égalitaire » avec les participants de la recherche, certains tenants de l'ethnographie reconnaissent la nécessité d'amener cette relation à un niveau qui évoque un état proche de l'amitié ou du moins une certaine complicité afin de faciliter des échanges francs ouverts et spontanés.

Ce faisant, nous avons pu nous entretenir avec de nombreux intervenants de diverses disciplines et saisir la complexité des relations qui caractérisent le milieu. Aux débuts de notre étude, le personnel infirmier s'est montré plutôt indifférent à notre présence. L'un de ses membres avait d'ailleurs noté que tous devraient faire attention à ce qui se disait dans le poste lorsque nous nous y trouvions. Toutefois, au fur et à mesure que s'est déroulée l'étude, que nous avons procédé aux entrevues et participé à certaines activités de formation, plusieurs membres du personnel se sont confiés à nous concernant des problématiques liées au travail ou à leur vie personnelle. Nous avons interprété cela comme un indice de mise en confiance et avons veillé de manière rigoureuse à ne pas tromper ce

lien. Compte tenu de la nature de notre collecte de données, qui pouvait être considérée comme étant intrusive par le personnel infirmier, nous avons jugé primordial d'établir et de consolider une relation de confiance avec celui-ci. Ceci s'est effectué notamment par le biais de discussions informelles sur nos travaux, notre pratique clinique et certains sujets d'ordre personnel, mais également par notre participation aux activités de formation et l'accompagnement du personnel aux heures de repas.

Le contact initial, toutefois, a été facilité par le biais de la chef de santé mentale. Notre projet ayant nécessité l'implication de celle-ci et de la directrice clinique pour son approbation et pour faciliter l'accès au milieu, nous avons dû veiller à nous démarquer de cette alliance nécessaire mais potentiellement compromettante. Comme dans nombre de milieux de travail, les gestionnaires de l'UPP suscitent un sentiment de méfiance, de peur, de désillusion et parfois de mépris chez le personnel infirmier, tel que vu précédemment. Étant hautement sensible à cet état de fait, nous avons réduit les moments où nous pouvions être vue en discussion avec la chef de santé mentale et la directrice clinique et veillé à ce que nos rapports paraissent brefs et formels. Nous avons dû également minimisé nos excursions « à l'arrière ». Un bureau ayant été mis à notre disposition dans ce secteur pour nos travaux, nous avons opté de ne pas utiliser celui-ci et de nous installer dans le poste infirmier lui-même. Cet arrangement a nécessité une assiduité accrue afin de préserver la confidentialité des données en notre possession (ex : extraits de dossiers, notes de terrain, formulaires de consentement, enregistrements audio d'entrevue), dont à aucun moment nous ne nous sommes départie. Il a toutefois eu l'avantage de faciliter le contact avec le personnel infirmier et l'observation des interactions entre ce dernier, la clientèle de l'unité et le personnel de correction. En ce sens, nous avons nettement senti que nous avons ainsi « choisi un camp », mais il reste que ce type de dynamique – et les choix, tel que celui-ci, qui s'y rattachent – sont caractéristiques du milieu carcéral, où toute position « neutre » attise davantage la méfiance qu'une prise de position particulière.

Nous avons cherché jusqu'ici à mettre en lumière les dynamiques sociales et professionnelles propres à notre milieu de recherche. Elles permettent notamment de peindre un tableau de ce milieu et exposent le contexte dans lequel notre étude s'inscrit de même que la pratique du personnel soignant de l'unité d'admission de l'UPP. Cette étape de clarification du contexte est indispensable car elle permet de situer (historiquement, sociopolitiquement) l'un des éléments de la pratique infirmière, à savoir la rédaction des notes cliniques. Nous nous tournons maintenant vers cette dimension de notre projet, à savoir l'analyse des notes infirmières afin de saisir la manière dont le personnel infirmier « parle » de sa pratique et de la population qu'il soigne. Nous verrons dans un premier temps le format des notes examinées puis nous nous intéresserons à leur contenu dans une optique d'analyse de discours (entendue comme déconstruction de discours).

4.2. Notes cliniques infirmières : format et contenu

4.2.1. Format d'ensemble

La rédaction des notes évolutives suit un format très précis établi par l'UPP. Nous avons obtenu du chef de service une copie des documents énonçant les principes qui régissent la documentation des interventions infirmières. Ceux-ci commandent notamment :

- l'objectivité des énoncés
- l'absence de jugement subjectif
- la concision des propos
- la précision afin d'éviter toute interprétation
- une suite logique (chronologique) dans les éléments rapportés

La portée légale des notes d'observation est fortement soulignée, de même que leur utilité dans la planification et la continuité des soins (Service correctionnel du Canada, 1999).

L'apprentissage de l'écriture des notes évolutives constitue l'un des nombreux éléments qui situent les sciences infirmières sur le plan professionnel. L'utilisation d'un style impersonnel permet au rédacteur de délaissé et rendre invisible toute forme antérieure d'identité (Fairclough, 1995) qui risquerait de mettre en doute la légitimité des propos. Le style impersonnel et objectif tel que celui qui est requis du personnel infirmier dans les notes évolutives imprègne donc le texte d'une autorité diffuse et sans visage, mais qui sera reconnue par les consommateurs du texte en question.

Force est de reconnaître que les dossiers étudiés respectent généralement les principes ci-dessus à quelques exceptions près. Par exemple, les notes sont généralement dépouillées de toute composante subjective qui pourrait amener des éléments de jugement dans les propos. Par ailleurs, elles sont courtes et dénuées de détails permettant de saisir précisément le quotidien des patients et le progrès qu'ils pourraient avoir réalisé sur le plan thérapeutique. Ces principes ont donc tendance à purifier les énoncés de toute composante personnelle et répondraient donc aux exigences organisationnelles et professionnelles. Toutefois, le caractère rituel de ce type de rédaction situe le personnel infirmier comme un observateur constant et détaché et rend difficile la compréhension des soins prodigués ainsi que leur portée sur l'état général du patient, tel que nous le verrons sous peu.

Nous avons choisi d'examiner la documentation clinique relative aux dix premiers jours d'admission pour chaque patient puisque nous espérons ainsi obtenir des notes plus détaillées en regard de la condition des patients. En effet, ceux-ci étant usuellement admis dans un contexte de décompensation de l'état mental, nous nous attendions à ce que les interventions infirmières soient plus fréquentes en début de séjour à l'unité et que cela soit reflété dans la documentation clinique.

Chacun des dix dossiers a été examiné afin de déterminer le nombre d'entrées effectuées et le genre des intervenants ayant rédigé ces entrées. Nous avons également

déterminé le quart de travail pendant lequel ces entrées avaient été rédigées. Ces données sont résumées dans le tableau 4.1. Au total, nous avons examiné 421 entrées.

Les dossiers ne comportent habituellement qu'une seule entrée par quart de travail, qui présente en rétrospective les comportements du patient ayant retenu l'attention de l'infirmier(e) pendant cette période. Les entrées varient généralement entre quatre et huit lignes de longueur et toutes arborent les mêmes éléments, à savoir les activités du patient pendant le quart de travail, l'administration d'une médication d'appoint pour gérer des comportements agités ou perturbés (médication PRN) et, de manière générale, si le patient a fait l'objet d'interventions particulières.

		Dossier #1	Dossier #2	Dossier #3	Dossier #4	Dossier #5	Dossier #6	Dossier #7	Dossier #8	Dossier #9	Dossier #10
Sexe des intervenants	Femmes	38	17	14	31	33	36	38	37	14	5
	Hommes	19	26	13	14	10	17	20	16	13	4
Quart de travail	Jour	22	11	11	20	15	18	19	16	6	4
	Soir	23	21	8	17	16	21	25	22	22	5
	Nuit	12	11	8	8	12	14	14	15	11	0
Nombre d'entrées		57	43	27	45	43	53	58	53	33	9
Total des entrées		421 entrées									

Tableau 4.1 : Répartition des notes évolutives infirmières.

Les notes commencent habituellement par le niveau d'isolement dont le patient fait l'objet, de même que la cellule à laquelle il est assigné. Ces deux informations signalent notamment au personnel de relève le degré de risque (auto- ou hétéro-agressif) que peut présenter le patient et s'il y a une surveillance particulière en cours. Afin de clarifier ces éléments, nous avons obtenu la grille détaillant chaque niveau d'isolement et ses caractéristiques. Les niveaux vont de l'isolement préventif à l'intégration sur l'unité et la grille précise les particularités de chacun, à savoir le recours ou non à la surveillance par caméra, la fréquence des tournées (ex : 15, 30 minutes), les articles autorisés et interdits en cellule et l'horaire à suivre (repas, heures de sorties, distribution des médicaments, fouille des cellules, décompte des patients, douche, etc.). Le tableau 4.2 offre un bref récapitulatif de ces niveaux.

Bien que les notes examinées s'étendent sur les dix premiers jours d'admission, on ne distingue pas une démarche de soin particulière visant à établir un contact, identifier les problématiques prioritaires et des objectifs de soin. Les trois extraits suivants, choisis de façon aléatoire, ont été rédigés un, trois et cinq jours suivant l'admission de trois patients différents, par trois intervenants différents (nous indiquons le genre de l'intervenant (H ou F) et le quart de travail (QJ, QS, QN) pendant lequel la note a été rédigée) :

Fonctionne bien, suit la routine. Calme, socialise avec quelques pairs. Adéquat dans ses demandes (Dossier #9, H, QJ, 1 jour post-admission).

Circule selon niveau, sorti pour fumer, calme, aucune plainte, aucune demande particulière, rien à signaler (Dossier #4, F, QS, 3 jours post-admission).

Calme, sort dans la salle commune à l'occasion, socialise peu avec co-détenus, passif, refuse de sortir dans la cour, aucune plainte, aucune demande particulière formulée (Dossier #2, F, QJ, 5 jours post-admission).

Niveau	Type d'isolement	Surveillance par caméra	Fréquence des rondes	Particularités
IP	Isolement préventif	non	Surveillance régulière	Isolement à la détention
1	Isolement clinique sous caméra	oui	15 minutes	Gestion de l'urgence suicidaire Tranfert au centre de soins pour la nuit
2	Isolement clinique sous caméra	oui	30 minutes	Gestion de risque suicidaire élevé Tranfert au centre de soins pour la nuit
3	Isolement clinique sous caméra	oui	Surveillance régulière	Gestion de risque suicidaire modéré
4	Isolement clinique sous caméra	oui	Surveillance régulière	Observation clinique de l'état mental
5	Isolement clinique sans caméra	non	Surveillance régulière	Observation clinique du comportement
6	Isolement clinique sans caméra	non	Surveillance régulière	Intégration progressive
7	Intégration au secteur d'admission	*non	Surveillance régulière	Intégration au secteur

Tableau 4.2 : Niveaux d'isolement clinique.

Contrairement à notre attente, les notes ne sont pas détaillées et ne reflètent pas d'évaluation périodique de l'état mental des patients, bien que le motif d'admission de ceux-ci repose en principe sur une décompensation psychique. La note suivante, extraite d'une fiche de liaison, indique le processus ayant amené un détenu à être admis à l'UPP afin d'y être évalué. Cette note, semblable aux notes de liaison des autres dossiers, indique clairement la nécessité d'évaluer le patient en question :

Le détenu a été référé au comité multi du 16 novembre 2006. Il serait très anxieux, démuni +++ selon les infos. Il aurait déjà été à [une autre institution psychiatrique] dans le passé. Sujet qui en est à sa première sentence fédérale. Admis à [un établissement pénitentiaire] depuis septembre dernier. Il est en début de sentence. Au pavillon, il est observé que le détenu est très démuni et les co-détenus profitent de la situation. (...) Une évaluation

neuropsychologique aurait été proposée. Détenu qui pourrait avoir une déficience intellectuelle. Décision : faire évaluer le cas en soins ambulatoires et faire venir ses dossiers antérieurs. Cependant avec les nouveaux événements, il est convenu d'admettre le sujet [à l'UPP] pour évaluation plus approfondie (Dossier #4, fiche de liaison, F).

La seule évidence d'évaluation formelle de l'état mental relevait de l'entretien d'admission. Bien qu'à quelques reprises nous ayons constaté une évaluation exhaustive subséquente, celle-ci était presque toujours réalisée par un psychologue. Ceci nous a initialement amenée à nous demander si les infirmier(e)s délaissaient cette composante de leur pratique à d'autres professionnels. Toutefois, cette hypothèse pour le moins singulière s'est avérée démentie au fur et à mesure qu'ont progressé notre analyse des dossiers et nos entretiens avec le personnel infirmier. En effet, les informants interrogés ont tous insisté sur le fait que l'évaluation de l'état mental constituait la raison première de leurs fonctions à l'UPP et estimaient qu'il s'agissait là d'un rôle infirmier fondamental. Par ailleurs, quelques notes évolutives se démarquent de l'ensemble des dossiers en raison de leur composante évaluative, bien que ces notes constituent nettement une exception plutôt qu'une norme.

Le personnel infirmier que nous avons côtoyé se fie peu aux dossiers dans sa recherche d'information au sujet d'un patient. Les renseignements sont le plus souvent communiqués de manière verbale entre les membres et cette communication s'effectue au moment des rapports de fin de quart, lors des réunions cliniques et également de manière informelle. Si plusieurs participants ont estimé que les notes évolutives renvoient un véritable portrait clinique des patients et le sens d'un progrès réalisé sur le plan thérapeutique, nous avons constaté lors de nos visites à l'unité que les membres du personnel infirmier n'ont typiquement recours au dossier que pour y inscrire leurs propres notes ou y insérer des documents et non pas consulter les notes de leurs pairs. Par ailleurs, s'ils ont besoin d'une information précise au sujet d'un patient, ils tendent à

consulter le « cahier de bord », un livre dans lequel diverses notes sont manuscrites (telles que les notes de réunions cliniques) ou, plus souvent, ils posent la question à un ou plusieurs collègues, ce qui confirme une tradition orale de transmission de l'information qui a déjà été relevée dans des écrits antérieurs (voir par exemple Heartfield, 1996 ; Parker & Gardner, 1992). Ces participants reconnaissent toutefois le caractère routinier et rituel de la documentation des interventions, de même que la répétition inévitable de l'information à travers les multiples documents et formulaires qu'ils doivent compléter dans le cadre de leurs fonctions :

Tu as le cahier de bord, tu as une feuille spéciale quand il faut que tu mettes sous [contention] Argentino, tu as le dossier, il faut que tu fasses une note d'observation... Dans le fond, ça devient redondant et à un moment donné, l'information va se perdre à quelque part. Parce que si tu as à faire valoir ton information à quatre places différentes, c'est sûr qu'elle peut pas être quatre fois pareil. Impossible (Informant MA-12, lignes 2030-2035).

Nous n'avons noté aucune différence entre les notes écrites par les infirmières et les infirmiers. Par contre, il y a une nette différence selon le type de formation infirmière obtenu. Ainsi, les détenteurs d'un baccalauréat universitaire employaient un langage plus professionnel reprenant des termes du répertoire psychiatrique, comparativement à leurs collègues détenteurs d'un diplôme collégial. Par ailleurs, leurs évaluations sur le plan psychiatrique étaient plus fréquentes, plus complètes et reflétaient un processus nettement plus engagé auprès des patients. Les deux extraits ci-dessous illustrent cette différence, le premier ayant été rédigé par un infirmier titulaire d'un baccalauréat universitaire, le second par un infirmier détenteur d'un diplôme collégial, au sujet d'un même patient :

Monsieur est égal à lui-même aujourd'hui, ses propos sont même un peu plus décousus, il saute du coq à l'âne plus qu'à l'habitude (...). Face à l'inconnu, M. semble se désorganiser un peu plus sans décompenser toutefois. Nous avons ensemble abordé la présence d'éléments paranoïdes. M. rapporte des idéations de persécution, il se dit que les autres complotent souvent contre lui (...). Il me parle souvent de sa famille (...). Aussi, il cherche à s'autonomiser [sic] tout en manifestant une forte

dépendance, il présente nombre de difficultés d'adaptation, arrive mal à composer avec son environnement (...). Nous avons discuté de la possibilité d'un placement sur [l'unité de réinsertion]. Monsieur, bien qu'insécure, semble d'accord avec cette possibilité. (...) Je lui ai demandé d'écrire une lettre de présentation pour [l'UPP] et il est alors devenu anxieux, il a voulu que je l'aide, il s'est senti un peu perdu. Après avoir été rassuré sur la légitimité de ses besoins, il a accepté de procéder sans aide (Dossier #1, H, QJ).

Calme et conformiste, s'alimente bien au souper, recherche contact ++, demandant et volubile par moments. Demeure tout de même dans les limites, répond bien à l'encadrement ferme et chaleureux. Prend sa médication, s'acquitte de sa tâche de nettoyeur (Dossier #1, H, QS).

L'un des aspects marquants des notes évolutives réside dans le fait qu'elles constituent l'empreinte d'une tranche précise du parcours d'un contrevenant pendant sa sentence. Nous désirons aborder cet aspect par le biais d'un concept essentiel, à savoir la *carrière morale* du patient de l'UPP.

4.2.2. La « carrière morale » du patient psychiatisé

Lors d'une admission à l'unité d'admission, le personnel infirmier est responsable, entre autres, de l'entrevue d'admission (pendant laquelle est complété le formulaire d'admission), de l'évaluation du risque suicidaire, de la prise du poids et des signes vitaux et de faire signer au patient le formulaire de consentement aux soins. Un document énonçant les règles de l'unité est également remis à ce dernier. Si ce processus permet d'orienter le patient à travers l'unité et de favoriser une prise de contact avec le personnel infirmier, il assure également l'établissement d'un code de conduite qui régit les interactions entre les deux parties. En étant admis dans cette unité, le patient doit assumer certaines responsabilités, telles que reconnaître tout comportement qui n'est pas conforme avec l'ordre de l'unité (et de manière plus large, l'ordre social), les moments ou les circonstances où surviennent (ou risquent de survenir) des épisodes psychotiques, des modes d'interaction sociale dysfonctionnels, etc. Après l'identification de situations

problématiques, le patient doit, avec l'aide et le soutien du personnel infirmier, acquérir des aptitudes et des réflexes qui lui permettront de gérer au mieux ces situations.

Les personnes admises à l'UPP peuvent présenter des signes très différents qui suggèrent une perturbation de l'état mental. La population de ce centre, tout particulièrement de son unité d'admission, est pour le moins hétéroclite. Par ailleurs, certaines de ces personnes insistent sur leur caractère individuel qui les situe à part et les distingue de leurs pairs. Il faut toutefois souligner qu'une fois admis au centre de traitement psychiatrique, les patients se fondent plutôt dans une uniformité certaine, qui se manifeste notamment par des modes de traitement type. En ce sens, l'hospitalisation psychiatrique marque un tournant significatif dans l'existence d'une personne, en modifiant complètement ses schèmes de référence habituels, notamment en regard de ses rôles sociaux. Il est difficile de poursuivre plus avant cet axe de réflexion sans nous référer aux écrits d'Erving Goffman ([1968] 1998), portant sur les processus sociaux entourant le « malade mental », qui a entre autres développé la notion de *carrière morale*. Cette dernière sous-tend une portion importante de notre analyse. Par conséquent, les prochaines pages viseront à présenter ce concept et à le mettre en lien avec notre analyse des notes infirmières.

Une analyse de la carrière morale du patient psychiatisé débute avec le constat que ce concept permet un pont entre les sphères privée et publique. Dans le premier cas, il touche aux questions d'image et d'estime de soi et de l'identité ; dans le deuxième cas, il renvoie au cadre des relations sociales (Goffman, [1968] 1998). Ces deux sphères subissent de profondes transformations lors de l'admission du patient au centre psychiatrique, si bien qu'à travers les considérations liées à la carrière morale, c'est la question de la personne qui est abordée sous l'angle de l'institution. Goffman identifie trois phases de la carrière morale (pré-hospitalière, hospitalière, post-hospitalière), mais nous désirons nous attarder sur la seconde, qui s'étend entre l'admission et le congé.

Les personnes qui intègrent l'hôpital psychiatrique diffèrent par leur personnalité propre et par les symptômes psychiatriques qu'ils présentent. Avant leur admission, elles constituent un ensemble disparate ; toutefois leur internement marque leur sujétion à des modalités identiques pour toutes, modalités qui petit à petit effacent les distinctions et uniformisent l'ensemble (Goffman, [1968] 1998). L'accueil représente la première de ces conditions, alors qu'il suit un format standard que l'on pourrait qualifier de rituel. La personne se voit inscrite au registre des patients, fouillée et pesée. Ses effets personnels lui sont retirés ; dans certains cas, des photos ou des empreintes digitales sont prises. Elle est contrainte de se déshabiller et de se doucher avant d'être soumise à un examen physique. Des vêtements peuvent être fournis par l'institution elle-même alors que les vêtements personnels sont étiquetés et entreposés. Des explications sont fournies quant au fonctionnement du milieu (horaires, permis de circulation, visites, activités thérapeutiques, inspections, accès au téléphone, etc.) et les règlements sont remis. L'admission se termine avec l'accompagnement de la personne à la chambre ou la cellule qui lui a été assignée.

La phase hospitalière de la carrière morale se caractérise notamment par l'organisation et le contrôle de tous les aspects de la vie d'un individu. Les éléments usuels sur lesquels chaque patient érige sa personnalité (son moi, dirait Goffman) sont éliminés en raison de leur caractère symbolique : vêtements, articles de toilette, routine quotidienne (repas, hygiène, sorties), modes de conversation, aménagement de l'espace de vie – tout ce qui signale les attributs d'une identité et qui maintient le patient dans un fonctionnement social passé. Le patient se voit confiné dans des activités « dont les implications symboliques sont incompatibles avec la conception qu'il a de lui-même » (Goffman, [1968] 1998, p. 65). La vie en commun avec des étrangers ronge l'intimité à laquelle il est habitué et la promiscuité engendrée par l'organisation de l'espace profane sa vie privée. Goffman ([1968] 1998) désigne cet enchaînement comme un processus d'acculturation visant à

éliminer les comportements individuels et distincts, alors que l'horaire strict et les activités planifiées auxquels sont soumis les patients en créent de nouveaux, uniformes ceux-là.

L'homogénéité qui s'établit progressivement au sein d'une population psychiatisée représente, selon Goffman ([1968] 1998), le fruit d'un processus immuable et puissant de conformation des personnes selon des rituels cristallisés :

Constater que le statut uniforme de malade mental peut assurer à un ensemble d'individus une destinée commune, voire, par sa seule puissance, un caractère commun ; constater en outre que ce remodelage social peut affecter les humains les plus irréductiblement hétéroclites qu'une société puisse présenter, c'est mesurer la puissance des forces sociales (p. 181).

La « reconstitution du moi » s'impose rapidement au patient qui désire préserver ou sauvegarder la représentation qu'il a de lui-même. Cela peut impliquer d'exagérer, de diminuer ou de dissimuler certains faits qu'il rapporte à l'équipe soignante ou à ses pairs, mais dans le cas où la « vraie » version est connue du personnel, l'illusion ainsi créée confirme la perte de contact avec la réalité dont souffrirait le patient et nourrit le diagnostic qui lui est attribué. Le patient se voit ainsi contraint de reconstituer son histoire en vertu de son sentiment de ce qu'il est ou doit être et de sa compréhension des règles régissant les rapports sociaux. L'aspect moral de la carrière fait donc référence aux

modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentations par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres (Goffman, [1968] 1998, p. 179-180).

Par conséquent, la carrière morale s'inscrit et s'organise dans les contingences d'une structure institutionnelle dotée d'un système complexe de relations personnelles et professionnelles (tel qu'un centre psychiatrico-carcéral).

L'admission du patient sur une unité de soins telle que notre milieu de recherche annonce le début de sa carrière morale (hospitalière) et devrait s'accorder avec la disposition du patient à tirer profit du cadre thérapeutique qu'il intègre afin de travailler sur

certaines aspects jugés problématiques. Ainsi, la signature du consentement marque-t-elle l'acceptation du patient d'agir tel qu'il sera attendu de lui, c'est-à-dire d'endosser un rôle de récipiendaire de soins et de se soumettre aux conditions implicites de ce rôle. Le consentement permet donc de juger de la compréhension – et de l'acceptation – par le patient de sa pathologie. En apposant sa signature, ce dernier confirme son statut de patient en besoin de soins psychiatriques, entame la construction de cette identité et la signale au personnel infirmier, de même qu'à tous les autres acteurs du milieu. Les responsabilités de chacun envers l'autre sont alors précisées et le personnel soignant orientera ses attentes, ses interventions – et ses notes cliniques – en conséquence.

L'on peut donc affirmer que l'entretien d'admission, symbolique à de multiples niveaux, marque le début de la « carrière » de la personne incarcérée psychiatisée, et, pour certains membres du personnel infirmier, sa conversion de *détenu* à *détenu-patient*, selon la terminologie employée à l'UPP (nous reviendrons à l'usage de ce terme dans les sections 4.2.2.2 et 4.2.2.4). Le terme « carrière » nous semble approprié ici, si l'on se fie aux propos de Parizot (2003, p. 11) :

Toute carrière a, en effet, un début : il peut s'agir d'un événement ponctuel ou d'une période plus ou moins longue, au cours desquels l'individu est socialement désigné comme porteur des marques d'un groupe stigmatisé.

Des symptômes psychiatriques peuvent constituer de telles marques et sous-tendent systématiquement les motifs d'admission d'une personne dans une institution psychiatrique. Selon les fiches de liaison examinées dans le cadre de notre projet, l'admission était systématiquement motivée par l'observation de comportements anormaux ou à risque, perçus par les requérants comme pouvant découler d'un désordre psychiatrique. Bien que la manifestation initiale de ces comportements pourrait être considérée comme le véritable commencement de la carrière morale des patients psychiatisés, nous choisissons expressément comme point de départ l'admission de ces

derniers à l'UPP car nous estimons que la problématisation de ces comportements est indispensable à la considération d'une carrière morale dans un contexte de psychiatrie. L'admission à l'UPP formalise donc cette problématisation et déclenche un processus complexe de prise en charge et de traitement.

En milieu correctionnel, l'étiquette psychiatrique constitue à la fois un atout et un fardeau. Il permet à ceux qui la reçoivent d'accéder à un milieu souvent considéré comme plus calme, où ils bénéficient d'un contact humain plus soutenu et où des professionnels les écoutent et s'occupent d'eux. Selon certains participants, des détenus iraient même jusqu'à feindre un désordre psychique afin d'être transféré à l'UPP, ce qui illustrerait la représentation que de nombreux détenus ont de cette dernière.

La grosse majorité n'arrive pas nécessairement en crise, on dirait qu'ils guérissent dans l'autobus. Le tableau qu'on a avant puis le tableau qu'on a là ne concordent pas toujours. (...) peut-être que de venir ici c'est sécurisant, peut-être que dans les populations régulières le stress est trop important, mais on a différentes réactions des gars qui arrivent chez nous (Informant RE-14, lignes 295-303).

C'est plus calme dans [l'UPP], c'est plus calme, les détenus disent que c'est plus calme, alors ils viennent se reposer ici. Surtout si tu as un problème en santé mentale, tu as pas envie d'avoir la pression des autres, de te faire prendre sur les bras [d'être persécuté]. (...) ils trouvent ça plus calme, il y a moins de pression des pairs. Il y en a là, je dis pas qu'il y en a pas, mais il y a moins de drogues qui circulent, c'est plus clinique. C'est plus thérapeutique, il y a plus d'intervenants, ils se sentent plus écoutés, ils sentent qu'ils ont plus d'aide (Informant MA-14, lignes 512-541).

Par contre, « être psychiatrique » signifie également se situer au bas de la hiérarchie des détenus. Ceux-ci désignent leurs pairs psychiatisés comme des « soucoupes », un terme parfois repris dans le langage courant des officiers.

Des soucoupes oui, parce que les détenus emploient ça entre eux autres. Ils se traitent de soucoupes. Des soucoupes, c'est quelqu'un qui a un problème de santé mentale (Informant MA-14, lignes 95-97).

En ce sens, nombre de patients s'efforcent d'établir une distinction entre eux et leurs pairs et tiennent à préciser au personnel qu'ils sont à l'UPP pour se reposer (une expression souvent reprise par le personnel infirmier, tel que dans l'extrait ci-dessus) et non pas parce qu'ils sont « malade mental » comme les « autres ». Cette mise au point fait écho aux écrits de Goffman ([1968] 1998) en regard de la résistance du patient à l'égard de son admission. Une telle spécification est déterminante dans la construction par le patient de sa propre identité et signale au personnel soignant les éléments de sa carrière « psychiatrique » qu'il est prêt à accepter et ceux qu'il rejette. Selon Parizot (2003), il s'agit d'un effort de négociation du statut et de l'identité face à une expérience discréditée, qui se caractérise notamment par l'apprentissage d'un nouveau rôle, de nouvelles responsabilités et des modes d'interaction sociale précis. Toutefois, cet apprentissage peut dévier des attentes du personnel soignant et ne pas correspondre à l'identité du patient telle qu'il la conçoit. Dans le cas où cette divergence provoque de l'incompréhension et de la frustration tant chez les patients que les infirmier(e)s, des échecs sur le plan thérapeutique sont possibles, ce qui peut entraîner une redéfinition de l'identité du patient par les intervenants et l'apposition d'étiquettes telles que « non collaborant », « réfractaire » et « fermé au traitement » (voir section 4.2.3.3. à cet effet).

Il faut préciser que ce type de classification (collaborant, non collaborant) est fondamental au fonctionnement de l'hôpital psychiatrique, car elle permet de répartir les patients, de cibler les interventions et d'instaurer la hiérarchie indispensable au « projet psychiatrique ». La classification (ou catégorisation) se fait à de multiples niveaux : le sexe, l'âge, le diagnostic, l'aiguïté ou la chronicité du trouble mental ou encore le potentiel de rétablissement constituent des facteurs usuels de l'administration de l'institution psychiatrique pour répartir ses internés. Toutefois, Goffman ([1968] 1998) estime que d'autres critères poussent plus loin encore la catégorisation des patients. L'un d'eux repose précisément sur la collaboration du patient et s'accompagne « d'outils » visant à

assurer cette dernière : système de privilèges, cellule d'isolement, surveillance particulière, permissions de circuler, etc. La collaboration du patient constitue l'un des objectifs premiers du traitement : elle sert à la fois de pilier à ce dernier et de signe de recul de la maladie mentale. Outre la collaboration, le risque que représente le patient sert également à catégoriser les patients et oriente les interventions et le plan de traitement.

Notre réflexion portant sur la carrière morale telle qu'analysée par Goffman ([1968] 1998) nous permet de situer le processus d'admission comme un tournant dans l'existence de la personne psychiatisée. Dans les extraits de dossiers examinés, les notes d'admission illustrent avec justesse la manière dont s'opère ce tournant. Les prochaines pages visent donc à dégager des notes infirmières les éléments signalant l'amorçage puis le maintien de la carrière morale des patients admis à l'UPP.

a) Notes d'admission : inauguration de la carrière morale du patient psychiatisé

Sur les dix dossiers consultés, tous présentent une note d'admission se démarquant fortement de toutes les autres. Ces notes introductives, dont la majorité s'étendent sur une page ou plus, montrent un processus d'évaluation approfondi. Des propos des patients sont souvent rapportés verbatim, notamment en regard de la réaction de celui-ci vis-à-vis son admission à l'UPP. Les notes incluent généralement les éléments suivants, que nous illustrons au moyen d'une note d'admission standard (Dossier #9, F, QS) :

- réaction initiale vis-à-vis l'admission à l'UPP, collaboration ou absence de collaboration :

Sujet arrive à l'unité d'admission, se dit volontaire à venir à [l'UPP]. Calme et collaborant. Vu pour entrevue initiale. SV : TA 104/70, P 76, R 12, T 36.4, poids 160 lbs. (...) Dit être admis pour trouble d'adaptation, se sentait menacé par les autres détenus mais dit ne pas vouloir en parler.

- éléments portant sur le passé du patient (qui pourraient notamment avoir contribué à la situation actuelle) et événements précédant son admission :

Dit avoir été hospitalisé à plusieurs reprises à [hôpital psychiatrique] entre 1995 et 2000 pour psychose. Accuse hallucinations visuelles lorsque fatigué. (...) Consommation d'alcool et de drogues dures importante, sous traitement de méthadone ~2 ans.

- évaluation reprenant l'ensemble des aspects de l'état mental, tel que l'affect, le cours de la pensée et la manifestation ou l'absence de délire ou d'hallucination :

Voit des trappes à rat et parfois entend les rats gratter, se sent capable de garder un contrôle, devient plus anxieux lors de la présence d'hallucinations auditives. Ø délire spontané, auto-critique partielle, compréhension ralentie de questions simples, conscient qu'il a des déficits importants pour son âge.

- actions de l'infirmier(e) selon les informations obtenues :

Instaurons niveau 7 à la cellule X [cellule régulière], car Ø idéation auto-mutilatoire, suicidaire ou hétéroagressive. S'intègre bien en salle commune, se présente et puis socialise avec ses co-détenus. Appel fait au Dr. X, Rx de Seroquel 25mg 1 co PRN.

L'extrait décomposé ci-dessus montre l'organisation de l'entretien qui permet une collecte de données complète, mais il met également en valeur la terminologie employée pour décrire cet entretien, qui reprend largement des termes techniques issus du lexique psychiatrique. Ce langage est standardisé à travers les notes d'admission et constitue un point de divergence avec les notes infirmières régulières, qui présentent souvent un langage familier issu du vocabulaire courant. Tant les données objectives que subjectives sont rapportées, ce qui permet de situer les interventions décrites en fin de note.

Nous avons identifié dans les notes d'admission plusieurs éléments signalant l'inauguration d'une carrière morale telle que la conçoit Goffman. Les procédures d'admission suivent la même séquence pour tous les patients et cette séquence est visible dans les notes d'admission. Tout d'abord, les personnes admises à l'UPP doivent passer

un entretien d'admission avec un membre du personnel infirmier afin que soit réalisée la collecte de données initiale. Cette dernière vise à faire le point sur les événements précédant l'admission et à obtenir toute information pertinente (difficultés pendant l'enfance, antécédents familiaux, consommation de substances, etc.). La propension du patient à en discuter, de même que sa réaction en regard de son admission font également l'objet d'une évaluation. Tel que vu précédemment, cet entretien permet notamment d'établir la compréhension du patient de sa condition et l'acceptation de celle-ci. Des termes tels que « compréhension » ou « *insight* » sont indicateurs d'une telle évaluation. Sa réaction vis-à-vis son intégration au centre de traitement est également notée. Dans l'extrait ci-dessus, il s'agit de la première observation (ex : le patient est calme et volontaire), ainsi que la participation du patient au processus (ex : le patient est collaborant et répond aux questions ou, au contraire, refuse de répondre). L'évaluation de l'état mental suit, en détails. Dans le cas où le patient ne répond pas aux questions de l'évaluateur ou nie la nécessité de son admission, la fiche de liaison peut servir de contrepartie et amener le patient à reconnaître son besoin de traitement. Tel que vu précédemment, cette évaluation contribue à catégoriser davantage le patient. Il n'y a pas d'évidence de cette « manœuvre » dans les dossiers obtenus. Toutefois, lors de deux de nos visites, deux infirmières ont souligné l'utilité de la fiche de liaison dans la conduite de l'entrevue d'admission, afin de mettre le rapport de l'infirmière de liaison en contraste avec les propos d'un patient. Selon elles, les propos d'un patient peuvent être démentis ou du moins mis en doute grâce à ce document, qui peut donc servir à disqualifier le discours du patient et donner un aperçu, aux dires de ces deux infirmières, de son « auto-critique » ou de son « jugement ».

Un formulaire d'estimation du risque suicidaire est également administré au patient, ce qui sera déterminant dans l'assignation de sa cellule et l'instauration d'une surveillance particulière. Le fonctionnement du milieu lui est expliqué, les règlements lui sont remis et

l'évaluateur lui fait signer le consentement au traitement. Le patient doit se soumettre à un examen physique afin d'enregistrer certains de ses paramètres biologiques et plusieurs devront également prendre une douche au Lindane. Le patient est transféré à sa cellule et l'infirmier(e) qui a mené l'entretien appelle le psychiatre de garde afin de l'aviser de l'admission, confirmer le niveau d'isolement instauré et noter la prescription d'une médication PRN. Il est à noter que cette médication est toujours la même d'un dossier à l'autre, en dépit des portraits cliniques variés des patients.

b) *Notes quotidiennes : poursuite de la carrière morale du patient psychiatrisé*

Nous avons établi précédemment que les notes infirmières d'admission diffèrent fortement des notes quotidiennes inscrites aux dossiers. Les notes quotidiennes comportent typiquement entre 4 et 6 lignes pour tout un quart de travail, à moins d'un événement particulier. Ces notes constituent le fruit des observations du personnel infirmier pendant cette période. Contrairement aux notes d'admission, le vocabulaire employé est plutôt tiré du langage courant, voire familier. Certains termes sont par ailleurs sujets à interprétation ; c'est le cas par exemple de mots tels que *adéquat*, *gérable* et *conformiste*. Ces termes ne sont pas définis, c'est-à-dire que la pensée (ou l'observation) du narrateur n'est pas précisée. Cela laisse entendre qu'une telle spécification n'est pas nécessaire car sous-entendue. En ce sens, le lecteur est laissé à lui-même quant à la compréhension de telles expressions, qui peuvent se voir attribuer autant de définitions qu'il y a de « consommateurs » des notes infirmières.

Il faut donc contraster un terme tel que *gérable* avec le reste de l'information contenue dans les notes. Les propos des patients étant peu rapportés, tout lecteur se fie donc aux observations des comportements des patients. Il est intéressant de noter que les observations rapportées dans les dossiers se limitent aux comportements et aux activités observables à partir du poste infirmier. Compte tenu de la disposition des lieux et des

caméras, le personnel infirmier peut, à partir du poste, observer l'activité se déroulant sur la majeure partie de l'unité (à titre de rappel, seules les cellules régulières et certaines cellules d'isolement ne sont pas équipées de caméra). Lors de nos observations, nous avons constaté que le personnel infirmier circule rarement dans les aires communes de l'unité d'admission. Ses activités se limitent au poste infirmier et il peut donc s'ensuivre que les comportements documentés dans les notes sont ceux pouvant être observés de ce point. Dans la même ligne de réflexion, si la majorité des activités infirmières y ont lieu, on peut en déduire que les interactions avec les patients seront peu nombreuses. Ce constat est reconduit dans les extraits cliniques examinés, qui montrent peu d'évidence de contacts entre le personnel soignant et les patients. Dans l'ensemble, les propos des patients sont peu rapportés, sauf dans certaines descriptions de situations particulières ou de conflits. Au fur et à mesure de notre lecture des notes quotidiennes, il nous a semblé que le personnel infirmier joue un rôle pour le moins effacé, en ce sens que les évaluations de l'état mental par ce dernier sont rares, en dépit du mandat de l'unité d'admission. Nous avons établi précédemment que ces évaluations sont presque toujours réalisées par les psychologues de l'UPP et que les évaluations du personnel infirmier demeurent une exception. D'autre part, nous n'avons pas noté d'indication sur la progression d'un traitement. Nous avons émis l'hypothèse que cela puisse être attribué au fait que nous avons choisi d'étudier les dix premiers jours d'admission de chaque patient, ce qui pourrait constituer un délai trop court pour apprécier l'efficacité d'un plan de traitement. Toutefois, cette omission est renforcée par le fait que les notes ne comportent aucune référence aux objectifs thérapeutiques poursuivis et la démarche de soins sur laquelle l'élaboration du plan de traitement doit reposer est pour le moins invisible. Par ailleurs, deux patients ont été transférés sur une autre unité avant le terme des dix jours, signalant une stabilisation de leur état même si les notes évolutives ne reflètent d'évaluation à la suite de laquelle cette décision clinique aurait été prise. Dans l'ensemble, les notes infirmières sont

nettement axées sur les activités d'observation du personnel infirmier, ce qui confirme la mission sécuritaire de l'UPP et dissimule son volet thérapeutique.

À moins d'un événement particulier, toutes les notes (pour les quarts de jour et de soir) accusent une routine précise d'écriture en se calquant sur le modèle suivant :

- niveau d'isolement du patient
- cellule assignée
- état général du patient (principalement « calme » et « conformiste »)
- utilisation par le patient de la salle commune pour circuler ou regarder la télévision
- utilisation de la cour extérieure pour fumer et marcher
- socialisation avec les pairs ou le personnel
- adéquation de l'alimentation
- collaboration en regard de la prise de médication
- plaintes ou demandes particulières

Cette organisation relève d'une règle implicite plutôt que d'un modèle formel imposé au personnel infirmier, ce qui confère à cette « règle » un caractère local (propre à l'unité d'admission) et anonyme. Les notes se terminent presque systématiquement par la phrase « Aucune plainte, aucune demande particulière », qui peut être perçue comme une explication à l'absence d'interactions entre l'infirmière et le patient.

Le modèle de rédaction ci-dessus atteste d'une certaine conformité en regard des observations qui sont faites sur les patients et sur la perception de leurs comportements. Le concept de carrière morale élaboré précédemment permet de mettre en évidence la mise en place d'un processus de conformation auquel est soumis le patient qui intègre l'hôpital psychiatrique (Goffman, [1968] 1998). Ainsi, bien que tous les patients soient différents et présentent des caractéristiques particulières au niveau de l'état mental, il y a conformité dans les traitements instaurés, dans les interventions infirmières et dans les

notes cliniques subséquentes. C'est donc sans grande surprise que l'on constate une forte homogénéité dans les notes infirmières d'un dossier à l'autre. Les extraits suivants, tirés de quatre dossiers différents, illustrent cette constatation. Ils ont été rédigés cinq jours suivant l'admission pendant le quart de jour. Nous avons sciemment choisi les dossiers de patients admis pour des motifs variés :

- comportement retiré et à risque vis-à-vis les pairs (délation) :

Calme à la salle commune où il socialise de façon adéquate avec pairs. Ø plainte ce jour de sa part (Dossier #6, F, QJ).
- déficience intellectuelle :

Circule selon niveau, il présente un comportement calme et conformiste. Mesures de sécurité toujours en place lors des sorties x2. Ø plainte, Ø demande (Dossier #4, F, QJ).
- délire à caractère religieux et hallucinations auditives :

Calme à la salle commune. Socialise un peu avec pairs. Regarde TV. Ø de plainte de sa part (Dossier #3, F, QJ).
- trouble d'adaptation au milieu carcéral et gestes auto-mutilatoires :

Calme, plutôt retiré en cellule, sort fumer dans la cour avec co-détenus, socialise, poli dans ses demandes, tolère bien les délais, euthymique. Refuse son Loxapac et Bénadryl au dîner, enseignement fait. Aucune plainte formulée (Dossier #7, F, QS).

Ces portions de notes illustrent bien à notre avis l'un des effets du processus de conformation dont discute Goffman ([1968] 1998). Bien que ce dernier n'ait pas explicitement établi ses effets sur la documentation clinique du personnel soignant, l'on peut saisir sans mal que la conformité des interventions soignantes auprès des patients est nécessairement reconduite dans les notes infirmières. Il serait par conséquent impossible de lier les extraits ci-dessus à un dossier précis compte tenu de leur caractère homogène et rituel (nous élaborons cet aspect des notes dans la section 4.2.4.4., qui traite

de la pratique infirmière socialisée). Nous sommes donc d'avis que les notes infirmières quotidiennes constituent un reflet du prolongement de la carrière morale du patient en tant que patient-psychiatisé.

À la lumière des exemples de notes ci-dessus, la construction du patient par le biais de la documentation clinique infirmière repose sur des éléments autres que le diagnostic psychiatrique lui-même. Nous sommes d'avis que ces éléments émergent des observations du personnel infirmier et des annotations subséquentes aux dossiers. Malgré l'uniformité de ces dernières, il est possible de dégager diverses identités attribuées aux patients, identités qui sont le fruit des perceptions du personnel infirmier à l'égard des personnes qu'il soigne et du discours qu'il tient à son égard dans la documentation clinique. La prochaine section vise précisément à dégager ces identités à partir des notes examinées.

4.2.3. Construction du patient dans les notes évolutives

Les notes évolutives constituent une empreinte de l'état mental et physique d'un patient, de ses besoins, de ses objectifs personnels, des progrès vers son rétablissement, des réussites et des échecs du plan de traitement et des interventions infirmières dont il a fait l'objet dans une période de temps déterminée. Dans un contexte de soins psychiatriques, ce registre doit servir d'outil de communication entre les membres du personnel et les maintenir informés des avancées thérapeutiques réalisées. L'évaluation de la réussite ou non d'un plan de traitement devrait reposer en partie sur les propos des patients en regard de leur état. Toutefois, les notes examinées reflétaient rarement la perspective des patients par rapport à leur traitement mais également par rapport à leur situation en général. Les notes étaient insuffisantes pour situer l'expérience du patient en regard de son séjour à l'unité et les rares opinions rapportées demeuraient situationnelles et directement liées à un événement précis, tel qu'un conflit avec un pair.

Les premiers jours d'un séjour en centre de soins devraient servir à établir un contact avec le patient et à se familiariser par rapport à ses besoins. Cette connaissance s'opère par le biais de rencontres régulières, tant formelles qu'informelles, qui permettent au patient et au personnel infirmier d'établir un lien sur lequel reposeront les interventions. Afin de porter fruit, les rencontres devraient être significatives, c'est-à-dire dans un cadre et selon une durée permettant des échanges sur l'expérience subjective du patient en regard de sa problématique psychiatrique, son délit, ses difficultés sur le plan social et tout autre élément intervenant dans sa réinsertion sociale. Dans le cas des entrées étudiées, on note plutôt une absence d'interaction significative entre les patients et le personnel infirmier. Dans la majorité des dossiers, l'entrevue d'admission constitue l'interaction la plus importante et la plus instructive en regard du portrait clinique de chaque patient, portrait qui n'est pas ré-examiné (visiblement, du moins) en cours de traitement. Dans les jours suivants, les interactions sont presque systématiquement motivées par une demande précise par le patient (telle qu'une médication PRN) ou une situation mettant à risque l'ordre de l'unité. Une fois la demande satisfaite ou la situation problématique gérée, l'interaction cesse et le patient et l'infirmière retournent à leurs occupations respectives.

Bien que les infirmières et infirmiers avec lesquels nous nous sommes entretenue reconnaissent deux particularités principales chez les patients dont ils ont la charge, à savoir une personne ayant commis un délit et en besoin de traitement psychiatrique, ces caractéristiques demeurent peu explicites dans les notes. De rares références sont parfois faites au sujet du délit perpétré par le patient, quoique cela n'implique que les notes d'admission. Dans les notes quotidiennes, la seule référence à ces deux aspects (carcéral et psychiatrique) réside dans l'appellation des patients (désignés comme *détenus*) par le personnel infirmier et par quelques références à l'évaluation de la présence de symptômes psychotiques ou d'idéations suicidaires. Ces conditions et d'autres, telles que l'anxiété, ne sont pas reliées à un tableau clinique global et les interventions qu'elles motivent ne

s'inscrivent pas de manière plus large dans un plan de soins, mais plutôt dans la gestion à court terme de comportements perturbateurs ou pouvant devenir perturbateurs, voire dangereux. Dans l'ensemble, les notes examinées arborent les caractéristiques suivantes :

- le patient est une entité dépourvue d'opinion ou de perspective en regard de la présente expérience (psychiatrique)
- il est passif
- il n'y a pas de référence au diagnostic psychiatrique
- il y a peu de références au délit commis par le patient
- il n'y a pas de référence au progrès réalisé
- il y a une nette emphase sur les activités du patient et ses comportements
- il y a emphase sur le caractère social de ses comportements (socialisation au sein de l'unité)
- il y a emphase sur la nécessité pour le patient d'apprendre de nouveaux comportements

Ces diverses caractéristiques transpirent de manière continue à travers nos multiples lectures des notes évolutives. Elles contribuent à construire et à préciser diverses identités du patient mais également du personnel infirmier lui-même, les deux étant indissociables. Par souci de clarté, nous examinerons en premier lieu les constructions identitaires du patient avant de nous pencher sur la construction du soin infirmier dans les notes. Nous avons retenu cinq types d'identité suivant nos lectures et nos analyses de celles-ci :

- ① le patient ambivalent
- ② le patient comme risque
- ③ le patient déviant
- ④ le patient perturbé

⑤ le patient discipliné (normalisé)

Nous allons à présent examiner chacune de ces identités, en rappelant préalablement au lecteur leur caractère fluide, dynamique et simultané.

4.2.3.1. Le patient ambivalent

Les notes constituent dans l'ensemble un résumé succinct des activités quotidiennes des patients. Tel que vu précédemment, l'accent est mis sur la présentation générale du patient (calme, conformiste), sur son utilisation de l'espace (demeure à sa cellule, circule en salle commune, sort dans la cour extérieure pour fumer et marcher) ainsi que sur ses relations avec les pairs (socialise adéquatement, évite ses pairs). Bien que le sujet des phrases soit généralement omis, il va de l'entendement que le patient constitue celui qui accomplit l'action. Le patient a donc toutes les apparences d'un sujet actif dans les notes évolutives dont les moindres gestes sont saisis et décrits dans des catégories générales : activités de socialisation, alimentation, activité physique (circuler dans l'unité, marcher à l'extérieur) et loisirs (télévision, activités avec éducateurs). Ces activités seront perçues comme étant significatives étant donné que le personnel infirmier choisit de les rapporter (au détriment d'autres éléments, tels que les propos des patients) dans les dossiers et en fait le centre de ses observations. En raison de ses fonctions cliniques, le personnel infirmier incarne une autorité qui est en mesure d'évaluer la pertinence des comportements du patient et de les mettre en lien avec un tableau clinique global :

15/06/06 Calme et collaborant, rencontré par le psychiatre ce matin
– peut intégrer le secteur [de soins chroniques]. Ø demande, Ø plainte (Dossier #6, H, QJ).
16/06/06 Discussion d'équipe ce matin. Préférons le stabiliser avant de faire transfert (Dossier #6, F, QJ).

Bien que cela ne soit pas explicite, les faits rapportés dans les notes évolutives sont considérés comme indicateurs du progrès réalisé sur le plan thérapeutique et de la

nécessité de maintenir le patient sur l'unité d'admission ou de le transférer ailleurs. On ne questionne donc pas le choix d'un(e) infirmier(e) de décrire tel ou tel aspect de son quart de travail, tout comme on ne met pas en doute la position du patient dans ces observations.

Or, c'est précisément pour cette raison que le statut de sujet actif du patient doit être remis en cause. Si l'on examine les entrées cliniques dans leur ensemble, plutôt qu'une seule à la fois, l'on constate que la perspective du patient demeure rarement rapportée par le personnel infirmier, le dépourvoyant d'opinion, de perspective et de volonté. Il se prête aux observations des infirmier(e)s et, à ce titre, se fait l'objet de leur regard constant. On ne décèle aucune évidence de sa participation aux décisions affectant son traitement telles que l'élaboration des objectifs du plan de soins et les changements de médication. Lorsqu'un patient est rencontré par le personnel soignant (infirmier(e), psychiatre, psychologue), c'est à la demande de ce dernier et non pas à la demande du patient. Ces rencontres font habituellement suite à des comportements perturbateurs :

27/12/06 Calme en cellule, va au [centre de soins] pour pansement. Rencontre avec [psychiatre]. Peu d'auto-critique sur son geste du 24 décembre. Ø suicidaire, Ø [idéation] hétéro-agressive. Sera vu par [autre psychiatre] pour la suite. Ø plainte sauf au niveau alimentaire car difficulté à la déglutition. Surveillons (Dossier #7, F, QJ).

27/12/06 En cellule, frappe à sa porte, anxieux. Vu par [surveillant correctionnel], [officier de correction 1], [officier de correction 2] et [infirmière]. Recadré face à ses comportements et ses demandes insistantes (...) (Dossier #7, F, QS).

L'absence d'interactions significatives entre un patient et le personnel infirmier signale davantage le fait qu'il ne constitue pas un interlocuteur d'importance dans le cours du traitement. Cette position est renforcée par le choix effectué par les infirmières et les infirmiers de transcrire dans les notes certains événements et d'en délaissier d'autres. Par exemple, il appert que le patient ne participe pas à l'élaboration de son plan de traitement

mais accepte celui qui lui est proposé. Son rôle de récipiendaire passif de soin est ainsi consolidé de même que les attentes du personnel en regard de ce rôle. Bien qu'il soit au centre des délibérations en regard de son admission et son séjour à l'UPP, le patient constitue un acteur passif de ce processus et sa participation au traitement se résume à son acceptation du plan de soins et sa collaboration à celui-ci ainsi qu'aux directives du personnel soignant et correctionnel. Notre choix du terme « ambivalent » repose donc précisément sur cette oscillation entre un état actif et un état passif (oscillation peut-être ressentie par le patient lui-même) qui maintient le patient dans un rôle secondaire fondé sur l'assentiment et la coopération.

Il existe une multitude de façons de parler d'un patient alors que le personnel infirmier se limite fortement en arrêtant sa documentation aux comportements observés :

Calme et conformiste. S'occupe en salle commune, va dans la petite cour pour fumer et marcher, socialise un peu, regarde TV. Aucune plainte et/ou demande particulière (Dossier #2, H, QS).

Calme, s'active salle commune. Ø plainte, Ø demande particulière (Dossier #10, H, QS).

Surveillance caméra. Ø plainte, Ø demande particulière. Repose beaucoup au lit et/ou circule un peu en cellule (Dossier #5, F, QJ).

Le patient devient un corps au sujet duquel des discours sont élaborés par le biais de mises en relation avec des critères établis au préalable. Ces évaluations comportent des incohérences, telles que la nécessité pour le patient de démontrer une prise en main de sa problématique et un apprentissage de comportements appropriés (impliquant l'exercice de son jugement) sans que ne soit sollicitée, toutefois, une participation plus active qui dépasserait le simple assentiment. En incarnant l'autorité et l'expertise, le personnel soignant exerce une forme (institutionnalisée) de pouvoir sur le patient en cumulant les observations à son sujet, en saisissant ses moindres gestes et en élaborant tout un savoir clinique à son endroit qui prend la forme d'une vérité. Ce savoir permet une

connaissance approfondie du patient et une négociation de certaines identités qui reflètent les priorités et les objectifs du milieu.

Le fait que la voix des patients ne soit pas rapportée dans les dossiers examinés contribue à museler ceux-ci car seul prévaut la perspective des infirmier(e)s à leur propos pour témoigner de leur état et des particularités dont ils font l'objet. Le fait de priver – symboliquement, dans le dossier – le patient de sa voix peut donc être apparenté à une forme de censure. Le discours du personnel infirmier prime dans les notes car aucun « contre-discours » ne vient remettre en question son contenu et mettre en évidence ses effets. Dans les notes évolutives, le personnel infirmier incarne ainsi l'instrument de la disqualification de ce contre-discours. Or, si le patient détient un statut actif-passif paradoxal, le personnel infirmier, lui, occupe incontestablement une position active, quoiqu'invisible. Cette invisibilité du personnel infirmier constitue un point essentiel de notre analyse qui sera détaillé dans la section portant sur la construction du soin. Nous désirons à présent nous tourner vers une autre identité d'importance du patient à l'unité d'admission, à savoir l'identité de risque.

4.2.3.2. Le patient comme risque

En termes de pathologie psychiatrique, l'aspect le plus évoqué demeure l'imprévisibilité du patient et son corollaire, la perception de risque qu'elle implique. Dans la plupart des dossiers, cette notion de risque domine fortement l'espace discursif créé par les notes, contribuant à construire une identité de risque s'accordant bien avec l'univers psychiatrique d'une part et le milieu correctionnel d'autre part. Cette identité de risque transpire par ailleurs dans l'appellation officielle de la population soignée à l'UPP : les *détenus-patients*. En effet, lors des négociations devant mener à l'ouverture de l'UPP, l'on a jugé nécessaire de reprendre le terme *patient* dans cette appellation afin de mettre en évidence la nature thérapeutique et clinique du centre. Toutefois, en raison de pressions

provenant de l'administration pénitentiaire et de plaintes émises par des membres du personnel correctionnel, le terme *détenu* est resté et a été placé avant le terme *patient*. Nombre d'intervenants (correctionnels surtout mais infirmiers également) nous ont par ailleurs déclaré que malgré le titre de centre de traitement de l'UPP, cette dernière était d'abord et avant tout un établissement carcéral et les *détenus-patients* demeuraient une population criminelle posant un risque à la société. Notons à cet égard que l'appellation *détenu-patient* est rarement employée dans les notes que nous avons analysées, au profit de l'appellation *détenu*.

Tel que vu au chapitre deux, le concept du risque est compris en vertu des *possibilités* de danger inhérentes à une situation. En milieu carcéral, le danger gravite souvent autour de l'utilisation par un détenu d'une arme artisanale, d'une prise d'otage, d'une tentative d'évasion, d'une émeute, d'une tentative de suicide ou d'auto-mutilation ou tout comportement (souvent violent) pouvant infliger des blessures au personnel ou aux autres détenus ou porter atteinte à la structure même du pénitencier (ex : incendie). À l'UPP comme ailleurs, l'observation et la surveillance constante des patients vise précisément à identifier des signes avant-coureurs de danger et à prédire des comportements à risque (ex : agitation, menaces). Des outils de gestion du risque sont disponibles pour le personnel infirmier de toute l'UPP afin de coter le niveau de risque que présente le patient et signaler la nécessité pour le personnel de se montrer assidu dans ses observations (voir Annexe 8). Par ailleurs, si le patient présente des antécédents de comportement violent ou à risque, ceci sera indiqué dans la fiche de liaison, informant alors le personnel de l'unité d'admission avant même que le détenu n'entre à l'UPP.

(...) On parle de troubles importants qui amenaient le sujet à être agressif. Présentement il ne prend aucune médication. Il refuse toute entrevue avec les psychologues. (...). Décision : Le détenu est accepté [à l'UPP] et devrait transférer ce jour. À noter qu'il s'agit d'un transfert involontaire et que LE DÉTENU RISQUE D'ÊTRE AGRESSIF [sic] (Dossier #6, fiche de liaison, H).

Vu en entrevue d'admission, sujet peu collaborant, attitude arrogante, filtre l'information fournie, peu fiable, discours circonstanciel, cherche à intimider et à provoquer des réactions, formule à deux reprises des menaces qui nécessitent l'intervention de l'officier, affect mobilisable, l'humeur fluctue rapidement, comportement imprévisible à tangente agressive (Dossier #8, F, QS).

Le détenu se barricade dans [la cellule d'un pair], il refuse de sortir à la demande des officiers et fait des menaces de violence envers les officiers alors porte de cellule fermée. Le détenu cache le judas et nous empêche de voir ce qui se passe en cellule. Il crie et menace de tuer le co-détenu si nous intervenons (Dossier #1, F, QS).

En début de quart socialise avec pairs, rigole, hyper stimulé, danse avec les autres détenus. 18h02 Je lui refuse sa demande de recevoir plus de cigarettes parce que c'est Noël. 18h05 Lors de la ronde des officiers, il fait un assaut sur eux et il reçoit un coup de lampe de poche sur le coude gauche donné par un officier. Suite à l'intervention des officiers en renfort, il intègre sa cellule de lui-même. Surveillante correctionnelle avisée et se déplace [à l'unité d'admission] (Mme X) et elle ordonne un placement du sujet en [isolement]. 19h20 PRN offert, il refuse et il menace de se couper comme à [établissement correctionnel d'origine] s'il ne fume pas. (...) 19h45 Sujet a allumé un feu dans sa cellule (...) (Dossier #7, F, QS).

Proférer des menaces ou assaillir une autre personne ne constituent pas des comportements courants à l'UPP. Lors de nos observations, nous n'avons pas été témoin de tels gestes compromettant l'ordre et la sécurité au sein de l'unité. Ceci peut être attribué au fait que le personnel correctionnel et infirmier a adéquatement identifié et désamorcé des crises pouvant mener à des comportements extrêmes. La presque totalité des notes examinées sont révélatrices en ce sens, étant donné qu'elles démontrent clairement un souci de la part du personnel soignant de maintenir une unité où règnent l'ordre et le calme.

L'un des termes les plus utilisés par le personnel infirmier est justement l'épithète « calme », pour décrire tant l'état d'un patient que les activités auxquelles il s'adonne. À

titre d'exemple, ces trois entrées provenant de trois quarts consécutifs (aucune entrée n'ayant été faite pour le quart de nuit).

Calme à la salle commune où il socialise de façon adéquate avec pairs. Aucune plainte ce jour de sa part (Dossier #6, F, QJ).

Calme et conformiste, présent en salle commune, socialise, sort à l'extérieur, adéquat, aucune demande (Dossier #6, F, QS).

Calme à la salle commune où il socialise de façon adéquate. Va aux sorties extérieures. Humeur stable, aucune plainte ce jour (Dossier #6, F, QJ).

Dans un autre dossier, les quatre entrées consécutives suivantes focalisent de manière similaire sur l'état de tranquillité dont fait preuve le patient (dans ce cas-ci, deux notes de nuit ont également été omises par le personnel soignant) :

Calme en salle commune. Socialise avec pairs. Fait un peu moins de demandes en soirée. Voudrait être [nettoyeur], demande faite. Aucune plainte spécifique en soirée (Dossier #9, F, QS).

Calme, fait du ménage. Socialise peu avec l'entourage. S'alimente bien aux repas. Dit qu'il s'est inscrit pour le vote fédéral. 14h00 accompagné avec escorte pour le scrutin (Dossier #9, H, QJ).

Calme, aucune plainte, aucune demande. Actif en salle commune (Dossier #9, H, QS).

Circule selon niveau. Calme, ira au [centre de soins] cet après-midi pour méthadone (Dossier #9, F, QJ).

Dans les deux exemples de dossiers ci-dessus, nous avons reproduit les notes de manière intégrale, afin, d'une part, d'illustrer la concision des entrées (qui reflètent pourtant un laps de temps de huit heures) et, d'autre part, la position, en début de phrase, qu'occupe l'épithète « calme » dans chacune d'entre elles et donc la position prioritaire que cet état occupe dans les représentations infirmières de leur clientèle.

Le terme « calme » prend tout son sens lorsqu'il est mis en relation avec son contraire, à savoir un état agité. Selon Derrida (1967), chaque terme comporte une « trace » de son opposé et a besoin de lui pour s'imprégner de sa signification. Dans un

milieu tel que l'UPP, mi-asile mi-prison, l'agitation dont peuvent faire preuve les résidents est au cœur de la structure et justifie les mesures sécuritaires qualifiant (et définissant) cette dernière. Les notes étant largement rédigées de manière anecdotique, seuls des éléments particuliers sont rapportés et le calme (ou l'agitation) dont fait preuve un patient constitue visiblement un point central de l'observation infirmière. En insistant de la sorte sur l'état « calme » d'un patient, le personnel infirmier souligne la possibilité contraire, à savoir qu'il ne soit pas « calme » c'est-à-dire agité, voire agressif ou peut-être même violent. Le besoin que reflète le personnel infirmier d'inclure ce qualificatif de manière presque systématique dans les notes évolutives fait planer un doute sur l'état potentiel d'un patient. L'adjectif « calme » constitue donc un élément central des représentations infirmières en regard de la clientèle soignée et bien qu'aucune précision ne soit donnée sur ce que « calme » signifie réellement, sa répétition d'une entrée à l'autre signale une sorte de consensus implicite sur le sens de ce mot et rend une telle précision superflue. À ce titre, il est intéressant de noter que dans les dossiers étudiés, pour tout patient ayant fait l'objet d'une mise sous contention, le motif pour cesser celle-ci réside dans le « retour au calme » démontré par ces patients.

4.2.3.3. Le patient déviant

Certaines des entrées décrivent des patients comme étant non collaborants, réfractaires ou non conformistes. Nous utilisons ici le terme « déviant » pour décrire des comportements qui ne s'inscrivent pas dans l'univers normé du pénitencier. Ces comportements contrecarrent les attentes de l'institution en regard de la clientèle, notamment l'obligation de collaborer au plan de traitement et de se soumettre aux directives du personnel. En signalant la dérogation de certains patients à ces attentes, le personnel infirmier souligne le caractère déviant de la personne, qui s'inscrit « naturellement » dans un contexte correctionnel :

Évaluation d'admission du détenu. Répond à quelques questions mais peu explicite. Semble prendre cette évaluation à la légère puisqu'il me ment et trouve cela drôle lorsque je le questionne. Lors de l'entrevue il coopère peu et me dit que les questions le dérangent et qu'il n'est pas intéressé à répondre (Dossier #4, F, QS).

Détenu jouant beaucoup à jouer au fou mais démontre qu'il est très alerte (Dossier #4, F, QJ).

Calme et conformiste, tente toujours d'obtenir des choses auxquelles il n'a pas droit (Dossier #9, F, QS).

Sujet rencontré pour entrevue d'admission, sujet ne répond pas aux questions. Lui expliquons le fonctionnement de [l'UPP], sa mission, les intervenants en place et le rôle de chacun, disponibilité offerte. Lui expliquons que considérant sa non collaboration nous ne pouvons évaluer le risque auto ou hétéro agressif, nous devons maintenir surveillance caméra. Conserve la même attitude tout au long des explications, contact visuel présent, fait un signe de la main avec un petit sourire en coin, narquois. Mettons fin à la rencontre considérant son silence et sa non collaboration, installé à la cellule X. Consentement, [formulaire de risque suicidaire], collecte de données non complétés, sujet non collaborant (Dossier #5, F, QS).

Arrivée avec officiers X. Installé à [sa cellule]. Refuse fouille et ne collabore pas. Se place à son lit. Allons à sa porte de cellule pour nous présenter, le sujet ne présente aucune réaction, il demeure en décubitus latéral droit et ne bouge pas, tentons d'établir un contact, le sujet demeure en mutisme, aucune collaboration (Dossier #4, F, QJ).

Le langage employé dans ces extraits pour décrire certains comportements reflète une évaluation par des infirmier(e)s de l'adéquation de ceux-ci et montre clairement leur non-conformité vis-à-vis le code de conduite de l'unité. La collaboration du patient aux directives (implicites ou explicites) demeure par ailleurs un indicateur-clé dans l'évaluation de la réussite d'un plan de traitement et, à plus large échelle, du projet pénitentiaire et asilaire.

Les fonctions d'évaluation du personnel infirmier sont comparables, selon une perspective foucaldienne, à l'application d'un jugement normalisateur, c'est-à-dire une mise en contraste de comportements observés avec une « mesure étalon » de ce que ces

comportements *devraient* être (ex : collaboration). Cette comparaison permet notamment une catégorisation des personnes selon divers degrés de normalité qui appellent diverses interventions. À la lumière des dossiers analysés, celles-ci incluent le plus fréquemment des actions d'ordre pharmacologique, psychosocial et correctionnel. Toutefois, toutes contribuent à produire une identité particulière du patient en ce sens qu'elles sont comparables à autant de pratiques discursives qui relaient au patient une certaine manière de se percevoir lui-même.

12h20 Dit qu'il sent un inconfort qu'il ne peut vraiment expliquer. Se plaint d'étourdissements, TA 130/86. Se plaint de sifflements dans ses oreilles depuis un mois. 12h30 S'agite, lance sa bouteille contre la porte, adéquat lorsque je vais le voir. Dit qu'il se sent anxieux et agressif « en-dedans ». 12h45 Reçoit PRN Seroquel 25mg PO, se couche par la suite (Dossier #4, F, QJ, intervention pharmacologique).

Refuse d'intégrer sa cellule tel que demandé à l'ensemble des détenus-patients du secteur. Veut aller fumer maintenant. Invité à regagner sa cellule comme les autres – maintient son refus. Intervention de [surveillant correctionnel] et de l'officier X. Le sujet accepte de se rendre à sa cellule – mécontent de ne pas avoir fumé sa cigarette. Négocie, marchande, menace d'aller à [l'unité de détention]. Escalade des propos, agitation verbale. Refuse PRN de Seroquel 100mg offert. Tente de marchander avec [surveillant correctionnel]. Invité à se calmer, se reposer en cellule. (...) PRN offert à nouveau ; refusé. Repos de contact (Dossier #1, F, QJ, intervention correctionnelle et pharmacologique).

Sujet rencontré de nouveau suite à des observations sur des comportements antisociaux en lien avec co-détenus. Confronté avec ces informations, auto-critique partielle mais affirme qu'il fera tout de même un effort pour éviter confrontation. Discours peu élaboré et circonstanciel, offre tout de même une bonne réceptivité et collaboration, apparaît quelque peu démuni au niveau cognitif et présente quelques difficultés d'adaptation en lien avec un premier séjour en institution fédérale. Poursuivons observation (Dossier #10, H, QJ, intervention psychosociale).

Ainsi, un état d'agitation de la part d'un patient peut être géré par le biais d'une médication PRN, un retrait en cellule (repos de contact) pour une période déterminée ou une entrevue en privé avec un(e) infirmier(e). Dans chacun des cas, ce sont trois identités distinctes

(mais pas nécessairement exclusives) qui sont produites et qui signalent au patient, d'une part, la manière dont le personnel se le représente et, d'autre part, la manière dont il devrait se représenter lui-même.

4.2.3.4. Le patient perturbé

Bien que le motif d'une admission à l'UPP soit nécessairement lié à une perturbation au niveau mental, les références à ces perturbations dans la documentation clinique demeurent rares et se situent principalement dans les notes d'admission :

Entrevue d'accueil sur l'unité [de transfert] effectuée, bonne collaboration n'apparaît pas anxieux. Historique difficile à établir car discours tangentiel et peu structuré, fait du coq-à-l'âne et répète dans son discours des phrases paraboliques par intermittences (Dossier #10, H, QJ).

Tous les membres du personnel infirmier (à quelques exceptions près) avec lesquels nous avons discuté ont insisté sur le fait que les gens qu'ils soignent nécessitent un traitement et que l'UPP est avant tout un centre désigné de traitement. Il est alors intéressant de constater que dans les notes évolutives, le personnel infirmier n'emploie jamais le terme *patient* seul pour décrire les comportements de ce dernier. Les termes *détenu* et *sujet* demeurent ceux qui sont le plus fréquemment employés. Dans de rares cas, le terme *détenu-patient* est également utilisé :

Détenu calme toute la soirée mais comportements bizarres. (Dossier #8, F, QS).

Sujet demeure en cellule, prend sa douche, ne parle pas, ne répond pas aux questions (Dossier #5, F, QJ).

Refuse d'intégrer sa cellule tel que demandé à l'ensemble des détenus-patients du secteur (Dossier #1, F, QJ).

Dans les dossiers analysés, les entrées faisant montre d'un processus d'évaluation de l'état mental sont rares. Bien que des comportements démontrant une perturbation psychique puissent parfois offrir des occasions d'entrer en relation avec un patient, l'on

constate que ces situations, si elles sont rapportées, sont cependant peu mises à profit, même lorsque le comportement décrit suggère un besoin chez le patient de parler au personnel ou de ventiler. Cette constatation est flagrante dans un dossier particulier :

Vers 18h, commence à s'énerver, « chante » mais dans les limites du tolérable. 18h15 va fumer à l'extérieur. 19h35 2^{ème} sortie pour fumer. Selon sa grille de dangerosité, je le positionne à Tension émotive. Description du comportement : parle rapidement, chante, démontre une certaine excitation. À son retour de sortie il est frustré car les autres détenus patients ont demandé pour rentrer. Il parle rapidement et présente des tics ↗ (Dossier #1, H, QS).

Me demande au grillage, accuse douleur à la jointure de la main droite, dit avoir frappé sur sa porte. Dit ne pas être agressif, seulement être « au bout », irrité de sa journée. (...) Comportement limite toute la journée (Dossier #1, F, QJ).

Demandant en soirée, fait multiples demandes + / - pertinentes, semble rechercher le contact de façon malhabile (Dossier #1, H, QS).

Selon la perception des infirmiers ci-dessus, le patient fait montre d'un état qu'ils jugent comme étant anormal (tension émotive, discours accéléré, présence de tics, comportements bizarres, irritabilité, recherche de contact). Or, on n'a pas jugé nécessaire d'explorer les facteurs pouvant expliquer ces comportements. Lorsque le personnel infirmier va voir le patient, c'est plutôt dans le but de lui refléter un comportement inadéquat ou d'offrir un PRN afin de l'aider à se calmer sans nécessairement investiguer les raisons du comportement en question.

13h45 Lors de la marche extérieure il fait un assaut sur un officier. Sujet maîtrisé et ramené à sa cellule par 5 officiers. Arrivé en cellule, se couche sur son lit, calme. 14h20 Tentons de lui faire accepter PRN IM, refuse, accepte PRN Loxapac 10mg PO + Benadryl 25mg PO (Dossier #4, F, QJ).

20h10 Patient répète et s'éparpille +++ dans ses demandes, circule sans arrêt, ↑ tics nerveux, médication PRN offerte, reçoit Seroquel 50 mg PO PRN pour agitation psychomotrice, repos de contact en cellule x30 min, collabore à l'intervention, à suivre. 20h30 Légèrement plus calme, à suivre (Dossier #1, H, QS).

Demeure en cellule toute la soirée, décision sécuritaire. 16h30 PRN Seroquel 25mg pour agitation, PRN efficace (Dossier #4, F, QS).

Ces interventions s'inscrivent davantage, selon nous, dans un souci de maintenir une certaine structure sur l'unité (interventions disciplinaires) que dans une optique thérapeutique. Le fait de ne pas explorer auprès du patient les raisons de son comportement suggère qu'il n'est pas un interlocuteur « admissible » dont les comportements peuvent être expliqués par des motifs précis (ou rationnels) ou qui peut s'exprimer en regard de sa condition. Ceci est d'autant plus vrai si un tel patient rejette de plus son identité psychiatrique, par exemple en refusant de se conformer au plan de traitement ou de répondre aux questions lors des entrevues avec les intervenants. Le fait d'éviter le dialogue peut indiquer que le personnel infirmier ne juge pas nécessaire d'obtenir l'opinion du patient car il ne la juge pas valide. Parallèlement, recourir systématiquement à l'administration d'un PRN dans certaines situations peut être comparable à des actes paternalistes par le biais desquels l'on tente de gouverner la situation puisque le patient est considéré comme inapte à le faire. Un autre de ces actes paternalistes consiste à inviter le patient à se percevoir comme malade :

Isolement préventif + niveau 5. Sujet absent de l'unité à mon arrivée. 1505 De retour à sa cellule, calme, s'installe au lit, poli dans ses propos. 16h30 Refuse son Loxapac, l'encourageons à recommencer à le prendre compte tenu des événements démontrant une agitation, me répond : « Allez-vous me lâcher avec ça » puis se réinstalle au lit pour manger (Dossier #7, F, QS).

La quête de l'ordre et du calme s'impose comme un but partagé tant par le personnel correctionnel que soignant, but vers l'atteinte duquel la collaboration du patient est incontournable. Cette question de la collaboration revient souvent à la lecture des notes évolutives et constitue le point central du cinquième type d'identité de notre analyse, à savoir le *patient discipliné*.

4.2.3.5. Le patient discipliné

Cette section peut porter à confusion étant donné que nous avons vu plus tôt la construction du patient déviant dans la documentation clinique. Il convient de rappeler encore une fois le caractère dynamique des identités ainsi construites. Elles sont en évolution et transformation constantes et se forment de manière simultanée. Un patient considéré comme « déviant » pendant un quart de travail peut être considéré comme « adéquat » pendant le quart suivant, dépendamment de son comportement et de l'interprétation de ceux-ci par l'infirmier(e) attitré(e). Il s'agit de la même personne mais ses manifestations, le contexte et l'observateur contribuent à construire une « nouvelle » identité sans que les autres identités ne s'effacent pour autant.

Par ailleurs, il convient de rappeler la nature de notre milieu d'étude. L'UPP est un centre de soins psychiatriques accueillant des détenus souffrant d'un trouble mental en phase aiguë. Certains de leurs comportements sont jugés comme étant inadéquats ou même à risque et l'un des objectifs de traitement demeure l'apprentissage de comportements sains. Le séjour à l'unité d'admission devrait donc refléter un tel apprentissage sous la forme d'une transition de comportements « anormaux » vers des comportements « normaux ». Dépendamment de l'observation et de l'interprétation des multiples gestes posés par un patient dans un laps de temps donné, ce sont autant d'identités (fluides, transitoires) qui sont attribuées et qui sont reflétées dans la documentation clinique.

Certaines entrées dans les dossiers relevaient très clairement des comportements recherchés chez le patient par l'ajout d'adverbes tels que « bien » ou « adéquatement ». Le pénitencier étant un lieu de réadaptation sur le plan social, de telles observations s'inscrivent donc dans un courant de normalisation ancré dans la raison d'être même de la structure psychiatrico-carcérale et signalent en quelque sorte la réussite de son projet de réforme des « déviants » sociaux. Ainsi, le fait même de les évoquer dans les notes

évolutives souligne le fait qu'il s'agit là d'une manifestation particulière (et significative) chez le patient, notamment lorsque mis en contraste avec son statut de détenu. Les termes les plus récurrents à ce sujet sont « calme » et « conformiste », qui indiquent d'une part que le patient ne trouble pas l'ordre des lieux et qu'il se conforme aux règles, rappelant encore une fois le cadre carcéral du milieu.

Calme et conformiste, s'alimente bien au souper, va fumer à la petite cour, collabore bien. Prend bien sa médication du coucher. Ne formule aucune demande, ni plaintes particulières (Dossier #8, H, QS).

Calme et conformiste, s'alimente bien au déjeuner, socialise avec pairs, volubile par moment, va à l'extérieur pour fumer selon l'horaire prévu à cet effet. Prend bien sa médication du midi, s'occupe de son hygiène (douche et rasage). Demeure volubile par moment mais est calme (Dossier #1, H, QJ).

Calme en cellule, sort fumer dans la cour avec co-détenus, socialise, comportement adéquat, demeure en cellule en AM, repose au lit, s'alimente bien, belle humeur, aucune plainte formulée (Dossier #7, F, QJ).

D'autres termes, tels que « adéquat », « collabore », « accepte » ou « tel que prévu », signalent également une correspondance entre les comportements observés et les attentes du personnel.

Calme, passe une longue période dans la cour extérieure, dégagé, souriant, socialise avec pairs, collabore bien, comportement adéquat, actif, euthymique, poli dans ses demandes, aucune plainte formulée (Dossier #6, F, QS).

Accepte de prendre sa médication, de s'inscrire au groupe « Maîtrise des émotions » ainsi que d'aller à l'école (Dossier #3, F, QJ).

20h30 Altercation verbale sans incident avec co-détenu X concernant walk-man. Le détenu est venu me voir adéquatement au grillage afin de m'aviser de la situation. (...) il m'assure qu'il est en mesure d'éviter le co-détenu. Comportement renforcé, plus calme par la suite (Dossier #1, H, QS).

Les extraits ci-dessus indiquent que les patients semblent avoir appris des modes de fonctionnement qui satisfont aux plans de traitement en cours ou qui s'inscrivent du moins dans les représentations collectives de comportements socialement désirables. Les patients montrent ainsi une intériorisation du pouvoir disciplinaire exercé par le personnel infirmier et le personnel de correction et leurs agissements subséquents sont inscrits dans les dossiers par le personnel infirmier dans une logique plus large de traitement.

Cette section nous a permis de mettre en lumière des pratiques discursives à l'œuvre dans des textes écrits, à savoir les notes évolutives et leur rôle dans la production de certaines identités du patient. Si quelques-unes d'entre elles ont émergé de notre analyse, nous sommes d'avis qu'aucune ne s'accorde avec la représentation du patient suggérée dans les ouvrages de théoriciennes infirmières telles que Peplau. Nous reconnaissons que cette réflexion nous est propre et ne prétend aucunement s'imposer comme la seule analyse possible. Bien que cela ne constitue pas l'objet premier de cette recherche, nous désirons maintenant nous attarder sur la construction du soin infirmier à l'UPP. Nous considérons le patient et le soin infirmier comme étant indissociables et on ne peut dissenter sur la production du premier en omettant de parler du second. C'est à cette catégorie que la prochaine section est dédiée.

4.2.4. Construction du soin

En inscrivant des notes aux dossiers, le personnel infirmier s'exprime au sujet des patients et, par conséquent, au sujet de leurs fonctions auprès de ce dernier. Les pratiques discursives à l'œuvre dans la documentation clinique parlent autant de ceux qui sont l'objet de ces pratiques (les patients) que ceux qui manifestent celles-ci et les rendent visibles (le personnel infirmier).

Nous avons distingué quatre grandes catégories de soin infirmier à travers les documents analysés :

- ① le soin (in)visible – cette catégorie est la plus significative ;
 - ② le soin sécuritaire, qui s'accorde avec le milieu où nous avons réalisé notre recherche ;
 - ③ le soin localisé (au niveau du temps et de l'espace) ;
 - ④ le soin socialisé (qui répond à des attentes organisationnelles et professionnelles et qui reflète clairement un processus de conformation ne relevant d'aucune règle explicite).
- Chacune de ces catégories sera à présent explicitée.

4.2.4.1. Le soin (in)visible

Les participants à notre étude ont identifié deux fonctions majeures en lien avec leur rôle, à savoir soigner les patients en construisant un lien thérapeutique avec eux et s'assurer de la sécurité des lieux, des fonctions auxquelles nous reviendrons dans la section 4.3. Selon nos lectures des écrits en sciences infirmières, le soin infirmier psychiatrique reposerait sur la relation établie entre un membre du personnel infirmier et le patient et les interactions continues et significatives s'opérant entre eux. Or, à la lumière des nombreux extraits rapportés jusqu'ici, cette relation est pour le moins invisible. À la lumière de notre analyse des notes, elle se manifeste sous la forme d'interactions ponctuelles provoquées par une demande particulière ou une nécessité extérieure mais ne cadre pas avec un processus thérapeutique, engagé et continu tout au long du séjour, pendant lequel seraient abordés des éléments problématiques en regard des habiletés sociales du patient.

De manière générale, les notes comportent peu d'indications d'élaboration ou de facilitation de relation d'aide entre le personnel infirmier et les patients. Tel que vu précédemment, les notes d'admission constituent une exception à cette tendance, alors que l'entrevue initiale constitue souvent l'interaction la plus significative entre soignants et soignés. Ces notes reflètent davantage l'engagement du personnel infirmier avec le patient, tel que le montre l'extrait suivant :

Vu en entrevue d'admission, sujet collabore bien à la prise de signes vitaux, demeure superficiel, verbalise son désaccord d'être en psychiatrie, dit avoir été traumatisé par ses expériences passées et refuse toute médication. Lui expliquons notre rôle et notre fonctionnement, accepte de collaborer à l'entrevue. Méfiant au départ (...) Relation de confiance s'établit tranquillement. Avoue entendre parfois des voix et des sons surtout lorsqu'il est seul, parle comme si c'était des esprits qui lui disent des belles choses, de prendre soin de lui ou de faire attention à lui (...) Dit craindre la psychiatrie car il ne veut pas perdre ces présences-là, ça le rassure et le réconforte. (...) Dit que c'est la première fois qu'il s'ouvre de cette façon car a toujours craint qu'on le médique de force (Dossier #6, F, QS).

Il semble normal que le personnel infirmier fasse montre d'une ouverture et d'une empathie particulière lors de l'admission d'un patient, afin de faciliter l'intégration de celui-ci dans ce milieu et amorcer un processus thérapeutique durable et constructif. Nous estimons cependant qu'un tel souci ne se manifesterait pas qu'au moment de l'admission mais également dans les jours suivant celle-ci. Nous sommes donc d'avis qu'au-delà d'un souci thérapeutique, la recherche de mise en confiance par le personnel infirmier lors de l'accueil découle également d'un souci d'ordre protocolaire, étant donné qu'en raison des nombreux formulaires à remplir dans le cadre d'une admission, la collaboration du patient est un élément-clé de la bonne conduite des procédures administratives du milieu.

Tel qu'illustré plus tôt, la priorité apparente du personnel infirmier réside largement dans l'observation des faits et gestes de la population de l'unité d'admission. Cette pratique fait écho au *panoptisme*, en ce sens qu'elle maintient le patient dans un état de visibilité permanente qui permet de déceler, sitôt qu'ils se manifestent, des comportements qui dévient de la norme courante. La visibilité constitue donc un élément-clé du processus de normalisation, en permettant de distinguer, catégoriser et *individualiser* le patient. Les procédures d'admission constituent le point de départ de la « mise en visibilité » du patient, en ce sens qu'elles permettent un sondage préliminaire de ses pensées, ses croyances et ses désirs. Les formulaires d'admission comportent notamment une collecte

de données exhaustive et un formulaire de risque suicidaire. Lors de cette entrevue, le patient est encouragé à discuter des événements précédant son arrivée à l'UPP. Ces événements consistent en des comportements précis mettant ou pouvant mettre en danger le bien-être du patient, tels que des gestes auto-mutilatoires, une tentative suicidaire ou une grève de la faim ou encore en la manifestation de symptômes indiquant que le patient accuse une perte de contact avec la réalité ou que le personnel de l'établissement n'a plus accès au contenu de la pensée (épisodes psychotiques, délires, mutisme).

18/12/2006 Appel de Mme X, psychologue : Automutilations +++ (gorge et estomac, de façon superficielle). Incapacité à intégrer la population. A cassé sa TV vendredi le 16 déc. et s'est automutilé et a menacé le personnel (...). Admission acceptée pour gestion de la crise / gestes auto-mutilatoires (Dossier #7, fiche de liaison).
 18/12/2006 Arrive [à l'UPP] avec officiers. (...) Dit s'être auto-mutilé à [l'établissement d'origine] car n'avait pas de période de marche pour aller fumer. Marques visibles aux bras. Répond bien aux questions. Dit qu'il a 1/4 de lame dans les intestins. N'a pas été à la selle depuis trois jours. Conseils donnés. Ø douleur de signalée de sa part. Ø idées agressives, Ø idées suicidaires. Dit être mieux ici qu'à [l'établissement d'origine] (Dossier #7, F, QS).

Le patient est donc invité à faire le point sur ces événements, à en discuter, à révéler des profondeurs de son esprit tout autre élément d'altérité mentale confirmant une identité psychiatrique. En s'ouvrant au personnel, le patient amorce le processus selon lequel le personnel infirmier est en mesure de construire un savoir à son sujet, qui lui permet de le connaître, de parler de lui, de le définir.

Il va sans dire, donc, que les structures en place (organisation de l'espace, routine d'admission, questionnaires, feuilles de surveillance, etc.) soumettent le patient au regard permanent du personnel de l'UPP – notamment le personnel infirmier – et que le dossier amplifie cette visibilité en mettant à la disposition de tous les intervenants de l'information que le patient aurait peut-être tue en d'autres circonstances. Or, cette position « publique » du patient contraste fortement avec celle du personnel soignant.

En effet, nous avons remarqué tout au long de notre analyse que les interventions infirmières mises en évidence dans les notes évolutives répondaient principalement aux aspects sécuritaires de l'UPP. Le souci de suivre les procédures courantes, l'observation assidue des comportements et l'intervention immédiate en cas d'agitation, notamment par l'administration d'un PRN, contribuent à identifier des activités mettant la sécurité à risque et à agir en conséquence. Il ne fait donc aucun doute que le personnel infirmier exerce diligemment le volet sécuritaire de son double rôle (agent de soin – agent de la paix). Toutefois, en reprenant la description du rôle infirmier selon les documents consultés et les participants interviewés, nous avons établi que des activités à proprement parler « infirmières » devraient inclure des entretiens réguliers avec les patients, des évaluations de l'état mental, l'établissement (avec le patient) d'objectifs thérapeutiques et d'un plan de soins. Sur toutes les notes examinées, nous n'avons relevé qu'un seul extrait où les objectifs thérapeutiques sont abordés avec le patient. Cette discussion est survenue lors d'une rencontre avec un psychiatre, au lendemain de l'admission du patient. Il est à noter que la présence infirmière au cours de cette rencontre n'est pas explicite :

Calme, collabore bien à la routine de l'unité. Se dit bien ici. Vu par Dr. X, décrit les événements ayant précédé son retour [à l'UPP], dit être prêt à s'impliquer dans son traitement [à l'UPP], incapable de préciser ce qu'il désire travailler en psychothérapie, dit peut-être son impatience. Rx faite. Repose au lit toute la journée, s'alimente bien, aucune plainte formulée (Dossier #7, F, QJ).

La description de stratégies visant à promouvoir et construire un lien avec le patient pourrait situer le personnel infirmier dans la sphère de la visibilité. Toutefois, dans les notes étudiées, nous avons noté de nombreuses situations dans lesquelles il ne prenait pas avantage de certaines occasions pour entrer en relation avec un patient et effectuer une évaluation de l'état mental, deux interventions qui, à notre sens, lui octroieraient un rôle plus prépondérant et plus soutenu auprès du patient :

Calme, surveille beaucoup ce qui se passe au travers de sa porte. Lors de [la] sortie pour fumer ce matin à 0900 il y avait des mégôts de cigarettes dans son cabaret. L'officier lui demande comment il a fait pour allumer les cigarettes, il répond : « C'est le Messie! ». (...) Affiche sourire inadéquat. Allure bizarre, marmonne par moment (Dossier #8, H, QJ).

Le sujet s'applique du crayon surligneur sur les ongles d'orteils, il dit à l'officier qu'ainsi cela va l'empêcher de faire de mauvaises choses (Dossier 8, F, QJ).

Même dans certaines situations où un retour sur certains événements semble tout indiqué, de telles occasions ne sont pas mises à profit afin de faire le point avec le patient sur son état et certains de ses comportements. À titre d'exemple, ce patient qui aurait proféré des menaces à l'endroit du personnel de correction et avec lequel son infirmière désignée (primaire) a fait une entente selon laquelle ils feraient un retour sur cette situation le lendemain afin que le patient puisse exprimer son point de vue :

Discussion remise car calme et certains points vont être discutés demain en privé avec équipe. Laissons le calme revenir. Adéquat ce jour, donc nous attendons à demain pour voir la suite. (Dossier #1, F, QJ).

Selon cette entrée, l'infirmière primaire de ce patient a choisi de reporter l'entrevue avec le patient devant lui permettre d'explorer les raisons de son comportement de la veille, puisque le patient présentant des comportements « calmes », la nécessité de tenir une telle entrevue ne s'impose plus de manière urgente. Toutefois, aucune autre allusion, que ce soit au sujet de l'entrevue avec le patient ou de la discussion avec l'équipe traitante, n'apparaît dans les notes suivantes. En ce sens, il semblerait ici que le personnel a choisi de ne pas saisir l'occasion de clarifier avec le patient la raison de ses agissements. Ceci renforce une impression qui persiste à travers les notes, selon laquelle les interactions entre le personnel infirmier et la clientèle de l'unité d'admission sont motivées par des comportements qui perturbent le calme des lieux. Sitôt le calme revenu, les interactions sont fortement réduites et, souvent, limitées au moment de la prise de médication régulière

ou lorsque les patients ont des demandes particulières. Le personnel infirmier choisit donc les moments où il intervient et ses « critères de sélection » semblent découler surtout de considérations sécuritaires. Dans l'ensemble des notes consultées, nous avons constaté peu d'indices suggérant que les interactions entre les patients et le personnel infirmier étaient initiées par celui-ci et de manière spontanée ou encore dans une optique d'évaluation du progrès du patient.

Si le plan de soins peut offrir au personnel infirmier un moyen de rendre son exercice plus visible, ceux élaborés à l'UPP suggèrent plutôt le contraire. En effet, nous avons établi plus tôt (section 4.1.1 – *Poste infirmier*) que les plans de soins consultés sont standardisés, c'est-à-dire qu'ils comportent tous les mêmes objectifs et les mêmes activités à implanter (tant par le patient que le personnel infirmier) (voir Annexe 7). Si un espace est disponible afin d'inclure des éléments plus spécifiques au patient, il n'a pas été utilisé dans les plans de soins consultés, ce qui renforce notre réflexion selon laquelle les patients sont soumis à des traitements très uniformes une fois admis à l'UPP. Dans le cas de ces plans de soins, le fait qu'ils ne soient pas « exploités » confine l'exercice infirmier dans la sphère de l'invisible.

Cette section nous a permis de mettre en évidence le caractère effacé de la pratique infirmière à l'unité d'admission de l'UPP. Nous entendons par ceci que les notes évolutives examinées reflètent peu d'activités relevant du rôle infirmier, ce qui occulte ce dernier. Parallèlement, les interventions notées (donc visibles) répondaient davantage à des impératifs de sécurité congruents avec la nature même du milieu. Ce constat nous amène donc à établir une autre sorte de soin du personnel infirmier de l'unité d'admission, à savoir le soin sécuritaire.

4.2.4.2. Le soin sécuritaire

Tel que vu précédemment, le personnel infirmier porte deux chapeaux à l'UPP, à savoir celui d'un agent de soin et celui d'un agent de la paix. Les responsabilités liées à ce dernier rôle consistent à assurer la sécurité des lieux et à maintenir un environnement exempt de danger tant pour les patients que pour le personnel. Ainsi, les comportements perturbateurs adoptés par certains patients doivent être « gérés » rapidement, notamment afin d'éliminer toute possibilité d'escalade de l'agitation. À l'unité d'admission, le rôle du personnel infirmier dans la gestion de telles situations consiste à établir un contact avec le patient agité ou agressif (à moins que le niveau de danger estimé exige l'intervention des agents de correction) et autant que possible à désamorcer la crise. Les outils de gestion du risque dont dispose le personnel infirmier de l'ensemble de l'UPP indiquent que ce dernier doit observer de près le patient tout en tentant d'établir un contact avec lui et de lui offrir une écoute active (voir Annexe 8). Or, selon les notes évolutives, un état agité motive presque systématiquement l'administration d'un médicament PRN et ce, tôt dans la gestion de la situation :

14h00. Fait des menaces aux officiers parce qu'il veut le grille-pain et qu'il y a un délai. Dit qu'il a été fouillé de façon intensive sans raison. Menace ++++. Refuse PRN x2 mais accepte Seroquel 50mg à 14:30 (Dossier #1, F, QJ).

Collabore bien. Tente marchandage pour son emploi. Recadré. Reçoit Cogentin 1mg per os (Dossier #1, F, QJ, [ce patient présente des tics marqués lorsqu'il est agité]).

Par ailleurs, la prise d'une telle médication par le patient clôt souvent l'incident et rares sont les instances où les notes démontrent un retour (débriefing) avec le patient sur les événements en question.

Ce que le personnel infirmier choisit d'inclure dans les notes évolutives constitue un reflet de ses propres biais et présupposés au sujet de son rôle et des attentes de l'organisation carcérale envers lui. L'utilisation du terme *détenu* dans la majorité des

entrées constitue un reflet de ses représentations. En décrivant les interventions réalisées dans une situation de désorganisation ou de décompensation, le personnel indique ainsi qu'il a rempli ses fonctions sécuritaires et cautionne le rôle d'agent de la paix qui lui est assigné par l'institution. Dans les notes, ceci est particulièrement mis en évidence par le biais du verbe « surveiller » :

Calme à sa cellule. Boit l'eau de la toilette. Hygiène cellulaire à désirer. Souvent à sa porte et regarde l'activité et les gens qui entrent dans [l'unité]. Semble mieux ce jour. Surveillons. Aucune plainte (Dossier #8, F, QJ).

L'insistance dans la plupart des entrées sur l'épithète « calme » reflète plus avant cette tendance et souligne l'atteinte des objectifs institutionnels de l'UPP, en ce sens que « calme » est aisément associé à « sécurité ». Par ailleurs, l'on constate que le personnel infirmier prend soin de préciser, à chaque fois que cela s'applique, que les protocoles administratifs ont été suivis, mettant ainsi en évidence le fait que les procédures et l'ordre sont prioritaires. Ces procédures incluent notamment les feuilles de surveillance spéciale aux 15, 30 ou 60 minutes, les rapports d'incidents, les interventions filmées et les examens post usage de force par un membre du personnel infirmier du centre de soins physiques.

Sous observation caméra pour observation du comportement. Rapport d'observation complété q heure sur formule X. Le sujet semble dormir à mon arrivée. Dort toute la nuit, aucune demande (Dossier #5, F, QN).

23h00 Sujet dans cell X sous contrainte Argentino. Surveillance constante et rapport sur 2 feuilles spéciales 15 min et 30 min (Dossier #1, F, QN).

14h30 Infirmière du [centre de soins] procède à un examen physique post usage de force, examen filmé, bonne collaboration du sujet, demeure couché durant l'intervention. [Formulaire post usage de force] complété (Dossier #4, F, QJ).

Compte tenu de la nature de l'unité d'admission, qui reçoit des personnes dont l'état mental est décompensé et dont les cas sont réputés comme étant plus lourds, plus complexes, plus instables et plus à risque sur le plan sécuritaire, l'on peut supposer que la

pratique infirmière en tant que pratique sécuritaire pourrait être plus appuyée et plus manifeste que sur les autres unités de soins chroniques. Il convient donc à ce point-ci de rappeler encore le caractère unique de l'unité d'admission en tant que point d'entrée d'un centre de soins psychiatriques. À ce titre, alors que nous avons supposé que les caractéristiques cliniques de ces patients entraîneraient un processus infirmier plus assidu et plus visible motivé par la nécessité de procéder à des évaluations régulières et fréquentes de l'état mental, il semblerait que ce soit tout le contraire qui se produise, étant donné le rôle plus impérieux du personnel correctionnel dans cette unité. À cet effet, il est pertinent d'examiner de plus près les outils de gestion du risque (Annexe 8) de l'UPP. Il est intéressant de noter qu'en cas de comportement destructeur, dangereux ou létal (donc présentant un risque plus élevé) manifesté dans les diverses unités de l'UPP, l'une des interventions consiste à escorter le patient jusqu'à l'unité d'admission où il sera pris en charge par « l'équipe » (tant des infirmier(e)s que des agents de correction). Le fait que l'unité d'admission soit identifiée comme lieu où un accès de dangerosité peut être géré (en raison de la présence assidue du personnel correctionnel et de la disponibilité des cellules d'isolement) est éloquent en regard de la place qu'occupe cette unité d'admission dans le registre d'intervention qui s'offre au personnel soignant. Il revient alors aux infirmier(e)s de l'unité d'admission de suivre les protocoles d'intervention appropriés et de documenter comme il se doit le déroulement du processus. À la lumière de ce constat, il ne fait aucun doute que le rôle sécuritaire du personnel infirmier à l'unité d'admission soit plus prépondérant qu'au sein des autres unités de soins de l'UPP.

Ainsi, il se pourrait bien qu'il soit d'autant plus difficile pour un discours (professionnel) de soins de se manifester et se maintenir dans une telle unité que le volet sécuritaire s'y impose davantage. Il aurait été utile d'inclure une unité de soins chroniques dans notre étude afin de contraster leurs fonctionnements respectifs et ainsi vérifier cette supposition. En ce sens, nous reconnaissons entièrement le rôle unique que l'unité

d'admission est appelée à jouer à l'UPP et, par conséquent, son personnel infirmier. Nous supputons donc que le soin infirmier au sein de cette unité est fortement localisé, sur les plans spatial et temporel.

4.2.4.3. Le soin localisé

L'une des caractéristiques du soin infirmier au sein de l'unité d'admission consiste en sa nature localisée en terme de temps et d'espace. Par localisée, nous entendons que les notes consultées suggèrent des contingences spatiales et temporelles, telles que reflétées dans la gestion de l'espace et du temps dont le personnel infirmier dispose.

Nous avons constaté lors de nos observations que la majorité des fonctions infirmières se déroulaient au poste et étaient surtout de nature administrative, comme c'est le cas pour la gestion de formulaires ou la communication d'information à d'autres corps de profession, tout particulièrement le personnel correctionnel. Lorsqu'ils désiraient attirer leur attention, les patients interpelaient les infirmier(e)s en se présentant à la fenêtre du poste donnant sur la salle commune, en cognant légèrement sur le panneau de plexiglas ou en appelant le nom d'une personne en particulier. La majeure partie du temps, la demande était gérée de part et d'autre de cette fenêtre, c'est-à-dire sans que l'intervenant infirmier ne quitte le poste. Dans certains cas, il sortait et se rendait à la grille pour clarifier la demande ou y répondre. Dans ces cas-là, la réponse consistait souvent en l'administration d'un PRN.

Nos observations sont congruentes avec ce que nous avons relevé dans les notes évolutives. Mis à part le poste infirmier, l'ensemble de l'unité consistait en un espace servant à circuler plutôt qu'à accomplir une quelconque activité d'ordre thérapeutique. Un bureau faisant face au poste infirmier de l'autre côté du couloir servait aux entretiens individuels. En-dehors des entrevues d'admission, ce bureau était peu utilisé. À quelques reprises, il a été réservé par un éducateur dans le cadre d'une activité de jeu avec un

patient particulier. Le poste infirmier, quant à lui, constitue le lieu de travail principal. À cet effet, en examinant les notes quotidiennes de tous les dossiers à notre disposition, l'on constate que toutes les observations rapportées peuvent être faites à partir du poste. Ce dernier permet une vue d'ensemble sur la salle commune (salon et cuisinette), la cour extérieure et dans les cellules d'isolement par le biais des moniteurs. Toutes les activités rapportées dans les dossiers sont celles se déroulant dans ces endroits, que le personnel peut surveiller sans toutefois circuler à l'extérieur du poste. Une gestionnaire interviewée nous a informée qu'il était attendu que les infirmier(e)s devaient voir leurs patients en entrevue au moins une fois par semaine afin de faire une nouvelle évaluation de l'état mental et juger de la pertinence du plan de soins en cours. Dans les cas plus complexes, une entrevue devait être réalisée deux fois par semaine. Les notes n'indiquent pas que cette ligne directrice est suivie. La grille jouxtant le poste semble donc agir tant envers les patients qu'envers le personnel infirmier, qui ne la franchit que rarement.

Nous avons vu dans les Résultats (section 4.1.1.) que les lieux physiques de l'unité d'admission se prêtent mal à des interventions d'ordre thérapeutique. Par contre, la disposition de ces lieux se prête plus aisément à des pratiques s'inscrivant dans une logique sécuritaire. Les patients étant continuellement visibles, leur observation constante se fait tout naturellement car, à partir du poste infirmier, il suffit de lever la tête pour examiner les moniteurs de caméra fixés au plafond ou balayer du regard les aires communes ou la cour extérieure. En ce sens, l'on peut concevoir que la pratique du personnel infirmier à l'unité d'admission se calque sur les possibilités qu'offre l'environnement en tant que contingences spatiales.

La question du temps transpire également à travers les notes. Nous avons vu précédemment que les interactions entre soignants et soignés relèvent principalement d'une gestion à court terme d'épisodes particuliers (habituellement perturbateurs). Nous n'avons pas noté de lien entre ces interventions et le plan de soins infirmiers. Tel que

mentionné plus tôt, il n'y a pas de référence à des objectifs thérapeutiques plus larges faisant partie d'un plan de traitement global. Les interventions sont de nature ponctuelle, c'est-à-dire axées sur une demande précise ou un incident et sont habituellement conclues par l'administration d'une médication. Les entrées cliniques ne reflètent donc pas une progression en regard de l'état d'un patient et l'on saisit difficilement la manière dont le temps est mis à profit dans l'atteinte des objectifs de soins.

L'on note donc dans quelle mesure des contingences spatiales et temporelles modulent le soin infirmier à l'unité d'admission. Un autre type de contingence intervient cependant selon nous dans la manière dont le personnel infirmier s'acquitte de ses fonctions à l'unité d'admission : la socialisation par les pairs. Nous avons déjà noté la manière dont le personnel correctionnel pouvait influencer la pratique infirmière dans ce milieu. Toutefois, nous désirons souligner à présent dans quelle mesure les membres du personnel infirmier eux-mêmes s'influencent mutuellement, un processus que nous désignons sous le vocable de soin socialisé.

4.2.4.4. Le soin socialisé

Notre recherche a requis une lecture assidue et répétée de toutes les notes dont nous disposions. Au fur et à mesure que nous procédions à cet examen, la nature automatique et machinale de la rédaction des entrées (quotidiennes) s'est imposée à nous. Ainsi, nous avons constaté que ces notes (souvent très brèves) affichaient des données « usuelles » prenant la forme d'anecdotes de routine plutôt que d'information clarifiant l'état mental d'un patient. Il nous faut également souligner une sorte « d'effet d'entraînement » à travers les entrées, en ce sens que l'utilisation spontanée d'un terme spécifique dans une note entraînait souvent la répétition de ce terme dans les notes subséquentes et s'imposait tout à coup comme un élément significatif d'observation par le

personnel infirmier. Le terme « conformiste » constitue un exemple de mot reflétant ce processus.

Calme + conformiste. Écoute TV. Aucune demande particulière (Dossier #3, F, QS).

S'active en salle commune, sort fumer dans la cour. Calme et conformiste. Aucune demande (Dossier #3, F, QJ).

Calme et conformiste. Présent en salle commune. Aucune demande (Dossier #3, F, QS).

S'active en salle commune, calme et conformiste. Aucune demande, aucune plainte (Dossier #3, F, QJ).

Calme et conformiste, présent en salle commune, sort fumer dans la cour avec co-détenus, poli dans ses demandes, aucune plainte formulée (Dossier #3, F, QS).

Calme à la salle commune, socialise un peu avec pairs. Regarde T.V. Aucune plainte de sa part (Dossier #3, F, QJ).

Calme et conformiste en salle commune, discret, sort fumer dans la cour. Comportement adéquat, aucune plainte formulée (Dossier #3, F, QS).

Ces sept entrées, consignées par des personnes différentes, sont consécutives (nous avons omis les notes écrites de nuit étant donné que le patient dort dans chacune de ces notes et ne présente aucun particularité) et sont reproduites de manière intégrale, c'est-à-dire qu'elles sont complètes et n'ont pas été tronquées. Il est important de souligner qu'aucune des notes précédant le premier extrait n'inclut le mot « conformiste » mais que celles qui suivent cet extrait le reprennent systématiquement. Ces notes reflètent, encore une fois, une nette économie de détails et montrent clairement la nature rituelle et mécanique de la rédaction des notes infirmières, qui sont dépourvues de renseignements nécessaires au maintien du patient dans l'unité d'admission ou à son transfert vers une autre unité. Les extraits suivants s'échelonnant sur deux jours consécutifs (hormis les notes de nuit), abondent dans le même sens :

Présente un comportement calme, vu à quelques reprises en salle commune, socialise peu avec ses pairs. Aucune plainte, aucune demande (Dossier #2, H, QS).

Calme, sort dans la salle commune à l'occasion, socialise peu avec co-détenus, passif, refuse de sortir dans la cour, aucune plainte, aucune demande particulière formulée (Dossier #2, F, QJ).

Présente un comportement calme, socialise peu avec ses pairs, circule à l'occasion en salle commune. Refuse sa médication HS, dit qu'il n'en a pas besoin. Aucune plainte, aucune demande (Dossier #2, H, QS).

Calme et conformiste en salle commune, sort fumer avec co-détenus dans la cour, circule, socialise peu, discret, aucune plainte, aucune demande particulière formulée (Dossier #2, F, QJ).

Nous avons donc conclu à un processus de socialisation à l'œuvre dans cette fonction, qui obscurcit la présence, dans les notes, d'une démarche de soins infirmiers et contribue à rendre invisible l'expertise infirmière en regard de la condition mentale des patients et le rôle infirmier dans le rétablissement de ces derniers.

Par socialisation, nous entendons l'apprentissage par le personnel infirmier d'une redéfinition de ses fonctions et de ses priorités cliniques. L'unité arborant un modèle davantage carcéral qu'hospitalier (ou, devrions-nous dire, thérapeutique) et l'architecture des lieux (rangées cellulaires, caméras, grilles, judas) contribuant plutôt à l'exercice de fonctions d'ordre sécuritaire, il semblerait que le personnel infirmier en est venu au fil du temps à calquer sa pratique sur cet environnement, alors que ce dernier crée des possibilités d'existence pour certaines pratiques (ex : correctionnelles) et réduit ou élimine les possibilités d'existence d'autres pratiques (ex : pratiques de soins). Dans ce cas, le processus de socialisation reflété dans les entrées aux dossiers constituerait *une* manifestation parmi d'autres de la socialisation plus large de la pratique infirmière sur un modèle davantage axé sur le maintien de la sécurité et de l'ordre.

À moins d'un événement particulier, les notes reprenaient habituellement les mêmes éléments de comportements des patients et les énonçaient dans la note selon une

structure régulière. Nous avons vu dans la section 4.2.1. que la structuration des notes impliquait le regroupement des comportements selon certaines catégories bien circonscrites :

- l'état général du patient
- son utilisation de l'espace
- ses comportements de socialisation
- la gestion de sa médication ; et
- la formulation de plaintes ou de demandes spécifiques.

Toutes les notes suivant la note d'admission reprennent ce format qui se veut sans doute le reflet des éléments-clés du quotidien des patients. Nous avons initialement pensé que cette structure était prescrite par l'établissement lui-même. Toutefois, en examinant un document (non officiel) que nous avons demandé à un gestionnaire clinique et portant sur la rédaction appropriée des notes au dossier, il s'est avéré que ce n'était pas le cas. Le document en question (préparé dans les 12 mois précédant notre étude par une infirmière-chef dans le cadre d'une formation destinée à l'ensemble du personnel infirmier de l'UPP) indiquait que le principe sous-tendant la rédaction des notes reprenait celui de la démarche de soins infirmiers, à savoir la collecte de données, l'analyse et l'interprétation de celles-ci, le plan, la mise en œuvre de ce plan et l'évaluation des interventions cliniques. Le document stipulait notamment que les motifs de l'évaluation mentale devaient être inscrits, de même que les données subjectives et objectives. Ainsi, on note une nette divergence entre ce document et le contenu actuel des notes évolutives.

Le personnel infirmier connaît ce document portant sur la rédaction des notes évolutives et plusieurs de ses membres, avec lesquels nous avons discuté, ont énoncé les éléments requis dans la documentation des interventions. Il semblerait toutefois que le personnel infirmier « élit » de passer outre cette ligne directrice et de conformer ses notes au modèle courant présenté ci-haut. L'on peut donc se demander s'il y a un effet de

désirabilité sociale à l'œuvre dans ce choix. Compte tenu de la nature du milieu, où la conformité prime sur la particularité et la cohésion sur l'individualité, le fait de se démarquer en n'adoptant pas une ligne de conduite dominante (ex : dans la manière de consigner de l'information au dossier), peut être perçu comme une stratégie préjudiciable. L'effet de socialisation pourrait donc être mis en lien avec une forme de réponse à la pression sociale qui caractérise le milieu correctionnel. Dans les dossiers, cette manière de transiger avec une telle pression sociale devient visible et signale une sorte de cohésion (réelle ou perçue) du personnel infirmier.

La conformité peut être liée à une stratégie sociopolitique utile mais il demeure que dans un contexte de soins infirmiers, elle limite grandement l'information pertinente au traitement des patients. À cet effet, les notes examinées aux dossiers sont peu éclairantes en regard du progrès clinique d'un patient. Les membres du personnel infirmier contournent cependant cet effet grâce à un échange oral d'information. Cette dernière est ensuite rapportée dans un « cahier de bord », ce qui maintient une certaine communication entre les intervenants infirmiers, incluant ceux des autres quarts de travail. L'information consignée ne présente aucune structure particulière et le modèle de rédaction des informations cliniques varie selon l'intervenant. Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire peuvent y inscrire quelque chose (sauf les agents de correction qui possèdent leur propre cahier de communication) mais le personnel infirmier en est de loin l'utilisateur le plus fréquent.

Nous avons consulté ce cahier tous les jours où nous nous sommes rendue à l'unité d'admission car il représente un outil de communication essentiel dont l'importance sur le plan pragmatique semble l'emporter sur l'importance légale du dossier clinique, en ce sens qu'il constitue un condensé de tous les dossiers qui est facile à étudier plutôt que de lire chaque dossier l'un après l'autre. Nous avons ainsi constaté que beaucoup d'informations y figurant devraient apparaître dans les dossiers. Par exemple, certaines

stratégies d'intervention y sont élaborées, de même que certains propos ou certaines demandes rapportés par des patients. Nous y avons également lu l'exposé d'incidents survenus dans la journée, détaillés d'heure en heure tel que cela doit être consigné aux dossiers concernés. Dans ce dernier cas toutefois, l'information est inscrite dans les deux registres mais elle est parfois plus détaillée dans le cahier de bord que dans le dossier. Malgré la répétition d'information que cela peut représenter, le personnel infirmier tient ce cahier de communication de manière assidue et nos observations nous ont permis de constater qu'il est consulté plus spontanément que le dossier clinique.

4.3. Entrevues avec le personnel infirmier : contextes et contrastes

Dans la partie précédente, nous avons examiné les propos écrits du personnel infirmier consignés dans les dossiers, ce qui nous a permis de dégager cinq catégories d'identités entre lesquelles oscillent les patients durant leur séjour à l'unité d'admission. Nous passons maintenant à l'examen des entrevues semi-dirigées que nous avons menées auprès de certains membres du personnel infirmier, afin de mettre en contraste les résultats d'analyse précédents et de préciser les discours qui modulent la pratique infirmière à l'unité d'admission et de manière plus large, à l'UPP.

Ces entrevues devaient servir à contextualiser les circonstances de la documentation des interventions infirmières. Bien qu'elles se voulaient une source additionnelle de données, les entrevues ont joué un rôle prépondérant dans notre recherche, en servant de contraste aux documents que nous avons examinés. Ainsi, bien que nous ne désirions pas procéder à un examen comparatif comme tel de ces deux sources de données, une telle mise en contraste s'est avérée incontournable. Cette section est toutefois plus courte que celle portant sur l'analyse des notes infirmières car elle ne s'inscrit pas directement dans les objectifs premiers de ce projet, à savoir examiner la construction de l'identité des patients par le biais des notes infirmières.

4.3.1. Profil sociodémographique des informants

Sept membres éligibles du personnel infirmier de l'UPP ont accepté de participer à la présente recherche. Au début de l'entrevue, tous ont rempli un court questionnaire afin de tracer un portrait d'ensemble de l'équipe soignante de cette unité. Les informations relevées incluaient le sexe, la catégorie d'âge, le type de formation infirmière, l'obtention ou non d'une formation spécialisée en psychiatrie légale, le nombre d'années d'expérience en psychiatrie légale et l'ancienneté à l'UPP. Les résultats sociodémographiques sont repris dans le tableau 4.3.

Six informants sur sept étaient des femmes, ce qui rend laborieuse toute tentative de dégager des différences entre les propos des infirmières et des infirmiers. Quatre avaient entre 31 et 40 ans, alors que les autres avaient entre 41 et 50 ans. L'on constate une répartition équivalente en regard du type d'éducation des participants au projet (diplôme collégial versus baccalauréat universitaire). Aucun n'avait suivi de formation post-secondaire, quoique deux des informants ont affirmé l'envisager. Un seul informant avait suivi une formation spécialisée en psychiatrie légale. Quatre informants avaient plus de 10 ans d'expérience en milieu psychiatrique civil et cinq travaillaient à l'UPP depuis 10 ans ou moins.

Catégories		Nombre d'informants	% du nombre total d'informants
Genre	Femmes	6	86
	Homme	1	14
Âge	20-30 ans	-	-
	31-40 ans	4	58
	41-50 ans	3	42
	51+ ans	-	-
Formation infirmière	Diplôme collégial	4	58
	Baccalauréat universitaire	3	42
	Etudes supérieures	-	-
Formation spécialisée	Oui	1	14
	Non	6	86
Expérience psychiatrique (années)	Moins de 2 ans	-	-
	2-5 ans	1	14
	6-10 ans	2	28
	Plus de 10 ans	4	58
Ancienneté à l'UPP (années)	Moins de 2 ans	-	-
	2-5 ans	4	58
	6-10 ans	1	14
	Plus de 10 ans	2	28

Tableau 4.3 : Profil sociodémographique des informants de l'unité d'admission de l'UPP.

Toutes les entrevues ont commencé avec une question ouverte très générale, à savoir : Quel est votre rôle dans l'unité d'admission de l'UPP ? Les thèmes principaux sur lesquels le personnel infirmier s'est prononcé incluent les patients, le soin infirmier dans un milieu tel que l'UPP et la manière dont ce rôle s'ajuste en regard des contraintes environnementales et de la mission du centre. Ces thèmes reprennent ceux que nous

avons vus dans notre analyse des notes infirmières. En vue de rapporter et analyser les propos des informants, nous reprenons ici ces trois thèmes, qui constituent autant d'objets de discours.

4.3.2. Représentations du patient

Le patient, en tant que bénéficiaire des soins, est généralement désigné comme le cœur de la pratique infirmière à l'unité d'admission en particulier et l'UPP en général. Si nous employons ici le terme *patient*, c'est en vue de demeurer fidèle à notre propre représentation de ce dernier. Toutefois, il était rarement désigné comme tel par les membres du personnel infirmier et était plutôt appelé *détenu*. Les informants utilisaient seulement le mot « patient » lorsque nous leur avons posé une question employant spécifiquement ce terme.

4.3.2.1. Le patient humain

Tous les participants insistent sur le fait que le patient est un être humain avant tout qui a besoin de soins et qu'à ce niveau-là, l'UPP ne diffère pas d'un hôpital civil.

Ce n'est pas différent d'ailleurs, c'est des humains, puis je veux dire, ton approche quand ils se sentent, ils se sentent écoutés, ils sentent que tu es là pour les aider puis tu leur expliques pourquoi tu es là, ton rôle, que tu es un soignant en santé mentale, que tu vas enseigner la maladie, pourquoi tu leur as donné telle ou telle médication, ils écoutent, pis eux ils veulent être aidés ces gens-là. La plupart ont eu une enfance très difficile. On peut les catégoriser qu'ils sont oui ils sont des antisociaux purs et durs. Ceux qu'on voit [à l'UPP] c'est des gens fragiles (Informant MA-14, lignes 495-501).

La clientèle a deux caractéristiques principales : elle a commis un délit grave et elle accuse un trouble psychiatrique (qui peut ou non expliquer ce délit). Elle est admise à l'UPP dans le but d'être diagnostiquée ou stabilisée sur le plan de la santé mentale. L'état décompensé qu'elle accuse à son arrivée (sa fragilité, selon l'informant ci-dessus)

nécessite par ailleurs que le personnel infirmier soit à l'affût de tout élément signalant un risque à la sécurité. Plusieurs informants affirment ne pas s'arrêter à cet aspect de leurs fonctions et évoquent le respect et l'absence de jugement dont ils font preuve envers les patients, en dépit des actes criminels posés, comme un savoir-être essentiel dans ce milieu :

Moi, bien ma profession, d'emblée je vais dire Monsieur : (...) ça va sortir automatiquement. Écoute, dans mon métier, dans ma profession, dans mon ordre, on va dire monsieur, alors je dis monsieur. J'en ai reçu plein la tête la première fois : « C'est pas un monsieur, c'est un bandit! ». Ça se dit pas monsieur, c'est Untel, disons, Fortier ou Poirier (...) Je suis infirmière, puis j'ai un code de déontologie qui me dit que chaque personne je l'appelle monsieur. Puis jusqu'à maintenant, je l'ai toujours fait (Informant MA-12, lignes 1720-1746).

Pour moi là un patient c'est un patient que ça soit Pierre, Jean, Jacques, le pire criminel, un tueur ou quelqu'un qui a été toute sa vie très très, bon et doux et qui a pas... je vais être pareille. Je suis chanceuse, je suis capable de prendre cette distance-là, peu importe qui. (...) À demeurer empathique, à... puis c'est pas un effort (Informant V-14, lignes 979-986).

Je les perçois toujours comme des êtres humains, alors c'est M. Untel et je peux vouvoyer la personne, que ce soit un détenu, un membre du personnel ou autre. Par contre, certaines personnes, certains corps de métier pourraient par exemple dire « Ça c'est un bandit », sans le dire ou directement, la personne, ils vont dire Untel, son nom de famille tout simplement, sans dire M. Untel. Parce que c'est pas des « Monsieur » selon eux (Informant MA-14, lignes 84-89).

C'est vraiment du cas par cas. Le schizo qui a tué crapuleusement parce qu'il entendait des voix... malade, le gars (...) C'est du cas par cas là. Mais je te dirais qu'en général dans la pratique infirmière, qu'il y en ait un ou l'autre de l'exemple, de ces deux exemples-là, qui souffrent, puis qu'ils ont besoin d'une médication exemple PRN, bien mon évaluation va être pareille pour les deux. Puis ma gestion de la médication va être pareille pour les deux. Parce que là, je fais mon travail d'infirmière (Informant R-4, lignes 323-330).

Le patient est donc une personne envers laquelle le personnel infirmier fait montre de respect et d'empathie. Selon les extraits ci-dessus, les informants évoquent la nécessité

de considérer tous les patients de la même façon (sans égard au méfait commis) et de les aborder de manière semblable, par exemple en les appelant « Monsieur » ou en les vouvoyant – des signes de respect considérés comme inhérents à la profession infirmière.

Toutefois, bien qu'il soit un humain « comme les autres », le patient n'est pas tout à fait « comme les autres ». Les hommes admis à l'UPP ont des problèmes de santé mentale mais ils ont également posé des gestes contrevenant à la loi. Cet aspect demeure un point fondamental des représentations du personnel infirmier à l'égard de la population de l'unité.

4.3.2.2. Le patient délinquant

Bien que le personnel infirmier interrogé s'attache clairement à une représentation humaine de la population soignée, il n'en demeure pas moins que l'aspect criminel de cette dernière n'est pas négligé pour autant :

C'est notre rôle médical de soigner les gens en santé mentale alors aussi que ce sont des délinquants, souvent appelés des « bandits » ou des gens criminalisés (Informant MA-14, lignes 30-32).

On a tout le côté criminel aussi là, ça va changer un peu le portrait du gars aussi, là. Parce que si t'a un TP [trouble de la personnalité], bien souvent il est un antisocial, il a commis des délits à l'extérieur, il est peut-être affilié avec des gangs à l'extérieur (Informant MA-12, lignes 32-34).

La dangerosité constitue également un élément-clé des représentations du personnel infirmier à l'égard de la clientèle :

Il faut quand même considérer qu'ils sont tous dangereux (Informant ME-17, ligne 537).

Notre clientèle est plus dangereuse, plus à risque pour nous. Ça arrive qu'on a un groupe de gars qui sont plus dangereux puis qui ont commis des meurtres crapuleux et qui sont prêts à n'importe quoi (Informant R-4, lignes 1200-1202).

Le « côté criminel » des patients est mis en relation, dans ces extraits, avec le risque auquel est exposé le personnel infirmier dans le cadre de ses fonctions. Lors de notre analyse des notes infirmières, nous avons noté que cette dimension imprégnait fortement les entrées consignées aux dossiers, signalant le fait que le personnel soignant est aux aguets en regard de toute manifestation criminelle pouvant compromettre la sécurité du milieu. Toutefois, en évoquant le degré de dangerosité des patients de même que l'inclination de certains à commettre des « crimes crapuleux » ou à être « prêts à n'importe quoi », c'est précisément le côté humain du patient qui est remis en question. L'articulation d'une identité criminelle avec le caractère humain décrit dans la section précédente n'est pas clairement établie dans les propos des informants, qui les désignent plutôt comme deux entités parallèles.

Le personnel infirmier évoque de plus la possibilité de se faire manipuler par les patients et doit continuellement jauger leur état afin de déterminer s'ils sont en détresse ou s'ils tentent d'obtenir des gains secondaires :

Il y a aussi beaucoup de manipulation, il a fallu que je travaille un petit peu ça au début mais ça a pas été très très difficile. (...) il y a un gros côté manipulateur. Mais on finit, en tout cas, moi je pense que j'ai comme [compris] un petit peu rapidement cette façon de procéder. Puis pour ce qui est du reste, beaucoup de troubles de personnalité. J'ai pas touché beaucoup à ça là où j'étais avant, alors j'ai dû comme être un petit peu aux aguets parce que c'est des gens aussi qui manipulent beaucoup (Informant ME-17, lignes 45-55).

Il y a beaucoup de manipulateurs là, on s'entend? Si tu sais que tu te fais enfirouaper [entourlouper] facilement, viens pas travailler ici (Informant R-4, lignes 522-523).

Plus le temps passe, plus la clientèle s'alourdit et plus les autres, les agents de correction, les... même les criminologues je te dirais, font la distinction dans la clientèle. Ils vont distinguer les clients qui sont des joueurs de tour. Qui vont venir ici pour faire du bon temps, pour faire tout ça et ils vont moins tolérer qu'on va accorder du temps à ces clients-là, mais quand ils constatent qu'un patient est vraiment malade, ils vont être plus patients, ils vont être plus disponibles (Informant J-10, lignes 287-293).

Selon ces extraits, le personnel infirmier doit donc être en mesure de différencier ceux qui sont « réellement » malades de ceux qui se font passer pour tels afin de bénéficier d'un séjour à l'UPP (pour « faire du bon temps » – rappelons à cet effet que l'UPP est largement considérée comme un lieu de repos où les patients peuvent bénéficier des soins et des attentions d'intervenants). Plusieurs éléments sont à l'œuvre ici : le risque constant que le patient représente à l'endroit du personnel infirmier qu'il cherche à tromper, le « mérite » qu'il a à recevoir – ou non – des soins (ou simplement de l'attention) et le jugement de l'infirmière à évaluer adéquatement ses comportements et ses propos en tant que qualité indispensable dans ses fonctions. Par *mérite* nous entendons la valeur (sociale) perçue de ses actions en regard de leur conformation ou non aux représentations infirmières de la pathologie psychiatrique (principalement articulée autour des troubles à l'Axe I). Une distinction se crée donc entre les manifestations (perçues comme réelles) de la maladie mentale (en tant qu'état involontaire dans lequel se trouve la personne – Axe I – défendable) et la manipulation (en tant que comportement volontaire perpétré en toute connaissance de cause pour un gain spécifique – Axe II – condamnable).

Les informants prennent soin de préciser, toutefois, que le comportement du patient ne doit pas affecter la qualité des soins qu'il reçoit. Ceci nous amène au deuxième thème soulevé en entrevue, à savoir la forme que prend le soin infirmier et la représentation qu'a le personnel infirmier de son rôle auprès des patients.

4.3.3. Représentations du soin

Les informants départageaient globalement leurs fonctions selon la composante « clinique » et la composante « sécuritaire » de leur rôle à l'UPP. La première inclut les fonctions relatives aux soins psychiatriques, à l'évaluation de l'état mental et à la manière d'aborder la question du délit avec les patients – en somme, aux aspects thérapeutiques du rôle infirmier. La seconde touche aux impératifs de sécurité du milieu et à la manière

dont ils modulent le soin. Par souci de clarté, nous verrons ces deux volets séparément. La présente section traite donc du soin « clinique » alors que la section 4.3.4. traitera des aspects sécuritaires du soin.

La majorité des informants soutiennent que leur fonction première en est une d'évaluation de l'état mental des personnes incarcérées à l'unité d'admission. Ce rôle implique notamment la capacité à reconnaître les signes de décompensation psychique, à prévenir ou à désamorcer les crises et à apporter au patient le soutien et l'aide dont il a besoin afin d'améliorer sa santé mentale.

L'évaluer, de savoir c'est quoi ses besoins, puis après ça dépendamment de son problème initial, est-ce qu'il est suicidaire, est-ce qu'il a un comportement agressif, c'est quoi qui a fait qu'il est rendu à l'UPP. Tu évalues cette raison-là mais après ça il faut que tu lui fasses un plan de cheminement, il faut, si le gars est sécuritaire [requiert une surveillance particulière], ben il faut que tu le mettes en sécurité, il faut que tu lui enlèves les objets qui peuvent être un danger, il faut que tu le fasses évaluer, par un médecin, par un psychologue. (...) Alors ça prend une bonne évaluation pour savoir, parce qu'on le mettra pas à risque non plus là. (...) il faut mettre les gens en sécurité (Informant MA-12, lignes 239-251).

Mon rôle en tant qu'infirmière en santé mentale, évidemment, c'est de leur donner les soins dont ils ont besoin, comme n'importe où ailleurs, mais en étant un milieu très particulier, très carcéral. Je pense que c'est un élément [sur lequel] je mets un peu plus d'emphase puis ils [les patients] apprécient beaucoup. Je pense, parce qu'on est vraiment leur famille puis je pense que ça les valorise aussi (Informant ME-17, lignes 16-21).

D'essayer d'amener les gens à avoir une santé mentale la plus optimale possible. Les rendre plus... qu'ils puissent apprendre de leur séjour chez nous. Qu'il soit mieux au plan psychiatrique, au plan de leur santé mentale (Informant V-14, lignes 901-904).

Ici encore, le soin en tant que processus humain est évoqué, notamment dans le choix des interventions s'offrant à l'infirmier(e) :

Quand j'ai donné mes services ici, ce que je pensais et ce que je crois toujours, c'est de donner mon aide à des gars qui ont peut-être jamais eu de l'aide. Depuis leur enfance, on pourrait dire que la plupart des gars, je pense que 90% ont eu des carences familiales

affectives, tous ces problèmes-là. Alors à quelque part, je pense que c'est de leur donner un petit peu le support puis de leur montrer que c'est des personnes et non juste des déchets de la société (Informant ME-17, lignes 9-16).

[Il faut] le rencontrer. Moi j'ai pas peur de le rencontrer. (...) ça me dérange pas de faire des entrevues parce que des fois je trouve que c'est pas... ça va avec l'être humain, hein. Des fois, c'est juste le besoin de ventiler. Il a pas besoin de faire ça avec des médicaments. Oui, il a une nervosité mais il a besoin de parler. Il a besoin, alors moi je les amène en entrevue avec moi, dans les bureaux. Moi j'ai pas peur, tu sais, puis je fais verbaliser (Informant MA-12, lignes 271-277).

Ce dernier informant lie spécifiquement l'activité « parler » avec un processus humain de soins. Ce faisant, il signale ① sa propre conception du soin en tant qu'activité humaine, ② le caractère thérapeutique de l'entretien avec le patient qui permet à ce dernier de « ventiler » ses émotions (un besoin fondamentalement humain), de même que ③ la nécessité de choisir des interventions individualisées (et individualisantes) plutôt que des interventions génériques comme l'administration de médicaments. Une telle précision de la part de cet informant met un bémol sur la représentation des patients comme un ensemble collectif de personnes qui partagent des points communs tels qu'une enfance difficile, la perte de repères sociaux adéquats, la perpétration d'un geste criminel et l'attribution d'un diagnostic psychiatrique qui commande un traitement spécialisé. De plus, il évoque au passage les émotions, telles la peur, que peuvent susciter les patients en raison de leur profil clinique et criminel et suppose que le dépassement de cette émotion est essentiel pour prodiguer un soin humain et, surtout, authentique. La peur est ainsi située comme une entrave au soin et c'est dans la domination de cette émotion (et d'autres, peut-être, telles que la colère) que l'humanité du soin infirmier émerge.

Nos informants décrivent la rencontre entre un membre du personnel infirmier et un patient comme la possibilité de créer un espace dans lequel le soin peut être construit,

notamment par le biais des différents rôles – souvent féminins – que le soignant est appelé à jouer :

Moi je suis ici un peu comme la ressource qu'ils ont toujours peut-être manquée à quelque part. (...) je suis comme leur petite sœur, je suis comme la grande sœur, tu sais dans leur tête là. Mais ils savent que je suis pas ça, mais comme quelque chose qu'ils ont pas touché puis que je présente puis qu'ils savent que je suis à l'écoute. Puis ils ont beau avoir fait des crimes crapuleux. (...) pourquoi ils se sont mis à faire des crimes comme ça, c'est parce qu'ils ont tellement eu de carences, je me dis si à quelque part on les considère puis, comme je disais tantôt, qu'ils soient un petit peu valorisés, ben moi je pense que c'est important pour eux autres. C'est beaucoup, ils l'apprécient (Informant ME-17, lignes 152-164).

La plupart du temps j'ai trouvé que d'être une femme, ça aide. Ils ont plus de, premièrement l'image de l'infirmière, c'est féminin, l'image qu'on est peut-être plus capables d'empathie (...) on est plus douces, on est plus empathiques, on est plus sentimentales, on peut plus comprendre leur problème. Eux autres ont ça dans leur tête tu sais, alors déjà là ça peut t'aider. Il y a certains détenus que c'est vraiment aidant que ce soit une femme. Comme celui que j'ai là, je vais pas le nommer mais on sait de qui je parle. Lui ça lui prend une femme. Ça lui prend une femme parce qu'il a besoin de rechercher une image de la mère (...). Il a vingt et un ans, des problèmes affectifs... Puis je suis comme une mère, une sœur, une cousine, une tante, j'ai tous les rôles avec lui! (...) Et c'est l'image féminine qui compte, c'est important que ça soit cette image-là (Informant MA-12, lignes 449-473).

Ces extraits présentent le soin infirmier comme un processus engagé, centré sur le patient et qui répond aux besoins de ce dernier. Tel que vu précédemment, les informants insistent sur le fait que le patient est avant tout un être humain en besoin de soins et que le personnel infirmier est en mesure de prodiguer ces soins. Le volet relationnel du soin infirmier est souligné dans ces extraits, ce qui diverge des notes cliniques examinées. En effet, ces dernières montraient peu d'interactions significatives entre patients et personnel infirmier et indiquaient qu'en cas de situation particulière, le PRN constituait l'intervention première. Nous ne mettons pas en doute les propos des informants en regard de l'importance qu'ils accordent à leurs entretiens avec leurs patients. En vertu de nos

observations dans le milieu, nous estimons plutôt que ces dialogues, parfois brefs, surviennent souvent de manière impromptue et informelle. Le personnel infirmier peut donc les considérer comme des événements sociaux ne relevant pas du soin comme tel ou dont les répercussions (cliniques, légales) sont minimales (contrairement, par exemple, à l'administration d'un PRN, qui requiert un certain suivi) si aucune information cruciale n'est échangée. Le personnel infirmier peut ainsi omettre de les rapporter dans les notes cliniques ou alors les résumer en une courte phrase, telle que : « Socialise de façon adéquate avec le personnel », contribuant ainsi à occulter une partie de ses activités dans les dossiers des patients.

Pour certaines infirmières, le fait d'être une femme présente un avantage dans ce milieu d'hommes, alors que cet aspect est exploité de manière thérapeutique auprès de certains patients. Le dernier extrait indique par ailleurs que des aptitudes telles que l'empathie et la douceur peuvent être considérées comme des atouts auprès des patients, si elles sont utilisées avec discernement. En ce sens, ces informants identifient le genre féminin comme un outil thérapeutique et soulignent du même coup le caractère psychosocial de la criminalité. Il s'agit là d'une des rares occasions où le personnel infirmier s'est exprimé sur les différences, sur le plan des interventions, entre infirmières et infirmiers. Contrairement à nos attentes, la question du sexe des membres du personnel infirmier en regard des processus interpersonnels avec les agents de correction n'a pas été identifiée comme étant significative par nos informants, ce qui suggère une certaine évolution vis-à-vis des représentations de tout un chacun du statut du personnel infirmier – et plus particulièrement des infirmières – au sein de la structure psychiatrico-carcérale.

Bien que les qualités humaines et relationnelles sont jugées comme étant importantes, les informants affirment également que les connaissances en matière de soins infirmiers psychiatriques sont fondamentales, tel qu'en témoigne l'extrait suivant :

Les gens doivent, avant d'être engagés, il faut qu'ils passent un examen des connaissances, des capacités et puis une évaluation des qualités personnelles [comme] l'initiative, qui est très importante, puis il y a les relations interpersonnelles. Pour moi ça c'est très important. Que quelqu'un ait toutes les compétences, c'est important, mais qu'il ait pas toutes les connaissances, pour moi c'est pas un candidat très fort (Informant J-10, lignes 1217-1233).

L'expertise psychiatrique dont se réclame nos informants réside dans la capacité à effectuer une évaluation approfondie de l'état mental mais également à se questionner sur les liens entre ce dernier et les gestes criminels qu'ont posé les patients :

Dans le milieu de la société t'as pas fonctionné. Je pense quelqu'un qui est peut-être pas antisocial entre guillemets c'est peut-être le gars qui a comme décompensé puis qui a fait un meurtre ou une voie de fait parce qu'il était psychotique. C'est peut-être pas nécessairement parce qu'il est antisocial, je voyais plus ça par une décompensation psychotique (Informant ME-17, lignes 75-79).

Qu'est-ce qui fait qu'il a peur, qu'est-ce qui fait qu'à quarante ans ça va mal? Puis des fois ils racontent leur enfance puis... (...) il y a quelque chose qui fait que cette personne-là est criminalisée, l'enfance, tout ça qui est difficile, alors que des fois ils ont besoin de verbaliser ça, de ne pas se sentir jugés (Informant MA-12, lignes 278-288).

Il va de soi que le souci d'effectuer des interventions adaptées réside dans cette nécessité d'avoir un savoir adéquat et une certaine réflexion critique en regard du rôle de soignant. Toutefois, certains insistent également sur le fait qu'une expertise robuste permet également au personnel infirmier de maintenir un rôle distinct et une identité professionnelle solide dans un milieu où certaines fonctions se recoupent fortement entre professionnels :

Je dirais que l'évaluation de l'état mental appartient à l'infirmière parce que la loi le précise. Donc, c'est l'infirmière qui doit l'avoir. L'utilisation de l'isolement, des contraintes, aussi, la loi le précise que c'est des tâches [infirmières], mais ça n'empêche pas qu'un psychoéducateur peut venir dire qu'il y a un gars qui est halluciné. (...) Le rôle d'infirmière, il faut qu'il se spécialise. Il faut vraiment qu'il embarque dans un créneau qui lui appartient, qui lui est propre (Informant J-10, lignes 1116-1123).

C'est important d'avoir un certain nombre d'années d'expérience. (...) Tu travailles avec d'autres professionnels de la santé, des gens qui ont quand même un bon background aussi, une formation... Pour être certain de ta valeur aussi, quand tu avances des points au plan clinique auprès de tes pairs, l'équipe multidisciplinaire, tu sais. Je suis sûre que ça fait une différence. En tout cas, tu vas peut-être avoir plus de facilité à prendre la place dans cette équipe-là (Informant V-14, lignes 577-589).

L'équipe multidisciplinaire est par ailleurs considérée comme un élément indispensable du soin à l'unité d'admission et, selon certains, la place du personnel infirmier dans cette équipe est pour le moins assurée :

On travaille beaucoup, beaucoup en équipe. Tu sais, si je dis que j'ai à rencontrer un gars, puis je me questionne sur certaines données, ben la personne qui est à côté de moi, (...) je vais prendre le temps de discuter avec elle avant d'aller rencontrer mon groupe. Parce que c'est un travail d'équipe, puisque c'est l'unité d'admission-observation. On a besoin des données de tout le monde pour faire un bon travail (Informant R-4, lignes 97-103).

L'infirmière, elle a une place de choix qu'elle doit préserver. (...) je pense qu'un des pivots principaux c'est l'infirmière. (...) Des changements ou des nouvelles façons de faire sont apportés par les infirmières, donc c'est un apport essentiel qu'elles offrent. [Leur fonction principale] c'est la coordination des soins par rapport à tous les intervenants de l'équipe multidisciplinaire. (...) S'il y a un apport qui doit être fait ou des actions nécessaires ou en tout cas qui pourraient améliorer la situation, c'est l'infirmière qui va l'initier (Informant V-14, lignes 20-40).

La question des relations interprofessionnelles ne concerne pas que la capacité du personnel infirmier à travailler en équipe. En effet, c'est également toute la question du dynamisme de la profession infirmière qui est invoquée dans un contexte où le personnel infirmier doit constamment trouver des moyens de mener à terme ses objectifs thérapeutiques :

C'est un rôle qu'on a mis sur pied, on doit inventer notre rôle ici parce qu'il se colle à rien (Informant J-10, lignes 14-15).

Ce dynamisme est présenté comme une condition essentielle à l'évolution de l'exercice infirmier et devant être galvanisé afin d'optimiser le statut socioprofessionnel du personnel infirmier. L'extrait suivant résume ce point de façon éloquente :

Je trouve qu'il faudrait qu'on se rencontre plus souvent, puis se dire qu'il faut renforcer nos troupes. À la rencontre du CII la semaine passée, (...) l'élan est donné. Alors je me disais il faut continuer ça, il faut alimenter ça, favoriser puis qu'il y en ait des rencontres. (...) le *timing* est bon pour que ça soit lancé puis raviver la dynamique, de souligner l'apport puis justement d'aller chercher l'expertise de l'une, de l'un, de l'autre, puis mettre ça en commun (...) Parce que ce que j'observe, c'est que chaque groupe se donne ce temps-là, se donne cette opportunité-là, sauf les infirmières. (...) c'est important parce que justement c'est leur identité aussi. Puis c'est pas d'être corporatiste non plus, mais au contraire il faut qu'on s'occupe de nous autres. Comme personnes puis comme profession (Informant V-14, lignes 1843-1881).

Cet extrait reflète une préoccupation courante chez nos participants en regard de la position stratégique qu'occupe le personnel infirmier vis-à-vis ses collègues, tout particulièrement le personnel correctionnel.

Selon nos informants, le personnel de correction est généralement considéré comme faisant partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire, ce qui a permis au personnel infirmier de « faire sa place » à l'UPP. En incluant, dans les discussions cliniques, le personnel correctionnel intéressé à s'impliquer auprès des patients, il se serait opéré un véritable changement de culture aux dires de certains : d'une culture pénitentiaire vers une culture de soins.

[Les officiers] vont changer leur façon de voir puis d'évaluer le cas, ils vont prendre un regard plus clinique (Informant RE-14, lignes 388-389).

Je pense qu'il y a beaucoup plus de reconnaissance envers les infirmières. (...) Il y a même des vieux officiers qui sont à l'intérieur des murs depuis des années qui ont vu un avantage à changer leur mode de fonctionnement. Ils ont augmenté leur niveau de relation d'aide au travers des années (...). D'être capable d'être en relation puis de penser que tu peux aider quelqu'un, il y en a pour qui ça a apporté quelque chose (Informant J-10, lignes 412-440).

Certains parlent ni plus ni moins d'une contamination du « correctionnel » par le « clinique ». Cette contamination est d'autant plus évidente lorsque des agents correctionnels d'autres secteurs viennent remplacer un de leurs collègues de l'UPP :

S'il y a un groupe [d'officiers] qui est moins « pro patient » une fin de semaine, [les infirmières] vont avoir encore à se buter avec certains agents de correction. (...) Puis généralement c'est des officiers qui viennent d'ailleurs pour remplacer, qui vont réagir comme ça mais qui vont mettre un bâton dans la relation qui s'était établie entre l'infirmière et le patient (Informant J-10, lignes 269-288).

Cette section nous a permis de voir que, de manière générale, les informants s'entendent pour dire que leurs fonctions soignantes à l'unité d'admission de l'UPP reposent sur des valeurs humaines, une expertise solide en psychiatrie, un travail d'équipe efficace (facilité par le développement d'une culture de soins) couplé à une forte identité professionnelle. Le soin « psychiatrique » n'est pas tant présenté sous l'angle de la biopsychiatrie que dans une logique de relation d'aide, d'expertise et de professionnalisme. A cet égard, les informants expriment leur sensibilité aux aspects psychosociaux de la criminalité, de même que leur disposition à se servir de leur propre personne comme outil thérapeutique. Ce soin est par ailleurs présenté comme le fruit d'une transformation de la culture du milieu, qui a permis au personnel infirmier d'exercer ses fonctions de façon plus libre et autonome.

Outre les habiletés relatives à la confiance, l'empathie et le respect évoquées par nos participants, la capacité du personnel infirmier à passer outre les délits commis par la population soignée est jugée comme étant cruciale. Un informant place même cette habileté sous le signe du professionnalisme :

Je pense qu'être une bonne infirmière, à la base, (...) ça prend quelqu'un qui est capable de se dire : « Je suis un être humain qui travaille avec des êtres humains ». Ça prend quelqu'un qui est capable d'empathie mais des fois ça peut être de contre-choquer [sic] ses valeurs. Ça prend quelqu'un d'extrêmement professionnel (Informant MA-12, lignes 595-601).

Les jugements de valeurs, notamment, sont à proscrire ou, du moins, ne doivent pas interférer avec les soins donnés :

Il y en a [des infirmières] qui focussent [sic] plus sur la criminalité du gars, moi je vais regarder mais ça changera pas mes actions (...). Je suis tout le temps pareille. Que ce soit le pire des violeurs ou quelqu'un qui a volé, pour moi la criminalité, je vais la regarder, mais ça influencera pas mes gestes (Informant MA-12, lignes 57-61).

Avec le temps, tu deviens un petit peu... un petit peu insensible à ça [au délit commis]. (...) Il faut être capable de mettre ça de côté un peu. Il faut, parce que, tu sais, on deviendrait folles à toujours entendre des délits difficiles à comprendre (Informant R-4, lignes 334-344).

J'ai des valeurs d'être humain. C'est sûr que des fois je trouve qu'un délit est écœurant (...), je vais avoir mon jugement d'être humain. Mais quand je suis dans mon rôle professionnel, je suis professionnelle. Que ça soit un gars qui a violé (...), je vais me dire que c'est écœurant mais si j'avais besoin de prendre sa température, sa tension, je vais être polie, c'est pas quelque chose qui va affecter ma profession (Informant MA-12, lignes 1167-1173).

Ce dernier extrait suggère par ailleurs que si des jugements sont inévitables en raison, d'une part de l'horreur des crimes commis et d'autre part de l'humanité du personnel infirmier face à la « non-humanité » (sous-entendue ici par l'informant MA-12) du délit, ce dernier est toutefois en mesure de passer outre cet obstacle afin de maintenir une relation soignante avec le patient. Les qualités professionnelles dont il dispose l'outille en ce sens et lui permet de maintenir une distance avec des gestes qui sont « difficiles à comprendre » – ce qui lui vaut par ailleurs de sauvegarder sa propre santé émotionnelle dans le processus soignant.

La question du délit est d'importance dans notre projet pour trois raisons.

Premièrement, il est intéressant de constater que outre ses répercussions sur la sécurité du personnel soignant, cette question a été soulevée par les informants sous l'angle thérapeutique du soin. Les liens entre le délit et les aspects sécuritaires de la pratique infirmière ont été mentionnés, mais selon nos entretiens, l'un des enjeux réside plutôt dans

la manière d'aborder cette question afin de ne pas compromettre la relation d'aide avec les patients.

Deuxièmement, tous les membres du personnel infirmier avec lesquels nous nous sommes entretenue (informants ou non) ont cité le « travail sur le délit » comme une composante à part entière de leur rôle à l'UPP. Selon eux, cette fonction implique notamment de discuter avec le patient de son méfait, de comprendre pourquoi ce dernier a été commis, d'amener le patient à reconnaître les circonstances en cause et de l'aider à développer des modes de comportement alternatifs. Ceci doit donc conduire le personnel infirmier, d'une part, à s'informer en regard du délit et, d'autre part, à aborder cette question avec ses patients. Or, selon nos entretiens, il appert que de nombreux infirmières et infirmiers ne désirent pas être au courant du crime ayant mené à l'incarcération de leurs patients (bien que cette information finisse toujours par être connue) :

Ceux qui auraient tendance à porter des jugements, pour se protéger puis demeurer thérapeutique, vont éviter de prendre connaissance de l'histoire criminelle de l'individu. Pour justement garder cette distance-là, pour pas se laisser influencer. (...) Ils se disent « Bon bien j'aime mieux pas savoir son histoire puis comme ça je demeure en contrôle puis je suis plus adéquat dans mes interventions, je demeure plus objectif » (Informant V-14, lignes 476-494).

Certains informants veulent toutefois être au courant du délit si cela peut leur donner une indication du risque que représente ce patient pour leur propre sécurité et la sécurité d'autrui :

Il faut tenir [le délit] en ligne de compte aussi, parce que admettons (...) que ses délits soient des violences sexuelles vis-à-vis des femmes, tu auras pas le même rapport. Il va falloir que tu assures ta sécurité. Ce gars-là, il a fait des délits. Puis ça veut pas dire qu'il en fera pas (Informant MA-12, lignes 39-42).

Troisièmement, le fait que les informants signalent cet aspect de leur pratique en entrevue rend d'autant plus marquante l'absence de ce dernier dans les notes infirmières.

Nous avons rapporté dans notre analyse des notes évolutives le fait que ces dernières ne soulèvent pas la question du délit, à l'exception de certaines notes d'admission. Ceci peut s'expliquer par le fait que la plupart des participants interrogés à ce sujet en entrevue affirment qu'ils craignent d'aborder la question du délit avec leurs patients. Selon eux, ceux-ci pourraient se sentir jugés et méprisés, ce qui compromettrait la relation de confiance établie avec le personnel soignant et la réussite du traitement :

Tu as beau dire : Je ne veux pas le traiter comme un détenu. Mais, tu sais quand sur ta clientèle tu as beaucoup de, par exemple, de pédophilie, ben il faut pas que tu t'arrêtes à ça. Il faut que tu apprennes à *dealer* avec ça. (...) il faut pas que tu juges la personne d'après ce qu'elle a fait. Par contre ça veut pas dire qu'on travaille pas dessus (Informant R-4, lignes 245-257).

Au début de ma carrière ici, je voyais qu'il y en avait qui disaient : « Moi je veux rien savoir, je traite un gars puis ça serait peut-être problématique par rapport à son lien thérapeutique ». Mais moi, non, je suis capable de faire la barrière puis de dire : Regarde, c'est un être humain, il a besoin d'être là, puis après, bon, on dealera avec ce qu'il a fait (Informant ME-17, lignes 135-139).

L'élément aussi c'est qu'ils se sentent pas jugés, en tout cas dans notre profession infirmière, les jugements sont plus rares. (...) Il faut que tu sois capable de te dépasser de ça puis de te concentrer juste sur l'individu, la personne puis, avec ses problématiques, ses problèmes, sa maladie (Informant V-14, lignes 473-517).

Un informant a pris la peine de préciser que son malaise en regard du méfait réside uniquement dans le fait d'aborder celui-ci, mais que si le patient introduit ce sujet lui-même, il ne conçoit aucune difficulté à en discuter avec lui et à l'écouter :

C'est rare que je vais aborder la criminalité. J'attends des fois que le détenu en parle parce que des fois ils veulent t'en parler. Là-dessus je suis bien à l'aise, ça me dérange pas s'ils veulent m'en parler. (...) Mais j'arriverais pas : « Bon c'est votre troisième mandat pour meurtre, vous ». Ça part mal, parce que le gars va se sentir jugé (Informant MA-12, lignes 387-398).

Lors de nos échanges informels avec le personnel infirmier à l'unité d'admission, cette stratégie de laisser le patient décider s'il désire ou non discuter de son méfait a été

rapportée par d'autres, qui exprimaient des réserves semblables en regard de la nature sensible de ce sujet et qui craignaient de mettre le patient sur la défensive s'ils abordaient cette problématique avec lui. Ces membres du personnel estiment donc qu'il est plus important de signifier au patient leur disposition à délaissier cette question afin de ne pas susciter de réactions négatives. Cette stratégie de « préservation » constitue selon nous une technique, chez le personnel infirmier, de concilier les aspects soignants avec les aspects disciplinaires de son mandat, un point que nous abordons à présent.

L'aptitude à mettre de côté les antécédents criminels des patients s'inscrit dans le « savoir-être » du personnel infirmier au même titre que le respect et l'empathie que les participants estiment accorder à leurs clients. Ces participants expriment ainsi une représentation profondément humaine – et même éthique – du soin. En effet, en omettant ce sujet sensible ou en laissant au patient le choix d'aborder lui-même cette question, les infirmier(e)s agissent autant pour se protéger eux-mêmes que pour préserver une certaine qualité de soins. Les informants ont tous spécifié que leur détachement vis-à-vis l'historique criminel des patients relève du fait que ce n'est pas « leur place » de juger un patient et que celui-ci a déjà fait l'objet d'une condamnation sur le plan juridique. Cette précision met en évidence un effort, de la part de ces participants, de marquer une distinction entre les fonctions correctionnelles et sanitaires de leur double rôle et de redéfinir celui-ci en plaçant les secondes à l'avant-plan de leur pratique. Il s'agit d'une distinction qu'ils communiquent également à leurs patients, afin de créer un espace exempt de jugement dans lequel ces derniers se sentent plus libres d'aborder la question de leur méfait. Dans une structure axée sur la condamnation et la punition des déviants sociaux, cette prise de position constitue une manière, à nos yeux, d'éluder (partiellement) la composante correctionnelle de leur mandat au Service Correctionnel et de renouer avec leur identité socioprofessionnelle afin de ne pas compromettre leur pratique soignante.

Le personnel infirmier ne délaisse pas pour autant le volet correctionnel de son double rôle, mais négocierait plutôt les aspects de ce dernier qu'il est prêt à réconcilier avec le volet clinique. Ainsi, bien que les participants affirment ne pas aborder la question du délit avec leurs patients, ils indiquent également qu'ils peuvent néanmoins « travailler » sur cette problématique, notamment s'ils perçoivent une ouverture en ce sens chez leurs patients. Il s'agit donc, pour le personnel infirmier, de redéfinir son rôle à l'UPP afin de maintenir une certaine congruence avec sa représentation de sa pratique professionnelle. Dans le cas du « travail sur le délit », on observe donc une articulation des fonctions cliniques et pénitentiaires du personnel infirmier, en ce sens que le « travail sur le délit » s'inscrit dans les objectifs thérapeutiques pour lesquels le personnel infirmier est mandaté. Ceci atteste sans équivoque de la convergence des missions de soin et de correction de l'UPP, du rôle fondamental que joue le personnel infirmier dans la réussite de cette hybridation et de la négociation constante des rôles socioprofessionnels qu'exige ce type de milieu de soins.

Les extraits reproduits ici nous permettent de saisir les représentations que se fait le personnel infirmier en regard du soin. Ils constituent autant de fenêtres sur les discours du personnel infirmier, selon lequel le soin constitue un exercice actif tant par le biais d'évaluations continues de l'état mental du patient (démarche de soins) que par le processus d'engagement thérapeutique qu'il requiert. La composante éthique de la pratique est mise en évidence, de même que son caractère professionnel.

La pratique infirmière à l'unité d'admission nécessite par ailleurs une expertise solide dans le domaine de la psychiatrie afin d'assurer un traitement adapté et d'aider à consolider l'identité professionnelle du personnel infirmier et éviter les confusions de rôles, telles que celles qui ont été observées à l'UPP avec l'arrivée de nouveaux intervenants. L'exercice infirmier dans ce milieu constitue, dans l'opinion des informants, une pratique

marginale qui doit s'adapter à son environnement et aux impératifs de sécurité qu'il impose. Cet élément constitue le troisième thème soulevé par les informants.

4.3.4. Représentations de l'aspect sécuritaire

Les informants sont unanimes dans leur description des effets des impératifs de sécurité sur leurs pratiques soignantes à l'unité d'admission. Tous estiment que le milieu civil (l'hôpital) implique une seule dimension avec laquelle composer – la dimension du soin, clinique – alors que leur milieu actuel leur en impose deux, à savoir la dimension du soin et la dimension correctionnelle. L'effet principal, selon nos interlocuteurs, réside dans le ralentissement systématique de leurs activités, étant donné que nombre de leurs fonctions dépendent de la présence d'officiers ou de leur autorisation pour procéder. Ce faisant, les contraintes sécuritaires s'imposent autant au personnel infirmier qu'aux patients :

Il faut que tu t'adaptes parce que les barreaux sont pas juste pour les détenus, ils sont pour nous autres aussi, alors ça nous ralentit. (...) Ça fait qu'il faut tout le temps que tu tiennes compte du côté sécuritaire, pas juste du côté du détenu, alors tu as comme deux dimensions avec lesquelles il faut que tu travailles alors qu'à l'hôpital tu as juste le côté médical (Informant RE-14, lignes 13-19).

Il faut tout le temps les aviser [les officiers] de pas mal tout ce qu'on fait. (...) Ici quand tu te déplaces, quand tu vas vers une unité, on leur dit où on s'en va, on a nos PPAS [systèmes portatifs de protection], il faut savoir où sont les boutons de panique, un peu comme dans des hôpitaux psychiatriques. Mais ici il y a quelque chose de plus, il faut aviser le personnel : où je m'en vais, qu'est-ce que je fais, comment je vais le faire. (...) Pis il y a des choses que c'est correct aussi. C'est là pour me protéger (Informant MA-14, lignes 280-298).

[Ce qui prend le plus de temps, ce sont] les barreaux, parce qu'on peut pas rencontrer les gars [les patients]. (...) C'est un peu caricaturé de dire que c'est les barreaux, mais moi c'est ça que je sens, je sens que c'est toujours les barreaux qui me bloquent pour faire ce que moi je veux faire (Informant RE-14, lignes 444-470).

Les contraintes sécuritaires s'imposent aux intervenants dès leur entrée dans leur nouveau milieu de travail. Tout un processus d'acclimatation (et d'acculturation) s'opère sur le personnel infirmier qui doit apprendre de nouveaux comportements conformes à l'ordre carcéral.

Je te dirais que au tout début là, j'ai trouvé ça assez difficile travailler dans un milieu carcéral. J'étais très impressionnée par toutes les structures, l'environnement, tu sais, physique. (...) Parce que, il faut que tu intègres toute la sécurité avant d'être vraiment confortable dans ce milieu-là (Informant R-4, lignes 13-17).

Cet apprentissage s'accomplit en grande partie avec les agents de correction, qui s'affichent comme les « experts » en matière de pratiques sécuritaires.

J'ai été chanceuse parce que j'ai commencé avec, à l'époque il y avait beaucoup de vieux gardiens, (...) ce qui fait que j'ai pu apprendre avec les vieux gardiens tout le côté sécuritaire. Fait qu'après trois mois, je dirais que j'étais vraiment confortable (Informant R-4, lignes 18-25).

Un, je suis pas habituée avec ce corps de métier-là [les agents correctionnels] et de deux, tes actions sont pas aussi spontanées parce que tu as tout l'aspect sécuritaire aussi. Tu as aussi les commentaires des officiers qui vont venir des fois changer une intervention. Sécuritairement parlant, l'intervention que toi tu avais planifiée comme idéale se fait pas, elle se fera pas (Informant MA-12, lignes 81-85).

L'apprentissage du milieu sécuritaire est présenté comme s'opérant principalement au contact du personnel correctionnel, qui a la responsabilité de la sécurité des lieux. Cet apprentissage ne se limite pas au choix des interventions cliniques (jugées sécuritaires ou non, essentielles ou non) que le personnel infirmier désire appliquer, mais s'insinue également dans des aspects plus subtils de la pratique soignante, notamment par l'habitude de certains agents de correction de corriger le personnel infirmier en cas « d'égarement » :

Ça peut être un agent de correction qui va [nous] reprendre devant un patient, qui va dire (...) « Regarde, c'est pas un monsieur, c'est un détenu ». Souvent les nouvelles infirmières sont butées à ça (Informant J-10, lignes 275-281).

Si je disais Monsieur détenu X, je pouvais me faire reprendre par la sécurité, des vieux gardiens qui me disaient « Il n'y a pas de Monsieur ici ». (...) Il n'y avait pas de monsieur ici. C'était un détenu (Informant R-4, lignes 212-222).

Les informants décrivent un processus persistant visant à conformer le personnel infirmier au code de conduite du milieu, ce qui implique une certaine conformation au mode de fonctionnement des officiers eux-mêmes. Cette conformation « socioprofessionnelle » est renforcée par le fait que les officiers et les infirmier(e)s partagent certaines ressemblances, notamment en ce qui a trait à leur proximité avec les patients (en tant que groupes assurant une présence permanente dans l'unité) – proximité dont ne jouissent pas les autres corps de métier. Un tel rapprochement, qu'il soit réel ou perçu par les patients, peut être néfaste à la manière dont ces derniers se représentent le personnel infirmier compte tenu de leurs perceptions des officiers :

Les officiers, c'est plus les règlements, faire suivre la bonne marche à suivre dans une unité, ils peuvent plus recadrer des gars au niveau sécuritaire, ils peuvent décider de mettre des menottes (...). Alors plusieurs détenus ont des craintes envers les officiers (Informant MA-12, lignes 198-206).

À cet égard, le personnel infirmier se montre prudent quant aux alliances inévitables qu'entraîne ce genre de conformation à l'ordre pénitentiaire, qui peut entraîner des effets néfastes sur la relation thérapeutique et se fait un point d'honneur de signaler aux patients les limites de telles alliances :

[Les patients] voient cette infirmière toujours en train de rire avec les officiers. Ils ont peur des officiers, ils ont pas une confiance intégrale envers les officiers, alors s'ils voient que l'infirmière est trop proche, c'est pas l'infirmière avec laquelle ils vont avoir un lien de confiance, ils vont parler à la surface (...). Moi je sais qu'ils voient que j'ai une bonne relation avec les officiers mais je suis pas en train de m'exclamer et de rire (...), ils voient que mon contact

est professionnel avec eux, alors j'ai beaucoup plus de confessions, j'ai de bons liens de confiance (Informant MA-12, lignes 174-182).

Cet informant illustre clairement la mesure dans laquelle une adhérence trop visible à l'idéologie carcérale peut avoir un impact direct sur les soins offerts, en ce sens qu'en signalant une certaine distance avec les officiers, il peut recueillir les confessions de ses patients et intervenir d'une manière jugée plus thérapeutique. Tel que vu précédemment, la question des alliances est cruciale dans ce type de milieu où règne la méfiance tant chez les patients que chez le personnel.

Le processus de socialisation pénitentiaire du personnel infirmier a entraîné des questionnements pour la majorité de ses membres, qui remettaient en question l'adéquation de leurs interventions et l'incompatibilité de leurs fonctions cliniques et correctionnelles. L'extrait suivant démontre précisément la manière dont le personnel infirmier s'est mis à surveiller et questionner ses interventions :

Tu as l'impression de recommencer à zéro. C'est vraiment très exigeant. (...) Au départ là, même la première année au moins là, je me disais, ben je n'étais pas toujours certaine. Je doutais de moi dans le contexte sécuritaire. Est-ce que mon action est adaptée, est-ce que je vais à l'encontre aussi, cette dimension sécuritaire prend beaucoup de place. Puis des fois je me disais, ben il me semble qu'on met de côté toute la dimension clinique (Informant V-14, lignes 140-147).

Bien que ces extraits concernent les premières expériences de ces informants avec les impératifs correctionnels, ces questionnements perdurent encore aujourd'hui, à divers degrés, tels que le démontrent les extraits cités dans la section précédente portant sur le soin. Par ailleurs, tout comme les informants ont largement décrit leurs patients comme étant humains et en besoin d'aide, il reste que la dimension sécuritaire s'impose continuellement à eux et commande, selon l'informant suivant, d'être constamment aux aguets face à une clientèle criminalisée au niveau fédéral :

On est dans une unité multi-niveaux. Un gars qui est au maximum ça veut dire que [dans un pénitencier maximum] il parlera même pas à l'infirmière face à face, il y a une vitre, un plexiglas entre les deux. Puis là il se retrouve ici [au niveau médium], libre, ça empêche pas que le gars peut être aussi dangereux que là-bas (Informant ME-17, lignes 537-542).

Les propos recueillis en entrevue montrent que le personnel infirmier est très sensible à la question de ses responsabilités, en regard du maintien d'un milieu de travail sécuritaire, mais également en ce qui a trait à la réussite, à long terme, de ses interventions soignantes. Le personnel infirmier prolonge donc la question de la sécurité et de l'élimination des risques au-delà de l'UPP et signale clairement son rôle à ce niveau, tel qu'illustré ici :

C'est très fort ici, je dirais le sens des responsabilités, l'imputabilité, les gens sont très très soucieux (...) sont soucieux... les infirmières en tout cas (Informant V-14, lignes 740-749).

C'est inquiétant de voir quelqu'un partir puis de savoir c'est quoi qu'il va faire dehors, est-ce qu'il va nous revenir, est-ce qu'il va commettre un autre crime? C'est notre responsabilité (Informant ME-17, lignes 499-501).

Moi je trouve que, quand j'ai montré à quelqu'un, que j'ai enseigné qu'il avait un trouble de santé mentale, que j'ai un lien thérapeutique, qu'il commence sa médication de plein gré, moi je trouve que j'ai fait ma part. J'ai fait ma part pour protéger la société quand cette personne-là va ressortir (Informant MA-14, lignes 572-576).

En exprimant leurs opinions en regard de leurs « responsabilités » (sociales, légales) afin de « protéger la société » lorsque le patient va « ressortir » et retourner « dehors », ces informants reprennent des éléments de discours de législateurs et de nombreux média en regard de la gestion des populations incriminées, c'est-à-dire des figures publiques qui parlent à la population civile sur les mesures appropriées d'incarcération et de libération des contrevenants. Cette dimension s'inscrit dans l'aspect plus large de la « sécurité » qui inclut autant la sécurité « locale » de l'unité d'admission et de l'UPP que la sécurité

« civile » hors de ses murs. Elle illustre toutefois l'influence externe d'autres agents et acteurs dans la compréhension de la criminalité, la maladie mentale, la gestion des risques et l'imputabilité. Cette imputabilité est clairement située aux niveaux tant personnel que professionnel par nos informants.

Dans le même axe de réflexion, l'un des participants a estimé pour sa part que le sens des responsabilités du personnel infirmier est exacerbé par la nature même de leur milieu de pratique, qui le démarque indéniablement des milieux civils :

Les situations sont plus aiguës, sont différentes. C'est sûr que c'est toujours un peu plus dramatique dans le milieu ici, les gestes posés des fois sont plus... intenses, percutants... plus extrêmes, quelque chose qu'on verrait moins en milieu hospitalier. On voit plein de chose en milieu hospitalier mais c'est pas la même... C'est plus extrême (Informant V-14, lignes 875-886).

L'unité d'admission se démarque d'autant plus qu'elle constitue le point d'entrée des détenus à l'UPP. De manière générale, cette unité est considérée comme présentant le risque le plus élevé à la sécurité du personnel puisque ceux qu'on y admet accusent généralement des états psychotiques ou d'agressivité marqués.

La sécurité est considérée comme une responsabilité collective qui incombe à tout le personnel, incluant le personnel infirmier. Ces informants expriment cette responsabilité en ces termes :

C'est important la sécurité, (...) je me mets pas en danger, je mets pas en danger mes collègues (Informant MA-12, lignes 54-56).

C'est notre devoir à tout le monde à s'organiser pour que la situation reste tranquille. Pas dangereuse, tu sais. Et c'est ça, tu gardes toujours ton côté sécuritaire. Si tu sais que le gars dans sa vie il a fait quatre, cinq prises d'otages pis qu'il a tué un gars, ça te reste dans la tête pareil. Puis s'il a tué quatre gars ou bien cinq, pour lui en tuer un autre c'est pas grand-chose. Tu le gardes en tête (...) tu vas prendre les moyens les plus protecteurs que tu peux utiliser (Informant R-4, lignes 1203-1213).

La notion de risque, évoquée à de nombreuses reprises dans le cadre de ce projet, apparaît comme l'un des noyaux, sinon /e noyau, de la pratique infirmière quotidienne en

milieu pénitentiaire, ce même informant allant jusqu'à désigner les pratiques sécuritaires comme pratique éthique :

Il y a une certaine distance à prendre puis y a une certaine éthique à avoir. Les rapprochements que peut-être tu aurais été capable d'avoir à l'hôpital oublie ça ici. (...) Ça a pas sa place, ça peut devenir dangereux (Informant R-4, lignes 503-509).

Cet extrait désigne clairement la pratique infirmière à la fois comme instrument sécuritaire et comme risque sécuritaire, alors que des comportements courants en milieu civil s'inscrivent dans la dimension du risque à l'unité d'admission. Cette dimension du risque force le personnel infirmier à éliminer des comportements jugés normaux, voire même thérapeutiques de son répertoire d'interventions et l'amène ainsi à étendre sa surveillance à son propre groupe :

Si tu vois une situation qui peut être grave, toi tu dois, comme membre du personnel du Service Correctionnel, faire les démarches nécessaires pour enrayer cette situation-là, parce que ça menace notre sécurité à tous. Si tu es témoin d'une collègue de travail qui fait venir un détenu dans son bureau, puis que tu trouves ça louche, puis tu t'aperçois qu'il lui prend la main puis qu'elle commence à avoir développé un sentiment pour lui, la situation peut devenir dangereuse. Tu te dois de parler de ça à l'autorité. Tu ne peux pas laisser aller ça. Lui il peut lui demander de rentrer un fusil ou n'importe quoi. (...) Alors c'est au-delà de la tâche d'infirmier parce que c'est un milieu carcéral (Informant R-4, lignes 1151-1173).

Un informant précise toutefois que certains membres du personnel infirmier s'accommodent « trop » bien de leur rôle sécuritaire et le portent au-delà de la simple prudence. Il ajoute à cet égard qu'il estime que cela s'explique davantage par des facteurs personnels qu'environnementaux, ce type de posture demeurant minoritaire selon lui :

Il y a des infirmières qui vont être, que ça va les sécuriser de s'arrêter davantage à leur rôle sécuritaire, leur responsabilité au plan de la sécurité. Puis elles vont mettre de côté la préoccupation clinique. (...) C'est comme si elles vont faire une scission entre les deux, puis elles vont oublier le mandat premier pour lequel elles sont là (Informant V-14, lignes 273-284).

Le personnel infirmier doit continuellement transiger avec l'aspect pénitenciaire de son rôle et harmoniser sa pratique en conséquence. Selon nos informants, l'aptitude à équilibrer le double rôle (clinique-correctionnel) constitue une compétence essentielle. Toutefois, aux dires de certains, des membres du personnel infirmier semblent avoir du mal à maintenir la facette soignante de leur rôle et tendent à glisser vers un style d'intervention plus carcéral :

Je pense qu'il y a deux perspectives. Tu as la perspective où est-ce que tu dis « Moi je viens ici pour soigner des personnes, ce sont des détenus mais je savais que ce serait des détenus, puis pour moi ça fait pas de différence ». Puis tu as les autres (...), que eux ça va être vraiment : « Ils sont mieux de faire leurs choses, de marcher droit, de respecter ce que je leur dis de faire », puis d'être plus directifs et contrôlants, tu sais, d'utiliser peut-être un peu plus leur pouvoir mais pas toujours dans le sens de la profession (Informant V-14, lignes 1194-1208).

Le fait que le personnel infirmier soit à risque de perdre de vue ses objectifs premiers a amené un gestionnaire infirmier à inviter l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) à venir évaluer la qualité des soins infirmiers à l'UPP – une stratégie visant à calquer la pratique soignante sur un référent véritablement infirmier, à défaut d'autres repères. L'extrait suivant explique cet événement survenu quatre ans plus tôt :

Juste pour faire reconnaître le rôle des infirmières ici, par l'Ordre des infirmières, il a fallu tirer la couverture puis dire « Youhou, on existe nous autres, venez nous voir! » Puis : « Non, non, non, on n'a pas de juridiction sur vous... ». À force de tirer un peu sur la couverture, ils ont dit : « Ok, on va aller vous voir mais on a un pouvoir de recommandation seulement ». On leur a dit « C'est tout ce qu'on veut. On veut que vous veniez nous dire : est-ce qu'on fait du bon ou du mauvais nursing ici? » Donc les infirmières se sont fait dire quand ils sont venus nous visiter qu'elles étaient bonnes, tu sais, puis qu'elles étaient dévouées et puis qu'il y avait du bon nursing qui se faisait ici. C'est parti un peu... je dirais que ça a fait évoluer le nursing (Informant J-10, lignes 60-76).

Cet informant traduit un conflit ressenti par de nombreux infirmières et infirmiers, qui ont parfois du mal à départager leurs fonctions soignantes de leurs fonctions sécuritaires et à faire valoir leur expertise sur le plan clinique. Les informants soulignent à cet égard la

manière dont certaines interventions d'ordre sécuritaire peuvent entrer directement en conflit avec le mandat de l'UPP, en exacerbant par exemple des symptômes psychotiques ou en provoquant l'escalade de l'agitation :

C'est vraiment la préoccupation première, qu'on puisse assurer notre rôle clinique, parce que souvent il y a des situations où, même au plan sécuritaire ça peut être néfaste les interventions qui peuvent être posées pour la personne au plan clinique. Puis ça peut juste détériorer la personne puis même la rendre plus agressive, plus dangereuse (Informant V-14, lignes 256-260).

Au quotidien, cette différence de perceptions peut se traduire par des divergences d'opinions en regard des gestes à poser envers les clients :

Un individu par exemple, en manie, ok? Mais des agents de correction trouvent que c'est plus la personnalité, c'est plus sécuritaire alors ils vont le gérer de façon sécuritaire. Nous, on va dire que non, c'est clinique, il a besoin d'être médiqué par exemple, il a besoin d'être en isolement, diminuer les stimuli, tu sais, des choses comme ça. Mais c'est ça, des fois les notions de santé mentale que certains agents de corrections ou certaines professions n'ont pas (Informant MA-14, lignes 24-29).

La pratique infirmière est donc dépeinte, par nos informants, comme étant extrêmement complexe en raison des nombreuses contingences de nature physique, administrative et idéologique qui investissent notre milieu de recherche. L'expertise du personnel infirmier en matière de santé mentale est par ailleurs établie comme étant fondamentale dans l'identification des interventions (sécuritaires, notamment) pouvant entraîner une décompensation du patient ou une exacerbation de ses symptômes. Elle permet également à cet informant de marquer une distinction très nette entre le personnel infirmier et les autres corps de métier qui n'ont pas ces connaissances et suggère une certaine hiérarchisation entre ceux qui possèdent ces connaissances et ceux qui ne les possèdent pas, rétablissant de manière subtile un certain différentiel de pouvoir entre les acteurs de l'unité d'admission.

En vertu de cette expertise, les informants affirment ne pas perdre de vue leurs priorités cliniques et ne pas avoir altéré leurs interventions au point de perdre le sens de leur pratique. Les extraits suivants suggèrent qu'en interaction avec un patient, le personnel soignant revient à un mode de fonctionnement « infirmier » et opère une sorte de clivage (nécessaire) entre les composantes clinique et pénitentiaire de son travail :

J'ai pas changé beaucoup, parce que moi je suis infirmière, ça fait que en avant de moi, c'est un patient que j'ai. C'est sûr que j'ai tout le temps un officier qui me rappelle que je suis en prison puisqu'il faut que je fasse attention, que je me méfie. Mais ça c'est comme juste une sécurité supplémentaire pour moi. Alors quand je suis en entrevue avec un détenu, ben moi je suis dans ma bulle d'infirmière (Informant RE-14, lignes 51-56).

Je tiens en ligne de compte que le gars a fait des délits mais pour moi je suis infirmière (...), ma première préoccupation c'est mes actes nursing, c'est mon évaluation, c'est tout ce qui a rapport avec mon métier. Ça c'est ma priorité (Informant MA-12, lignes 52-57).

Certains affirment que ce mode de fonctionnement s'avère facilité par un changement de culture qui s'opère graduellement depuis plusieurs années, tel que vu précédemment :

Quand ils ont ouvert [l'UPP] le personnel infirmier entrait puis il devait prendre sa place (...). Elle est faite la place, puis comme la plupart des gardiens sont retraités maintenant, eh bien les jeunes [officiers] qui rentrent, c'est eux qui s'adaptent à notre milieu, avec notre mode de fonctionnement (Informant R-4, lignes 671-679).

Il y a des agents de corrections qui sont des alliés incroyables pour les infirmières. Qui vont vraiment, qui vont nous aider à désamorcer des crises, qui ont vraiment une bonne approche. Puis la direction du centre aussi fait du ménage. Elle a aussi invité des gens à partir parce qu'ils ne répondaient pas au mandat du centre. On a une mission puis ces gens-là mettaient des bâtons dans les roues à cette mission-là, parce qu'ils résistaient au changement, puis leurs attitudes dans la résistance nuisaient aux autres professionnels (Informant J-10, lignes 326-341).

Le changement de culture évoqué dans ces extraits découle de plusieurs facteurs. Tout d'abord, le caractère inéluctable de la vocation de l'UPP en tant que centre de soins a amené nombre d'officiers à quitter ce milieu d'eux-mêmes pour réintégrer un

environnement entièrement correctionnel correspondant davantage à leurs aspirations. La direction de l'UPP a également joué un rôle actif dans ce processus de remaniement du personnel correctionnel en identifiant lesquels de ses membres contrecarraient l'évolution du milieu et en les affectant à d'autres secteurs. Du côté du personnel infirmier, la persistance de la majorité de ses intervenants dans l'accomplissement de leur fonction a également contribué à développer la mission médico-psychiatrique de l'UPP, comme en témoignent ces extraits :

On prend donc bien notre place, ils [les officiers] se sont laissés apprivoiser mais il a fallu que je le fasse. Si j'étais restée dans mon coin, que j'avais pas crevé d'abcès, quand il y a eu des situations, puis justement tu avais les non-dits... (...). Ça a amené une discussion dans l'équipe, puis finalement ça a complètement désamorcé puis ça a changé la dynamique, puis finalement ça a été constructif (Informant V-14, lignes 1367-1376).

La première fois (...) ça passe, tu sais, tu fais un petit sourire, je viens d'arriver là alors j'essaie d'être fine. Deuxième fois, encore un petit sourire. Troisième fois, je me suis revirée de bord (...) Et ça a été fini, c'est la dernière fois qu'on m'a offusquée (Informant MA-12, lignes 1737-1752).

Ces extraits illustrent une volonté du personnel infirmier de créer et maintenir un espace dans lequel inscrire sa pratique soignante. Les prises de position évoquées dans les deux derniers extraits constituent selon nous des actes infirmiers de résistance à l'idéologie pénitentiaire, jugée comme opprimante et menaçant l'intégrité de l'exercice infirmier, dans une stratégie de négociation d'un espace où peut et doit s'inscrire le soin. En voulant protéger la place accordée au soin à l'unité d'admission, c'est également le patient et ses intérêts que le personnel infirmier défend, confirmant ainsi la nature éthique de sa pratique. Dans l'ensemble, les propos relatant ce type de stratégies indiquent qu'elles se produisent au niveau individuel, c'est-à-dire que ces actes de résistance prennent place de manière spontanée dans des situations précises et selon l'initiative de l'intéressé(e) contre

l'idéologie pénitentiaire et ses agents. Il traduit un esprit de persévérance manifestée tant dans le dialogue que le conflit avec le personnel correctionnel.

4.3.5. Condensé comparatif

Notre analyse nous a permis de mettre plusieurs divergences en valeur entre les propos écrits (notes infirmières) et verbaux (entrevues privées). Afin de nous aider nous-mêmes à gérer au mieux l'abondance d'information présentée dans les résultats, nous avons jugé utile de résumer l'ensemble de nos données dans un tableau comparatif reprenant les concepts de patient et de soin comme objets de discours (voir Tableau 4.4). Cet exercice permet de surcroît de mettre davantage en évidence les différences notées dans la manière dont le personnel infirmier s'exprime en regard de ces objets de discours.

Bien que nous ayons identifié des thèmes autres que *patient* et *soin* dans notre analyse (ex : aspects sécuritaires), ce sont les deux objets de discours ciblés au départ par notre projet de recherche. Il s'agit également de ceux accusant les plus fortes dissonnances conceptuelles à travers nos sources de données. Le tableau reprend l'essentiel de notre analyse. Nous regroupons les éléments tirés des notes évolutives sous la rubrique « Propos écrits ». Les données recueillies oralement auprès du personnel infirmier figurent dans la rubrique « Propos verbaux ». Dans l'ensemble du tableau, nous avons organisé les éléments de façon légèrement différente, quoique cela ne modifie en rien la substance même de notre réflexion.

	Notes évolutives	Entrevues
Construction du patient	<u>Passif</u> : • emphase sur activités, notamment à caractère social • progrès réalisé invisible • propos peu rapportés <u>Ne se démarque pas de ses pairs</u> : • aucune référence au diagnostic • aucune référence au délit • accent sur la conformité <u>Dyade bon / mauvais patient</u> : • déviant (résistant à la discipline) • collaborant (normalisé) • perturbé (malade, psychotique) • doit apprendre de nouveaux comportements • doit gérer sa médication	<u>« Humain »</u> : • lourd passé (carences) • malade sur le plan psychiatrique • a des besoins que l'infirmière peut combler • a une opinion devant être prise en compte • veut recevoir de l'aide <u>Criminel</u> : • a commis un délit grave • peut être dangereux et manipulateur • doit être protégé de lui-même et des autres
Construction du soin	<u>Invisible</u> : • absence d'une relation thérapeutique • absence d'interactions significatives • peu d'évaluations formelles • absence de la démarche de soins • peu de référence au plan de soins • aucune référence aux objectifs thérapeutiques • contenu des discussions avec le patient peu ou pas rapporté • aucune mention du délit (sauf certaines notes d'admission) • vocabulaire souvent familier • économie de détails <u>Disciplinaire</u> : • collaboration du patient comme objectif fondamental du traitement • maintenir l'ordre et le calme • utilisation de la médication comme intervention première • poste infirmier comme point stratégique d'observation <u>Subordonné</u> : • ne s'oppose pas à l'ordre carcéral et ses agents • dilué dans l'équipe multi : personnel infirmier comme instrument de l'équipe • évaluations délaissées aux psychologues	<u>Centré sur le patient</u> : • actif : démarche de soins • vision à long terme • exempt de jugements • soin individualisé • rencontres comme espace thérapeutique • inclusion de la question du délit dans le soin <u>Expert</u> : • évaluations psychiatriques approfondies • connaissances, compétences, expérience avec l'âge <u>Professionnel et dynamique</u> : • éthique • pratique inventée en l'absence de référents • marginal, engagé • sécurité ne doit pas compromettre le soin • négociation des aspects correctionnels du double rôle • rôle d'avant-garde dans l'équipe multi • vocabulaire technique • menace perçue via l'arrivée de nouveaux joueurs – confusion de rôle <u>Sécuritaire</u> : • soin dépendant de la sécurité • responsabilité vis-à-vis collègues et société

Tableau 4.4 : Condensé comparatif de la construction du patient et du soin.

4.4. Synthèse des résultats : les pratiques discursives du personnel infirmier à l'unité d'admission

Notre recherche nous a permis de discerner différents types de discours opérant à l'unité d'admission. Nous avons noté une différence dans ces discours selon que l'on examinait les notes cliniques, que l'on observait les activités et les interactions quotidiennes ou que l'on s'entretenait en privé avec le personnel infirmier. Nous désirons clarifier une nouvelle fois la raison pour laquelle ces trois sources de données ont été sélectionnées. Les lieux de travail tels que le poste infirmier, les bureaux d'entretien et les feuilles de notes constituent tous des espaces discursifs constituant des possibilités d'existence de certains discours et des impossibilités d'existence pour des discours alternatifs. L'objectif n'est pas de déterminer quels discours reflètent le plus justement la pratique infirmière dans ce milieu mais de saisir les objets de ces discours (ex : le patient, le soin, la sécurité), de même que les raisons pour lesquelles tous ces discours sont perçus comme étant légitimes dans ces espaces discursifs précis et illégitimes dans d'autres espaces. La mise en contraste des données obtenues de ces différentes sources n'a donc pas servi à juger, par exemple, de la franchise des participants à notre égard, en comparant leurs propos en entrevue avec leurs propos en discussions cliniques ou au sein de leurs notes évolutives. Il s'agissait plutôt de comprendre, dans divers contextes, les représentations de ces participants en regard de leur pratique et d'examiner les effets de celles-ci sur la production d'identités des patients et du personnel infirmier de même que la construction du soin infirmier à l'unité d'admission.

Nous avons dégagé cinq types de discours de nos analyses, chacun présentant des concepts-clés et comportant des implications différentes en regard de la construction du patient, du personnel infirmier et du soin infirmier :

- discours de soins
- discours pénitentiaire

- discours biomédical psychiatrique
- discours de professionnalisme
- discours de résistance

Les particularités propres à chacun de ces discours sont résumées dans le tableau 4.5.

Nous avons identifié plusieurs concepts faisant écho aux écrits infirmiers consultés avant de débiter notre recherche. Il s'agit notamment du soin (et la relation thérapeutique), de la personne (le patient, mais également le personnel infirmier) et de l'environnement (contexte sécuritaire et ses contraintes). Ces concepts ne sont pas immuables (c'est-à-dire qu'ils n'ont pas une essence immanente), mais prennent au contraire un sens différent selon le discours examiné. En ce sens, ils constituent à part entière des objets de discours qui n'ont pas de définition ou de signification fixe, même si, dans le cadre de notre recherche, ces discours et leurs objets de discours sont exprimés et décrits par un même groupe, à savoir le personnel infirmier.

4.4.1. Les discours du personnel infirmier à l'unité d'admission

4.4.1.1. Discours de soins

Nous avons perçu ce discours comme étant plus visible dans le cadre d'entrevues privées. Le patient constitue l'un des objets principaux de ce discours. Bien que le terme *patient* n'ait été employé que dans le cadre des entrevues par la majorité du personnel infirmier, les caractéristiques qui lui sont octroyées cadrent avec la conception largement théorisée du patient (et qui se dégage de notre recension des écrits) en tant que personne en besoin d'aide et qui peut changer notamment en apprenant des comportements et des modes d'interactions plus sains. Le patient a une voix dont il faut tenir compte, étant le mieux placé pour décrire sa condition et son expérience. Aux dires des informants, c'est une personne qui a généralement eu une enfance difficile caractérisée par une carence

affective marquée. Ses comportements antisociaux découleraient en grande partie de facteurs socioculturels, économiques et environnementaux dont il faut tenir compte pour envisager une réinsertion sociale et diminuer les risques de récidive. Ce processus de transformation est facilité par l'infirmier(e) qui sert d'outil thérapeutique à travers la relation d'aide. Celle-ci commande le respect et l'empathie du personnel infirmier à l'égard du patient. Le personnel infirmier doit notamment assurer un environnement qui ne met pas à risque la santé du patient et doit procéder à des évaluations de l'état mental régulières afin de déceler toute progression ou dégradation de sa condition. Toutes les interventions infirmières devraient être centrées sur le patient, qui peut voir dans l'infirmière une figure sociale (parentale, par exemple) qu'il n'a jamais eue, ce qui n'est pas sans rappeler le rôle infirmier de suppléante (*surrogate role*) dont parle Peplau (1988), qui permet au patient d'assigner à l'infirmière un rôle particulier en vue de combler une lacune qu'il ressent. Ceci souligne également le lien qui s'établit entre membres du personnel infirmier (tant les hommes que les femmes) et leurs patients, de même que les effets bénéfiques qui en découlent, notamment l'apprentissage de nouveaux rôles et comportements afin d'aider la personne à réintégrer la société et redevenir citoyenne à part entière.

4.4.1.2. Discours pénitentiaire

Le discours pénitentiaire du personnel infirmier est marqué dans notre étude et ce, tant dans les notes évolutives que dans les propos en entrevue et dans les interactions quotidiennes. Le rôle de l'infirmière visant à assurer la sécurité de l'unité est très présent et nos données traduisent un souci prioritaire à ce niveau. Au-delà de leur observation constante du milieu, les infirmier(e)s constituent un outil de surveillance par le biais de leurs interactions avec les patients qui leur permettent notamment d'établir si ces derniers pourraient représenter un danger pour eux-mêmes ou autrui, soulignant ainsi la responsabilité collective que représente la sécurité.

Le patient est un criminel ayant commis un délit grave qui appelle le personnel infirmier à la prudence et à l'identification de risques. Il est soumis à l'ordre carcéral en dépit de son séjour à l'UPP. À l'unité d'admission, il suscite d'autant plus la vigilance que son admission s'effectue sur la base de comportements décompensés et en ce sens, il doit faire l'objet d'une surveillance assidue. Dans les notes évolutives, celle-ci est manifeste dans chacune des entrées inscrites aux dossiers. Le patient y apparaît comme un objet soumis au regard permanent du personnel infirmier et en ce sens, adopte un caractère passif. Ceci est renforcé par le fait que ses propos ne sont pas inclus dans les notes évolutives, ce qui a pour effet de disqualifier sa perspective dans cette source de données.

	Discours de soins	Discours de professionnalisme	Discours biomédical psychiatrique	Discours pénitentiaire	Discours de résistance
Éléments-clé	Soin, patient, personne, changement, relation thérapeutique, traitement, collaboration / négociation, choix / décisions	Inventer le rôle, validation par le biais de l'ordre professionnel, profession infirmière, formation continue, développement professionnel, réflexion critique, responsabilité, accréditation, collaboration multidisciplinaire, CII, désir de promouvoir la recherche (infirmière surtout)	Diagnostic, gestion des symptômes, pharmacologie / médication, traitement, observance, connaissances spécialisées	Sécurité, observation, risque, contrôle, manipulation, surveillance, détenus, délinquants, loi du silence, conformité à l'ordre du milieu	« Faire sa place », contamination du pénitentiaire, « choisir ses alliances », conflits, changement de culture
Construction du patient	Personne en besoin d'aide, qui peut changer, active dans son traitement, qui a une opinion propre, expert de sa condition et de ses expériences, qui a connu des carences affectives, enfance difficile, « Monsieur »	Bénéficiaire du soin, participant à part entière aux soins	Psychothèque, malade, dépressif, comportements pathologiques, doit prendre des médicaments, doit collaborer pour se rétablir	Délinquant, détenu, bandit, « soucoupe », source de risque, potentiel violent, déviant, manipulateur, qui risque de récidiver, soumis au regard du personnel, « objet »	Bénéficiaire de la résistance
Construction du personnel infirmier	Agent de changement, avocat du patient, professionnel, outil thérapeutique, guide	Professionnel, expert, mandat et vision précis, compétence, place primordiale dans l'équipe multidisciplinaire, forte identité professionnelle	Agent d'évaluation de l'état mental, expert, gestion des médicaments, décisions relatives au traitement (PRN, transferts)	Agent responsable de la sécurité et des soins, observateur rigoureux, peut présenter un risque si ne se méfie pas ou si se laisse manipuler	Agent de résistance
Construction du soin	Relation thérapeutique possible et indispensable, réinsertion sociale / réadaptation, soin fondé sur l'échange franc et ouvert, empathie, respect, contrainte et rendu possible par la sécurité	Service à la population, responsabilité sociale, expertise, amélioration du bien-être	Reconnaître et soulager la détresse psychique, gérer les états psychothiques et les crises, assurer l'observance au traitement, contrôler les symptômes de la maladie	Maintenir un milieu sécuritaire (rôle sécuritaire)	Marques de politesse envers le patient, alliances stratégiques, inclusion des agents correctionnels dans les discussions cliniques

Tableau 4.5. Caractéristiques des discours identifiés à l'unité d'admission.

Officiellement, le personnel infirmier, en tant qu'agent soignant, se voit également attribuer les fonctions d'un agent de la paix, c'est-à-dire qu'il prend part de façon entière au « projet pénitentiaire » du milieu. Il constitue un instrument de sécurité de par ses interventions, notamment l'observation, la surveillance, l'évaluation des risques lors de l'admission, l'identification de comportements prohibés (ex : menaces, complot, trafic) et l'application des règlements. En vertu de son double rôle, le personnel infirmier se situe au carrefour d'idéologies souvent paradoxales et doit donc faire preuve de créativité dans l'harmonisation de ses interventions. Bien qu'en entrevue l'on s'entende pour dire que la sécurité ne doit pas compromettre l'intégrité du soin, l'on reconnaît également que, concrètement, elle joue un rôle de premier plan en tant que produit d'une idéologie (carcérale) dominante. Ce constat transpire fortement à travers les notes évolutives, alors que dominant l'ordre, le calme et la capacité du patient à rester en contrôle, de même que les activités d'ordre disciplinaire mises en œuvre par le personnel infirmier à ces fins.

Les représentations du personnel infirmier interrogé en regard de ses fonctions hybrides font montre d'une nette dissonance à de nombreux égards mais présentent aussi des sphères d'intervention qui réunissent et accordent les volets thérapeutique et correctionnel de ce rôle hybride. Le sens de l'imputabilité qu'expriment les participants interrogés est éloquent en ce sens, vis-à-vis le souci que suscite le retour en société des patients dont ils ont la charge. En entrevue, l'on parle plutôt d'un équilibre à atteindre entre activités cliniques et sécuritaires afin que les premières ne souffrent pas des contraintes du milieu. Les participants reconnaissent en leurs patients des personnes dangereuses et les risques à la sécurité leur sont généralement attribués. Toutefois, la pratique infirmière elle-même est également identifiée comme un élément de risque pouvant compromettre l'intégrité du milieu, amenant ainsi les infirmier(e)s à étendre leur surveillance à leur propre personne et celle de leurs collègues. Les tentatives de manipulation de la population incarcérée les poussent à faire preuve de vigilance et les comportements considérés

comme étant « soignants » en milieu civil prennent la forme d'une conduite inappropriée. Le personnel infirmier se voit donc contraint de « purger » de sa pratique les façons « d'être » qui ne cadrent pas avec la culture pénitentiaire. Cet aspect du quotidien infirmier est nettement exprimé dans les propos recueillis auprès des informants, qui évoquent cette épuration comme une étape essentielle à la conciliation soin-sécurité. Quant aux notes évolutives, c'est plutôt le résultat de cette purge qui transparaît, en ce sens que les activités infirmières décrites se réclament d'une perspective carcérale plutôt que soignante.

Le personnel infirmier identifie des conflits fréquents entre les interventions soignantes et sécuritaires requises dans des situations de crise, alors que les secondes (qui ont préséance) peuvent directement causer une exacerbation des symptômes liés à la pathologie psychiatrique. Le personnel infirmier se voit donc contraint d'assujettir sa pratique aux impératifs du milieu, d'abord en se soumettant aux interventions sécuritaires prescrites puis en apportant aux patients les soins nécessaires lorsque ces interventions (ex : une extraction de cellule) ont provoqué une dégradation de leur état mental.

L'examen du discours pénitentiaire permet également de soulever un troisième mode d'assujettissement de la pratique infirmière à la culture pénitentiaire, alors que l'exercice infirmier est décrit comme étant soumis à la loi du milieu, ce qui, selon nos informants, met en péril l'intégrité des interventions. Dans les propos recueillis, cet aspect est directement lié aux agissements de certains membres du personnel correctionnel qui ne font pas l'objet d'une dénonciation auprès des autorités pertinentes. Il s'agit là d'une indication sans équivoque de la nature dominante de la culture pénitentiaire, bien que l'on affirme que de tels événements surviennent rarement.

L'organisation de l'environnement module les interactions interpersonnelles et les soins et bien qu'elle se veuille un milieu de thérapie, l'unité d'admission est clairement agencée et organisée de manière à favoriser une visibilité constante des patients (et des

intervenants). Les informants affirment qu'ils s'accommodent généralement bien de la composante sécuritaire de leur travail (hormis la lenteur des interventions qu'elle leur impose parfois) et soutiennent que les deux aspects du soin et de la sécurité peuvent être conciliés et harmonisés sans que cela ne mette en péril la qualité des soins prodigués.

4.4.1.3. Discours biomédical psychiatrique

Compte tenu de la vocation de l'UPP en tant qu'hôpital psychiatrique régional, nous nous attendions à ce qu'un discours axé sur la psychiatrie soit dominant à travers nos données. Étonnement, ce discours, bien que présent, est plus discret que nous ne l'avions supposé. Il est évoqué dans le cadre notamment de l'explication par le personnel infirmier de la raison d'être de l'UPP et du rôle de l'unité d'admission, de la condition du patient admis dans celle-ci et du rôle que ce dernier est appelé à remplir afin de se remettre, par exemple, d'un épisode psychotique ou dépressif. Ce discours transparaît également dans les propos des informants en regard de l'expertise du personnel infirmier en matière de santé mentale. Cette expertise n'étant pas partagée de manière semblable par tous les corps de métier à l'unité d'admission, elle constitue un élément de départage de ceux-ci, ce qui résulte parfois en des conflits dans le choix des interventions (ex : médication *versus* recours à la force), de même qu'une subordination des interventions psychiatriques disponibles (ex : administration de PRN, mise en salle d'isolement, recours aux contentions) aux desseins correctionnels (rétablissement de l'ordre, modification de comportement).

Le discours biomédical psychiatrique construit le soin infirmier autour de l'évaluation de l'état mental, de la gestion et du soulagement des symptômes psychiatriques (notamment l'agitation et les hallucinations) et de l'élaboration d'un plan de traitement auquel le patient doit collaborer. Les objectifs thérapeutiques du plan doivent concorder tant avec le diagnostic établi qu'avec les capacités du patient à participer au

processus. Or, tel que vu précédemment dans les notes évolutives, les activités infirmières s'arrêtent principalement à l'observation et à la gestion de comportements signalant une certaine perturbation. Les rapports d'évaluation de l'état mental sont limités la majeure partie du temps à la fiche de liaison (remise par l'infirmière de liaison) et l'entrevue d'admission et demeurent virtuellement absents des notes quotidiennes, alors que les évaluations approfondies sont effectuées par les psychiatres et les psychologues. Par ailleurs, le soin individualisé évoqué dans le cadre des entrevues disparaît, dans les notes infirmières et fait place à des interventions uniformes pour l'ensemble des patients de l'unité d'admission.

La médication neuroleptique constitue une composante visiblement centrale du plan de traitement dans les notes évolutives. D'une part, l'on insiste clairement sur l'observance de la prise de la médication dans les plans de soins et d'autre part, elle demeure la stratégie principale dans la gestion de comportements perturbateurs et de l'anxiété afin d'aider le patient à reprendre le contrôle de lui-même. La gestion (et l'enseignement) de la médication constituent des interventions prioritaires et la collaboration du patient à ce niveau est présentée comme élément pivot de la réussite du traitement. En vertu d'un tel discours, le patient apparaît comme une personne souffrante, à risque de perdre le contrôle et pouvant présenter un risque sur le plan de la sécurité. Dans les notes évolutives, ses comportements font l'objet d'une surveillance constante dans le but d'identifier tout signe de décompensation. Bien qu'il soit considéré, selon les propos recueillis, comme un participant actif au processus de traitement, le patient paraît passif selon les notes infirmières, alors que sont appliquées sur lui des interventions expertes. L'objet de sa pensée n'est pas rapporté, alors que la perception du personnel infirmier domine les écrits, ce qui contribue à effacer le patient en tant qu'interlocuteur légitime.

Les infirmier(e)s font montre d'un questionnement critique en regard des diagnostics psychiatriques attribués aux patients (Axe I, Axe II), de l'influence de l'environnement immédiat (physique et social) sur leur incidence, du lien entre ces troubles et la délinquance et des modalités de traitement en cours. En entrevue, les informants manifestent un certain scepticisme quant à la pertinence de certains diagnostics mais reconnaissent la médication neuroleptique comme un atout essentiel dans leur répertoire d'interventions. L'importance attribuée à la médication s'inscrit davantage dans une perspective biopsychiatrique, bien que le personnel infirmier, en entrevue, parle de facteurs sociaux et environnementaux comme explicatifs de la maladie mentale, de comportements perturbateurs et de la criminalité. Ceci démontre une certaine réflexion critique (et théorique) en regard des liens unissant la maladie mentale à la délinquance et des interventions appropriées. Toutefois, cette remise en question est invisible dans les dossiers des patients, de même que l'expertise globale en psychiatrie dont se réclame le personnel infirmier.

4.4.1.4. Discours de professionnalisme

Le discours axé sur la pratique infirmière en tant que pratique professionnelle est également plus en évidence dans les propos verbaux du personnel infirmier. Selon ce dernier, la pratique infirmière doit répondre à des normes de qualité rigoureuses. En tant qu'intervenants dans un centre unique en son genre dans l'est du pays, les infirmier(e)s de l'UPP ont dû constamment se référer à leurs normes professionnelles dans l'accomplissement de leurs tâches. La visite de représentantes de l'OIIQ sur la demande d'une gestionnaire infirmière constitue l'une des stratégies en ce sens et reflète le souci des dirigeants infirmiers de répondre aux standards en cours, même si, au plan administratif, l'OIIQ n'a aucune juridiction sur l'UPP.

En entrevue, les participants ont souligné la nécessité pour les premières infirmières embauchées à l'UPP d'inventer le rôle infirmier en l'absence de référents connus. Depuis son ouverture, diverses stratégies ont contribué, directement ou indirectement, à « valider » ce rôle, tel que la visite des représentantes de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), l'agrément de l'UPP et la création d'un chapitre du Conseil International des Infirmières (CII). Par ailleurs, ce souci d'amélioration continue des soins a amené la direction clinique à promouvoir la recherche en santé. Contrairement à son homologue dans l'ouest du Canada, l'UPP n'est pas affiliée à un établissement universitaire, ce qui rend plus difficile l'attraction de chercheurs qualifiés ou d'étudiants de cycles supérieurs. Dans ce contexte de changement, d'évaluation et d'amélioration continus, c'est donc tout le caractère dynamique et innovateur de la profession infirmière qui est invoqué. Il s'agit là d'un élément d'importance en regard des dynamiques interprofessionnelles, notamment au sein de l'équipe multidisciplinaire.

L'équipe multidisciplinaire est largement identifiée comme facteur déterminant de la qualité des soins, mais certains participants estiment que les infirmier(e)s doivent veiller à préserver le rôle qu'ils y jouent. La position du personnel infirmier dans l'équipe multidisciplinaire est difficile à cerner dans les notes évolutives, en ce sens que le personnel infirmier y apparaît comme un instrument de relai de requêtes et de transmission d'information auprès de l'équipe. En revanche, les entrevues ont plutôt permis de souligner son statut professionnel, expert et dynamique – des caractéristiques qui lui permettent de maintenir une forte identité professionnelle, d'une part en regard de son double rôle, et, d'autre part face aux nouvelles catégories d'emploi créées à l'UPP (psychoéducateurs et travailleurs sociaux), dont les fonctions demeurent ambiguës pour plusieurs. Enfin, l'intégration graduelle des agents correctionnels au sein de l'équipe est généralement considérée comme un phénomène bénéfique en ce sens qu'elle a permis un changement de culture au profit d'une culture soignante, créant ainsi un espace où peut

s'accomplir l'exercice infirmier. À la lumière de tels constats, l'on distingue aisément la nature éminemment politique d'un discours axé sur le professionnalisme de l'exercice infirmier à l'unité d'admission, qui permet d'équilibrer les relations de pouvoir entre les différents protagonistes à l'unité d'admission.

En entrevue, nous avons ressenti un net besoin de la part du personnel infirmier de présenter sa pratique comme étant de qualité, ce qui se traduit notamment par une préoccupation au niveau des actions posées, de leur congruence avec les fondements théoriques de la profession infirmière et de leurs répercussions au-delà du départ du patient de l'UPP. Nos entretiens illustrent clairement la préoccupation des participants en regard de leurs interventions et de leur influence sur les agissements des patients après leur départ de l'UPP mais également lorsqu'ils auront purgé leur peine et auront réintégré la société. Cette vision à long terme du « sort » du patient est d'intérêt pour deux raisons. Premièrement, elle marque une forte contradiction avec la nature ponctuelle des interventions visibles dans les notes cliniques, qui présentent plutôt le soin sous l'angle du « ici et maintenant ». Deuxièmement, cette vision présente une articulation, discrète mais bien présente, du rôle composite du personnel infirmier. En effet, l'on saisit sans mal la manière dont le soin infirmier est placé au service d'une logique de contrôle social qui doit s'étendre au-delà des murs du pénitencier. Les responsabilités du personnel infirmier en tant qu'agent de soins et agent de la paix visent donc une réinsertion sociale réussie qui élimine autant que possible les risques de récidive. La responsabilité à cet égard que s'attribue le personnel infirmier est indicative de la perception qu'il a de lui-même en tant que membre d'une profession qui énonce clairement ses responsabilités, tant déontologiques que légales.

Tel que vu plus tôt, le professionnalisme est également présenté comme étant l'élément permettant au personnel infirmier de maintenir une certaine distance vis-à-vis ses patients afin d'être en mesure de prodiguer des soins sans toutefois les juger, ce qui

évoque le sens de l'éthique de certains membres du personnel infirmier et signale son souci de situer sa pratique sous l'angle du professionnalisme. Il s'agit d'un concept puissant qui évoque, dans le domaine de la santé, une expertise utilisée dans une optique d'amélioration de la santé de toutes les populations, sans égard au « mérite » social pouvant leur être attribué. Ce faisant, le personnel infirmier signale son sens humain et éthique de même que son souci de maintenir une qualité de soins élevée dans un milieu aux contraintes (physiques, idéologiques) multiples.

4.4.1.5. Discours de résistance

Ce discours est plus subtil que les autres mais transpire par moment dans les entrevues. Il se situe au carrefour des discours soignant et pénitentiaire, en créant des possibilités d'existence et d'épanouissement pour le premier, en marge du second. Il reflète une certaine prise de conscience en regard des effets de la culture pénitentiaire sur le soin et des conflits de nature éthique que cette dernière engendre dans les contextes d'intervention du personnel infirmier.

Les informants expriment une prise de conscience en regard des relations de pouvoir à l'œuvre dans un milieu tel que l'unité d'admission de l'UPP. La culture pénitentiaire est clairement identifiée comme étant dominante dans ce milieu qui se veut également un centre de traitement. La résistance à cette culture émerge alors dans le but de favoriser l'émergence d'un contre-discours (soignant) et préserver l'espace thérapeutique dans lequel les infirmier(e)s peuvent exercer plus librement. L'on a souligné plus tôt la négociation par le personnel infirmier des aspects correctionnels de son double rôle dans ses interactions avec les patients et ses objectifs à long terme en regard de la réinsertion de ceux-ci en société. Cette négociation permet notamment au personnel infirmier d'exercer ses fonctions en demeurant aussi fidèle que possible aux principes théoriques et déontologiques qui régissent sa profession. À cet égard, des stratégies

visant à permettre au personnel infirmier de « renouer » avec ces principes fondateurs ont été instituées telles que les recommandations obtenues de l'OIIQ et la création d'un chapitre du CII à l'UPP.

Par ailleurs, en prenant conscience des relations de pouvoir à l'œuvre dans ce milieu, le personnel infirmier prend garde de choisir ses alliances avec discernement. Le personnel de correction, tout particulièrement, est identifié comme pouvant compromettre les activités thérapeutiques du personnel infirmier. À cet égard, nous avons noté deux types de stratégies à l'œuvre dans le cadre des interactions quotidiennes avec le personnel correctionnel, stratégies qui reposent notamment sur la disposition des officiers à endosser la vocation thérapeutique de l'UPP. Ainsi, le personnel infirmier peut-il chercher à prendre ses distances de ces agents de correction qui demeurent fidèles à une perspective carcérale ou chercher à infléchir les comportements de ceux démontrant un intérêt à s'impliquer dans les soins aux patients. Cette négociation des alliances (notamment par le biais de l'équipe multidisciplinaire) signale une prise de conscience sans équivoque du pouvoir que détient le personnel infirmier dans ses efforts de promouvoir un discours de soins et de concrétiser un changement de culture à l'UPP en général et l'unité d'admission en particulier vers une perspective plus soignante. Ces efforts visent à situer le discours de soins comme un contre-discours légitime qui s'inscrit précisément dans la raison d'être et le mandat de l'UPP. Le personnel infirmier se constitue comme l'agent de cette résistance (sujet de pouvoir), alors que le patient en est le bénéficiaire.

La nature politique d'un discours de résistance tel que celui identifié à l'unité d'admission est mise en évidence dans la tension créée et maintenue entre les objectifs structurels contradictoires de l'unité d'admission en tant que milieu thérapeutique et de détention, objectifs que doit reconduire le personnel infirmier dans le cadre de ses fonctions. Toutefois, il convient de souligner la nature politique de toute pratique discursive

qui identifie, catégorise, décrit et octroie un sens à des événements, des pratiques ou des structures. L'obscurcissement de la nature politique d'un discours peut résider précisément dans la réussite d'un discours à s'octroyer un caractère neutre et souvent totalisant, mais elle est aisément mise en évidence en présence d'un contre-discours qui remet ses logiques en question. La section suivante permet précisément de poursuivre cette entreprise que nous avons implicitement amorcée tout au long de ce chapitre. Ce faisant, nous mettons en valeur les paradoxes inhérents à leur co-existence et leurs effets sur la pratique infirmière à l'unité d'admission.

4.4.2. Similitudes, ambivalences et paradoxes

Les différentes catégories de discours identifiées attestent de la nature fluide des discours à l'œuvre à l'unité d'admission et mettent en évidence les relations complexes entre divers objets de discours. Bien que nos informants se soient parfois exprimés en regard de certains faits à l'échelle de l'UPP plutôt que de l'unité d'admission, nous considérons que les pratiques discursives identifiées dans le cadre de ce projet relèvent de l'unité d'admission. Ces informants étaient des intervenants réguliers de l'unité d'admission et les propos exprimés en regard des pratiques quotidiennes touchaient précisément ce secteur, plutôt que l'UPP en général, bien que des membres du personnel infirmier d'autres unités puissent partager ces opinions. Par ailleurs, les notes infirmières examinées ne concernaient que des patients venant d'être admis à cette unité. Nous demeurons donc sensible au caractère localisé, dans le temps et dans l'espace, des discours identifiés.

Nos entretiens, tant formels qu'informels, s'étant échelonnés sur plusieurs mois, nous avons pu constater la nature changeante des pratiques discursives. Outre la personne avec laquelle nous avons discuté, le contexte de l'entretien pouvait influencer celles-ci. Dans le cadre d'un projet de recherche tel que celui-ci, le contexte immédiat (ex :

prise d'otage à l'unité quelques jours plus tôt, admission d'un cas complexe) ou plus global (ex : changement de gouvernance) modifie les représentations (elles-mêmes transitoires) des acteurs dans ce contexte. Les pratiques discursives à l'œuvre signalent des normes courantes à l'unité d'admission (ex : quel type de comportement est toléré ou non par le personnel infirmier) et créent des espaces d'intervention qui s'inscrivent dans ces normes. Nous avons discerné ces interventions dans le cadre de nos observations, en examinant les notes cliniques décrivant celles-ci ou en interrogeant certains membres du personnel infirmier.

Les discours identifiés coexistent en permanence à l'unité d'admission et si certains se recoupent et présentent certaines similarités, d'autres comportent des différences fondamentales. Nous avons contrasté ces discours afin de mettre en évidence leurs relations complexes et souvent tendues, de même que les règles qui régissent leur existence. Ces discours modulent de façon continue mais à divers degrés la pratique infirmière à l'unité d'admission. Alors que le personnel infirmier se situe au carrefour de nombreuses pratiques discursives à l'unité d'admission, dont certaines s'opposent et d'autres se complémentent, c'est sans grande surprise que l'on constate certaines dichotomies qui complexifient fortement l'exercice infirmier. Notre recherche nous a permis de relever nombre de paradoxes qui trouvent leurs origines dans des discours antinomiques et mettent en relief la complexité de la pratique infirmière dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Nous verrons donc de quelle manière se recoupent les discours identifiés à l'unité d'admission, de même que les paradoxes qu'ils créent.

Un milieu de recherche tel que l'unité d'admission peut à toute fin pratique être considéré comme une *micro-société* dotée de ses propres pratiques, règles, valeurs, codes et objectifs. Cette unité se fait le théâtre de nombreux processus sociaux qui ne peuvent être appréhendés et compris qu'à travers des structures discursives précises qui octroient des significations particulières à ces processus et créent des objets de discours au

sujet desquels l'on peut s'exprimer en vertu des principes organisateurs de ces discours. En bref, étudier un tel milieu en termes discursifs revient à le considérer comme une structure contingente, aux pratiques et aux significations articulées qui lui octroient un sens social en tant qu' « unité d'admission ». Les objets de discours identifiés dans le cadre de notre recherche mobilisent trois grands concepts en sciences infirmières. Bien qu'il existe d'autres objets de discours, ceux identifiés nous interpellent précisément parce qu'ils résonnent avec des concepts courants en sciences infirmières, à savoir la personne, le soin et l'environnement. La manière dont on s'exprime au sujet de tels concepts est caractéristique des discours à l'œuvre et notamment de leur convergence ou de leur antagonie.

Discours de soins et discours pénitentiaire

Nous avons identifié à de nombreuses reprises, dans notre recension des écrits et à travers nos résultats, la manière dont le discours de soins et le discours pénitentiaire sont fortement compétitifs en vertu des représentations divergentes qu'ils suscitent à l'égard des personnes (le patient, le personnel infirmier), de leur statut (sujet ou objet de pouvoir), des objectifs du soin (thérapeutique, sécuritaire) et de la raison d'être des aspects sécuritaires du milieu (qui inhibent ou rendent possible le soin infirmier). Nous avons rapporté de nombreux éléments contribuant à définir le volet thérapeutique (soignant) du personnel infirmier. Ce volet est apparié à un volet sécuritaire en vertu de la description du rôle infirmier au Service Correctionnel. L'unité d'admission (et l'UPP en général) constituant un milieu de correction et de réforme, le personnel infirmier se voit dans l'obligation d'harmoniser autant que faire se peut ses activités en fonction des impératifs de sécurité auxquels il est soumis.

Nous avons déjà souligné certaines des stratégies mises en œuvre par le personnel infirmier dans ses efforts pour opposer un discours de soins au discours

correctionnel, de même que pour tenter de les réconcilier dans une logique de collaboration multidisciplinaire (à cet effet, nous avons par ailleurs établi dans quelle mesure le soin permet justement de remplir des objectifs institutionnels correctionnels). Il appert toutefois que cette ambivalence demeure prépondérante à travers les formes écrite et verbale du discours du personnel infirmier. Ce dernier identifie clairement la nécessité de réconcilier son double rôle d'agent soignant et agent de la paix mais il oscille visiblement entre les deux pôles (soignant et sécuritaire) en soulignant les paradoxes inhérents à cette réconciliation, qui commande autant la confiance que la méfiance, l'intimité que l'autorité, l'engagement que le détachement, la compassion que le contrôle et le respect que la restriction.

Les participants signalent cette ambivalence, notamment en désignant les impératifs correctionnels autant contraignants qu'indispensables à leur pratique, en créant des possibilités d'existence pour le soin. Ainsi, les informants décrivent les mesures sécuritaires comme étant limitantes et pouvant exacerber les symptômes psychiatriques et les comportements perturbateurs, mais également bénéfiques dans la mesure où, en offrant un milieu étroitement surveillé, le personnel infirmier est en mesure d'identifier des situations à risque et de concentrer sur le patient ses activités thérapeutiques et disciplinaires. La composante thérapeutique du milieu est donc liée précisément à cette nature fermée et contrôlée de l'unité qui permettrait au patient de canaliser ses efforts vers son traitement et au personnel infirmier d'exercer de manière continue et cohérente.

Les impératifs sécuritaires sont présentés comme ne devant pas entraver la qualité des soins, alors que le personnel infirmier doit accorder la priorité à ses interventions d'ordre clinique. Ceci se démarque des notes évolutives, dans lesquelles les interventions sont davantage axées sur le maintien de l'ordre et du calme par le biais d'activités priorisant l'observation et la collaboration du patient. Le personnel infirmier y joue également un rôle d'observateur alors qu'en entrevue, le personnel infirmier est décrit

comme un agent de changement engagé dans le processus thérapeutique. Ce contraste se manifeste notamment dans l'articulation de soins (en principe) centrés sur le patient, couplée à la marginalisation persistante de sa perspective dans les notes cliniques et les interactions quotidiennes. De même, les participants interrogés disent ne pas percevoir et soigner leurs patients différemment d'autres patients en milieux civils (logique d'équivalence) tout en soulignant le besoin pour des soins psychiatriques individualisés et spécialisés, dans une structure dont l'un des objectifs réside précisément dans le modelage de la population incarcérée en un ensemble homogène. Les propos du personnel infirmier fluctuent donc, dans le temps et l'espace et atteste des tensions idéologiques inhérentes à l'unité d'admission.

À travers cette ambivalence, le personnel infirmier signale simultanément les dangers associés aux postures soignante et sécuritaire dans un milieu hybride de soins psychiatriques pénitentiaires. Chacune de ces postures implique des codes de conduite comportant des implications socioprofessionnelles et politiques, des définitions conceptuelles et des pratiques discursives très distinctes en regard de la maladie mentale et de la délinquance. Le personnel infirmier oscille donc entre diverses subjectivités et, par le biais de ses pratiques discursives, octroie et signale également celles de la population soignée. Ces subjectivités comportent chacune des risques liés notamment à l'interprétation de leur légitimité en regard des discours courants et les propos recueillis soulignent nettement ces risques. La question de l'interprétation est cruciale et les participants interrogés y sont sensibles, alors qu'ils évoquent des notions telles que l'éthique, le risque, l'humanisme, la sécurité et l'imputabilité. Des conflits surgissent donc en regard de ces identifications risquées et des antagonismes socioprofessionnels et politiques qui les sous-tendent. Leur mise sous tension persistante dans les notes évolutives, les interactions quotidiennes et les entrevues de recherche n'a donc rien de

surprenant et témoigne encore une fois du caractère fluide des discours et de leur nature politique.

Le personnel infirmier est en constante négociation identitaire et il entraîne le patient dans cette négociation, qui peut mener à la confrontation de finalités opposées. Nous avons relevé plus tôt les circonstances selon lesquelles le personnel infirmier se positionne comme un agent capable d'identifier et d'évaluer les manifestations d'un désordre mental, c'est-à-dire possédant le savoir nécessaire pour situer la maladie mentale dans un contexte donné, la décrire, lui accorder un sens et en faire un objet de soins. En parlant et en s'exprimant au sujet du patient psychiatrique, il place ce dernier en relation avec la maladie, le pénitencier, la déviance et l'altérité – le patient psychiatrique tel qu'il nécessite des soins infirmiers. Ce faisant, infirmières et infirmiers se représentent comme une entité légitime et experte, c'est-à-dire distincte de la population soignée qui, elle, est assujettie à cette expertise et doit apprendre à parler d'elle-même en termes de pathologie et de criminalité. La séparation ainsi opérée ne tient toutefois pas compte du fait que le personnel infirmier, de par sa pratique soignante en milieu correctionnel, partage avec ceux qu'elle soigne certaines identités (identité de risque, déviante et disciplinée) et certains comportements (tels que la socialisation selon la logique pénitentiaire et l'apprentissage des comportements socialement et culturellement désirables en milieu carcéral).

Les identités de patient, de malade psychiatrique et de délinquant comportent des risques sociaux déterminés par le milieu lui-même. Tel que vu plus tôt, l'attribution d'une identité psychiatrique en pénitencier implique des risques liés aux représentations du malade mental comme un être radicalement Autre, dont la masculinité (puisque'il s'agit dans notre cas d'une population masculine), l'humanité et la performance sociale (en milieu correctionnel, notamment) sont remises en question. L'identité psychiatrique représente un fardeau pour une personne incarcérée, qui peut subir de la pression, de

l'intimidation et de l'extorsion de la part de ses pairs. Nous avons vu précédemment que les patients négocient les aspects de cette identité et rejettent ceux qui ne s'accordent pas avec les représentations qu'ils cherchent à donner d'eux-mêmes. Toutefois, le personnel infirmier établit clairement la nécessité pour un patient d'endosser cette identité en tant qu'étape nécessaire du traitement, ce qui implique que le patient acquière une représentation de lui-même s'inscrivant dans une logique de maladie chronique, individuelle, neutre, objective (biologique) et décontextualisée. Nous n'avons pas noté dans nos données des éléments suggérant que le personnel infirmier considère, d'une part, la négociation identitaire du patient sous l'angle du risque et, d'autre part, son impact sur le déroulement du traitement. Bien que l'on puisse supposer que le soignant et le soigné tendent vers un but commun, il demeure que les représentations de chacun du trouble diagnostiqué et de l'expérience subjective qui s'y rattache diffèrent fortement, rendant possible l'affrontement entre deux « *agendas* » en perpétuelle tension. C'est toute la culture pénitentiaire qui intervient à ce niveau, qui commande la production d'identités légitimes (et viables), sert de contexte aux interventions thérapeutiques et attribue un sens précis (et risqué) à la maladie mentale et ses manifestations. L'articulation du sens attribué à la maladie mentale reflète – et reproduit – donc les discours courants, l'ordre social du milieu carcéral et les paradoxes qui en découlent.

Discours pénitentiaire et discours biomédical psychiatrique

L'on peut aisément concevoir les recoupements entre le discours pénitentiaire et le discours biomédical psychiatrique, notamment en regard des modifications de comportement attendues chez le patient et des interventions d'ordre disciplinaire requises à cette fin. Ce rapprochement est possible en vertu du fait que ces discours localisent tous les deux la maladie mentale dans une logique d'anomalie et de déviance en regard d'un ordre social établi (légitime). Par ailleurs, l'organisation d'un espace de soin telle que

conçue selon une perspective psychiatrique s'accommode aisément des contraintes spatiales dictées par une idéologie carcérale, alors que des espaces fermés et dont l'accès est rigoureusement contrôlé sont jugés comme essentiels à l'accomplissement des objectifs institutionnels. La visibilité extrême imposée aux patients constitue également une condition incontournable à la bonne marche du milieu en permettant l'observation permanente des activités, l'identification de comportements déviants et l'application subséquente des mesures appropriées. Ces deux types de discours situent le patient comme une entité passive, à la pensée illégitime, dépourvue d'aptitudes sociales et dont les agissements mettent à risque la collectivité. Par ailleurs, l'on assiste à un brouillement des limites de ces deux types de discours dans l'attribution d'un diagnostic à l'Axe II qui harmonise, d'une façon qui se veut objective, la maladie mentale et les troubles de la personnalité, tout particulièrement les personnalités antisociales. Ce type de diagnostic permet un terrain d'entente, notamment dans la manière d'aborder et de traiter ceux qui présentent un tel diagnostic (ex : manipulation ou demande « légitime »), ce qui évoque la question de la performance liée à l'identification des vrais malades versus les faux.

L'enfermement dans une structure prévue pour contrôler l'ensemble des activités est jugé indispensable afin que le patient puisse focaliser ses activités sur sa réadaptation.

L'environnement (fermé et contrôlé) ne laisse rien à l'arbitraire et est considéré comme rendant possible cette réadaptation. Le personnel infirmier doit se faire l'instigateur du traitement et doit faire concorder en tout temps ses interventions avec la mission de l'institution. À cet effet, certaines des modalités d'intervention à sa disposition s'inscrivent naturellement dans la raison d'être pénitentiaire en permettant un contrôle serré, voire absolu des agissements du patient (ex : enseignement, contraintes chimiques ou physiques), ce qui peut aisément provoquer un brouillement en regard des finalités poursuivies (ex : retrait de repos versus isolement à des fins de modification de comportement).

Discours de soins et discours biomédical psychiatrique

Il est également possible d'établir certaines similitudes entre le discours biomédical psychiatrique et le discours de soins. Dans les deux cas, le traitement du patient se situe au cœur des interventions, en vue, notamment, d'apporter un soulagement durable à un trouble d'ordre psychique. Ces deux discours situent le personnel infirmier comme un expert en matière de trouble psychiatrique et évoquent la nécessité pour lui de prendre en charge, à divers degrés selon les besoins, certains aspects du quotidien du patient. Un corps de connaissances solide est requis afin d'identifier les interventions les plus pertinentes et efficaces. Cette expertise octroie au personnel infirmier l'autorité et la légitimité pour accomplir ses interventions auprès du patient, qui peut être conceptualisé comme une surface d'application de ces dernières. Le rôle du patient est ambivalent en vertu de ces deux types de discours, alors qu'il doit être considéré comme un acteur à part entière dans le cadre du traitement, mais dont le jugement et les capacités font l'objet de remises en question de la part du personnel, amenant le patient à osciller entre des positions de sujet et d'objet, tel que vu auparavant. Le patient est clairement situé en marge des autres groupes sociaux à l'unité d'admission (détenus « réguliers », soignants, officiers) et son identité en tant que patient sert de justificatif à la structure elle-même et aux fonctions du personnel infirmier qui doit identifier, traiter et protéger les patients – en ce sens, les identités des patients et du personnel infirmier sont indissociables. Enfin, ces deux types de discours situent l'unité de soins comme un lieu organisé de manière à optimiser les interventions. L'unité d'admission est un milieu dont l'entrée et la circulation sont rigoureusement contrôlées par l'appareil sécuritaire (grilles, cartes magnétiques, tours de contrôle, personnel correctionnel). Parallèlement, l'unité se veut également un milieu de vie thérapeutique qui reconduit la re-création d'un espace civil et réduit sa configuration opprimante. L'on a constaté des contrastes flagrants entre ces deux représentations de l'unité et n'avons pas été en mesure de saisir les stratégies visant à les harmoniser.

Toutefois, ce qu'il convient de souligner ici n'est pas les stratégies mises en œuvre dans la transformation d'un milieu contrôlé en milieu thérapeutique (ce à quoi nous reviendrons dans la discussion des paradoxes discursifs), mais bien la rhétorique selon laquelle l'espace tel qu'il est organisé contribue à remplir les objectifs – que nous qualifions de biopolitiques – de l'unité (dont font partie les objectifs thérapeutiques) de même que la sujétion du personnel infirmier à cette rhétorique.

Discours de soins et discours de professionnalisme

Nous avons traité de ces deux discours de manière séparée mais l'on pourrait argumenter qu'ils sont indissociables dans la conceptualisation par le personnel infirmier de sa pratique à l'unité d'admission. Tous deux mettent l'accent sur le soin infirmier comme entreprise fondamentalement humaine et éthique avec, en son centre, le patient, ses besoins, ses désirs, ses valeurs et ses capacités, en tant que joueur de premier plan dans le cadre du traitement. La pratique infirmière est présentée comme nécessitant une expertise rigoureuse qui sous-tend les activités quotidiennes et leur soustrait leur caractère arbitraire. À l'unité d'admission, cette expertise dépasse les connaissances issues du domaine de la psychiatrie : elle inclut de surcroît une expertise « infirmière » à proprement parler, qui repose sur des référents théoriques de la discipline et établit les modes de savoir, savoir-faire et savoir-être des infirmier(e)s. Un tel corps de connaissance permet notamment une réflexion critique en regard du rôle infirmier et des finalités de ce rôle à l'unité d'admission. C'est dans l'accomplissement de ce rôle que doit s'exprimer l'identité professionnelle du personnel infirmier face aux autres groupes professionnels. Le fait d'harmoniser ces deux discours permet également de situer la pratique infirmière en tant qu'exercice de qualité et de souligner son caractère performant et dynamique dans un milieu plutôt connu pour son immuabilité dans le temps, la longue durée des sentences et la lenteur du changement.

Discours de professionnalisme et discours de résistance

Selon les propos recueillis en entrevue, le personnel infirmier pose parfois des gestes qui défient l'ordre pénitentiaire à l'unité d'admission (par exemple, accorder « trop » d'attention à un patient jugé plus perturbateur que malade). Nous avons vu que de tels agissements ont un caractère politique bien défini puisqu'ils se fondent sur un contre-discours de soin qui est véhiculé par le personnel infirmier, tant dans ses activités que dans ses propos quotidiens. Le discours de résistance s'appuie nettement sur le discours de professionnalisme, qui lui sert de moteur. À travers les propos recueillis, les informants utilisent souvent la question de l'identité professionnelle comme critère de distinction (voire de marginalité par rapport au discours pénitentiaire), d'une part pour justifier l'incompréhension chronique entre certains membres du personnel correctionnel et le personnel infirmier, d'autre part pour expliquer aux premiers la raison de leur insubordination aux codes de conduite (pénitentiaires) courants. La question du professionnalisme constitue donc un élément-clé de la position résistante du personnel soignant à l'unité d'admission, ce qui contribue à créer un espace soignant respectant les critères de pratique établis par l'ordre professionnel infirmier. L'identité professionnelle du personnel infirmier fournit donc à ce dernier une stratégie politique sûre qui permet de rééquilibrer les relations de pouvoir qui investissent ce milieu de pratique. Rappelons à cet effet que le personnel infirmier est le groupe soignant le plus nombreux et le plus présent à l'UPP, en assurant une présence 24 heures sur 24 contrairement aux autres professionnels. Il s'agit également du groupe avec lequel le personnel correctionnel interagit le plus souvent dans le cadre des activités quotidiennes auprès des patients. L'on peut donc affirmer que le personnel infirmier joue un rôle clé dans la confirmation de l'UPP comme centre thérapeutique régional et qu'il est l'élément central du contre-discours de soin ayant contribué à distinguer l'UPP du reste des établissements pénitentiaires fédéraux qu'elle dessert.

5. CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Selon la perspective théorique à laquelle nous souscrivons, nous considérons que l'identité n'est pas immanente à un individu. Foucault (2003) rejette la possibilité, pour un observateur, de « découvrir » une seule identité fondamentale et finale et estime au contraire que la complexité et la dynamique de la personne sont telles qu'on ne peut espérer la confiner à une seule identité. Cette perspective est fidèle à la pensée postmoderne, qui réfute la possibilité d'un sujet autonome et « souverain » – en somme, qui rejette la possibilité d'une nature humaine fixe et universelle. La réflexion postmoderne inclut les éléments suivants dans sa critique du sujet rationnel, cohérent et autonome (donc le sujet moderne) : la reconnaissance des relations de pouvoir impliquées dans la construction de ce sujet, du rôle que joue le sujet lui-même dans la production de sa propre subjectivité et du rôle fondamental du langage dans ce processus. Il ne s'agit pas ici de nier la plausibilité du sujet, mais plutôt de reconnaître les différents processus qui sous-tendent la production de ce sujet. Une perspective postmoderne considère ces processus comme étant indéniablement localisés sur le plan historique et politique. Dans le contexte de notre recherche, c'est par exemple toute l'histoire de la prison, de la folie, de l'asile et du soin (et plus particulièrement du soin infirmier) qui nous éclaire sur la construction du patient psychiatisé et sur le langage qui entoure et maintient cette production.

La question de recherche qui nous a guidée au cours de ce projet se rapporte justement à ce processus de construction identitaire dans un milieu psychiatrique correctionnel. Plus précisément, nous avons voulu explorer la manière dont le personnel infirmier pratiquant spécifiquement à l'unité d'admission de ce milieu participe à la production de l'identité (des identités, devrions-nous dire) de ses patients par le biais de ses différents discours. À travers notre analyse, nous avons relevé *certaines* des identités dont un patient fait l'objet, mais nous reconnaissons d'emblée qu'il en existe certainement

d'autres. Le but de notre projet de recherche n'étant pas d'énumérer chacune d'entre elles, nous avons plutôt voulu examiner le rôle du personnel infirmier dans la construction de ces identités et les implications pour la pratique infirmière à l'unité d'admission. Une lentille foucaldienne exige par ailleurs de lier les discours et leurs effets au contexte qui les a vus (et faits) naître. La dernière partie de nos résultats nous a permis d'examiner certains discours du personnel infirmier à l'œuvre à l'unité d'admission.

Notre projet s'inscrit dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques, plus précisément en milieu carcéral. Le présent chapitre vise à lier notre projet de façon plus large avec ce domaine de pratique, notamment en contrastant nos données avec des ouvrages théoriques et des résultats de recherches et de réflexions antérieures sur ce sujet. Notre discussion débutera d'abord par un retour aux écrits théoriques qui ont guidé notre réflexion. Nous procéderons ensuite à une synthèse des résultats présentés au chapitre précédent puis nous nous engagerons dans une réflexion en regard de ceux-ci tout en nous référant à d'autres auteurs. Plus précisément, les pistes de réflexion que nous abordons dans le présent chapitre s'énoncent comme suit :

- Pouvoir pastoral, soin psychiatrique et subjectivité
- Pratiques discursives et productions identitaires
- Le soin comme projet politique
- Panoptisme, architecture spatiale et temporelle
- Évolution de la pratique infirmière à l'UPP

Nous terminons cette discussion avec les limites de notre étude, de même que les implications de ce projet pour diverses sphères de la pratique infirmière.

5.1. Pouvoir pastoral, soin psychiatrique et subjectivité

Tout au long de notre analyse des résultats, nous avons poursuivi la consultation des écrits théoriques qui ont modelé notre compréhension de la construction de l'identité des patients à l'unité d'admission d'une unité psychiatrique correctionnelle par les pratiques discursives du personnel infirmier. Il convient à ce stade-ci de notre réflexion de revenir à ces écrits et de les mettre en lien avec nos résultats. Nous désirons notamment élaborer davantage sur la constitution du patient et la production de sa subjectivité (son identité) dans les institutions psychiatriques pénitenciaires par le biais du pouvoir pastoral et de ses agents tels que décrits par Foucault.

Dans le contexte de soin et de détention carcérale qui nous intéresse ici, les patients forment une population imposante qui commande des techniques de surveillance sophistiquées visant le contrôle minutieux des corps de tout un chacun. Selon Foucault (2000, p. 125), la gestion des corps implique

A real and effective « incorporation » of power (...), in the sense that power ha[s] to be able to gain access to the bodies of individuals, to their acts, attitudes, and modes of everyday behavior.

Le pouvoir pastoral représente une stratégie développée et raffinée dans le but de redéfinir le statut de l'individu, alors qu'une institution telle qu'une unité de soins psychiatriques pénitenciaires doit composer avec deux aspects en apparence conflictuels en regard de la gestion de ceux qu'elle enferme. D'une part, la mise en œuvre de mesures globales et collectives destinées à assurer un contrôle uniforme et standardisé de l'ensemble des patients, telles que décrites par Foucault ([1975] 2003) dans son ouvrage *Surveiller et Punir*. Ces techniques incluent notamment le contrôle du temps, de l'espace et des activités par le biais de procédés architecturaux (organisation des lieux de vie et de travail, distribution spatiale des personnes, dispositifs de mise en visibilité, etc.) et bureaucratiques (règlements, procédures, horaires, grilles d'évaluation, etc.). D'autre part,

la nécessité de s'intéresser à chaque personne dans toute son individualité, de la connaître dans ses détails les plus intimes, de l'extraire de la masse des internés pour mettre au jour ses particularités. L'objectif réside ici dans la révélation de l'individu dans toute sa spécificité. Ce chevauchement de techniques de pouvoir qui enraient et amplifient à la fois l'individualité de chacun est critiqué selon Foucault (2000, p. 332) : « Never, I think, in the history of human societies (...) has there been such a tricky combination in the same political structures of individualization techniques and of totalization procedures ».

La réussite de ce projet réside donc dans le déploiement d'une nouvelle forme de pouvoir capable d'embrasser ces deux volets de la gestion des personnes et de les rendre complémentaires. Le pouvoir pastoral – qui prend soin de l'autre – remplit ces objectifs de deux façons : ① en assurant le bien-être de l'ensemble de la population en veillant sur (et en surveillant) sa santé, son hygiène, sa sécurité et sa prospérité ; ② en développant et en organisant un savoir axé sur le social selon deux pôles : « one, globalizing and quantitative, concerning the population ; the other, analytical, concerning the individual » (Foucault, 2000, p. 335). Le savoir développé à l'endroit de l'individu, couplé aux pratiques individualisantes et subjectivantes du pouvoir pastoral ont ainsi permis de spécifier la personne et de la mettre en relation avec des normes précises. Le pouvoir pastoral constitue une forme de pouvoir qui

applies itself to immediate everyday life, categorizes the individual, marks him by his own individuality, attaches him to his own identity, imposes a law of truth on him that he must recognize and others have to recognize in him. It is a form of power that makes individual subjects (Foucault, 2000, p. 331).

La conversion des personnes en sujets – entités distinctes que l'on peut observer, décrire, catégoriser et normaliser – est rendue possible notamment par des techniques propres au pouvoir pastoral. La personne devient à la fois sujet et objet de pouvoir : un sujet avec des besoins, des désirs et des aspirations ; un objet de savoir et de

gouvernement qui se prête aux rationalités politiques instaurées pour gérer la condition sociale (Smart, 2002). L'examen des populations et des individus donne lieu à un savoir essentiel à la compréhension des processus sociaux et au gouvernement de ceux-ci dans une logique d'économie politique, un procédé qui renvoie à la *gouvernementalité* décrite par Foucault (1994, 2000, [1978] 2004). Ce savoir est notamment issu d'une investigation, par des agents désignés, des âmes, de leurs manifestations, leurs désirs et leurs secrets (Foucault, [1961] 1997, [1976] 2002). Foucault désigne clairement les psychiatres comme régisseurs des âmes privilégiés dans la reconduction, dans l'arène du traitement, des rationalités gouvernementales en matière de gestion des malades mentaux. Il va sans dire que le personnel infirmier psychiatrique, tel que celui pratiquant à l'unité d'admission de l'UPP, remplit également ce mandat.

En tant que thérapeute désigné, le personnel infirmier dispose de plusieurs stratégies (dites soignantes) afin d'obtenir l'information – le savoir – nécessaire à la réussite du « projet pastoral ». Dans sa description de ces techniques pastorales, Holmes (2002) identifie la confiance comme élément-clé de la divulgation par la personne de ses secrets, qu'il lie à un examen continu de la conscience et à la confession en une triade puissante visant à sonder la personne, à mettre son âme à nu et à l'amener toute entière dans le domaine du visible où s'intensifie l'exercice du pouvoir clinique. Dans le cadre de ses activités soignantes, le personnel infirmier amène la personne à s'ouvrir et à se révéler à son regard expert (Holmes, 2002). La thérapie réussie est celle qui a appris à la personne à procéder à son propre examen de conscience et à livrer spontanément ses mystères au jugement clinique du soignant. Ces techniques propres au pouvoir pastoral résultent en un gouvernement subtil et efficace des personnes dans la mesure où la visibilité ainsi amplifiée du patient permet d'identifier les sites où concentrer les mesures disciplinaires. Selon Holmes (2002, p. 89) : « These techniques are part of the therapeutic tools used for personality modification, personal development, and psychiatric care ». Nos

résultats corroborent ces propos dans la mesure où nos informants identifient clairement l'acte, par le patient, de s'ouvrir au personnel infirmier comme un élément déterminant dans le traitement et la gestion de comportements inadaptés.

L'entretien thérapeutique se prête donc aisément aux objectifs disciplinaires du pouvoir pastoral puisqu'il offre un espace soignant propice à la mise en confiance du patient et à la révélation de ses pensées et ses émotions au personnel infirmier. Les participants interrogés identifient par ailleurs ces résultats comme un produit désirable et nécessaire au traitement. Le fait de donner l'occasion à un patient de verbaliser ses pensées et ses sentiments s'inscrit par ailleurs dans les modalités thérapeutiques d'ordre cognitif-behavioral officiellement cautionnées par l'UPP, une approche qui mise sur la reconnaissance par le patient de modes relationnels et comportementaux inadéquats et l'apprentissage de modes alternatifs désirables sur le plan social. Outre la gestion de symptômes psychiatriques, le traitement vise par ailleurs l'introspection chez le patient, le contrôle de ses émotions et la responsabilisation face à ses décisions (Holmes, 2002). Le personnel infirmier joue donc un rôle de premier plan dans ce processus et diverses opportunités s'offrent quotidiennement à lui pour amener le patient à partager ses perceptions et ses intentions et à réfléchir au sujet de ses actions. Outre les rencontres spontanées initiées par le personnel infirmier lorsqu'il le juge nécessaire, rappelons notamment le rôle essentiel que joue l'entretien d'admission dans le processus de (re)connaissance par le personnel infirmier du patient nouvellement admis, alors que celui-ci est soumis à une entrevue touchant de nombreux aspects de son existence, incluant ses motivations derrière le délit commis, sa propension à récidiver, ses relations avec sa famille, la présence d'idéations suicidaires, son potentiel de violence, ses impressions vis-à-vis son admission au centre psychiatrique et sa disposition à collaborer au traitement. Il va sans dire que la participation du patient dans le cadre de cette « confession autobiographique » constitue un élément déterminant de la réussite du projet pastoral

évoqué plus haut. A cet effet, nous avons relevé dans les notes cliniques consultées le malaise chez le personnel infirmier que suscite la résistance du patient à répondre aux questions, soulignant ainsi la primauté de cette information dans l'entreprise thérapeutique/disciplinaire dont fait partie le personnel soignant.

La construction du sujet demeure un élément central des écrits de Foucault, qui considère ce processus comme symptomatique d'une nouvelle ère en matière de gouvernement des conduites individuelles. Le concept du discours permet un angle d'approche quelque peu différent dans l'analyse des modes de production des subjectivités. C'est vers ce point que nous désirons à présent nous tourner dans le cadre de cette discussion.

5.2. Pratiques discursives et productions identitaires

Tel que vu dans notre recension des écrits, le discours désigne des modes d'organisation des savoirs de même que les structures et les pratiques qui cristallisent, maintiennent et véhiculent ces savoirs. Le concept du discours est au centre de la présente recherche doctorale et nous avons choisi l'analyse (déconstruction) de discours couplée à une approche ethnographique afin d'examiner les types de discours existant dans une unité psychiatrique pénitentiaire. Selon Freshwater (2007, p. 111),

The broad appeal of discourse analysis (...) lies in its ability to reveal how institutions and individual subjects are formed, produced, given meaning, constructed and represented through particular configurations of knowledge.

Dans une perspective critique, cette méthode permet de dépasser les questions d'interprétation et de signification (comparativement à une analyse de discours classique) en examinant plutôt la manière dont sont reliés le langage, le savoir, le pouvoir, les pratiques sociales et les questions relatives à la subjectivité. À ce titre, Freshwater (2007) et Stevenson et Cutcliffe (2006) estiment que le langage est synonyme d'action et qu'en ce

sens, il est productif au même titre que le pouvoir en produisant des objets que l'on peut décrire et étudier et en localisant ceux-ci dans une matrice discursive particulière qui appelle des pratiques particulières. Par exemple, l'observation des patients, qui constitue l'essentiel de la pratique infirmière à l'unité d'admission, constitue une pratique discursive qui permet de raffiner la catégorie « patient » ou « malade mental » (objet de discours) et forge ainsi le domaine de connaissances professionnel du personnel infirmier nécessaire à ses fonctions dites thérapeutiques. Ford (1999, p. 485) souligne par ailleurs le fait que les institutions « are not discursively monolithic, but pluralistic and polyphonic ». Nos résultats corroborent cette observation, alors que nous avons identifié cinq types de discours à l'unité d'admission, à savoir :

- un discours de soins
- un discours pénitentiaire
- un discours biomédical psychiatrique
- un discours de professionnalisme
- un discours de résistance.

Discours de soins

Le discours de soins situe le patient comme objet de ce discours, alors que les activités thérapeutiques et les modes soignants (le savoir-être, notamment) du personnel infirmier convergent vers lui dans le but de favoriser une amélioration de son état mental, d'une part et un développement personnel (axé entre autres sur l'acquisition d'habiletés sociales et la responsabilisation) d'autre part. Le caractère humain du patient est souligné, ce qui contraste fortement avec les désignations courantes en milieu pénitentiaire qui situent le contrevenant en marge de l'humanité selon une conception rudimentaire du diabolique (*evil*) (voir par exemple Mason, Richman & Mercer, 2002 ; Mercer, Mason & Richman, 1999 ; Richman, Mercer & Mason, 1999) ou le registre de la bestialité (voir à cet

effet Holmes, 2001). Le discours de soin émergeant des propos des participants permet à ceux-ci de se démarquer tant sur le plan personnel que professionnel des impératifs pénitentiaires du milieu, en liant cette conception du patient aux fondements (théoriques, philosophiques, éthiques) de leur pratique. Par ces propos, le personnel infirmier souligne sa propre humanité en évoquant sa capacité à accueillir, écouter et soigner une clientèle qui a pourtant commis des actes « crapuleux ». La relation thérapeutique et les interventions qui y sont associées sont évoquées comme le noyau du soin dans ce type de milieu et, à cet égard, les participants interrogés se montrent fidèles aux préceptes de leur formation infirmière voulant que l'issue du traitement dépende notamment de l'engagement de l'infirmier(e) et de la participation du patient. En ce sens, le pouvoir du personnel infirmier à « agir sur » le patient de manière à ce qu'il en vienne à se gouverner lui-même s'inscrit en droite ligne avec le pouvoir pastoral dont discute Foucault (2000). Le « soin de l'Autre », fondamental au soin infirmier, constitue une stratégie de gouvernement des conduites qui s'harmonise aisément avec le mandat du pénitencier. Le patient en tant qu'objet du discours de soin du personnel infirmier est également objet de savoir car la connaissance de l'Autre (le patient) constitue un pré-requis au soin de l'Autre.

Les évaluations de l'état mental, les rencontres et les observations quotidiennes contribuent toutes à construire ce savoir sur le patient, qui permet au personnel infirmier d'identifier des sites d'intervention appropriés – et par le fait même, de produire la subjectivité du patient. Les propos des participants interrogés soulignent clairement le caractère individuel et particulier de la pratique infirmière qui, toujours selon les principes de la profession, commande des soins spécifiques à chaque patient. Nous avons noté que cet élément demeure invisible dans les notes évolutives et les plans de soins ; toutefois, nos informants ont insisté sur cet aspect de leurs activités professionnelles en entrevue, notamment en évoquant les besoins de chaque patient et la nécessité pour le personnel infirmier (féminin surtout) d'endosser des rôles particuliers selon le profil des patients. De

même, la voix du patient est considérée comme étant décisive dans le choix des interventions, alors que celui-ci exprime ses besoins et ses pensées aux infirmier(e)s. À cet effet, de par le rôle thérapeutique qu'il incarne auprès du patient, le personnel infirmier constitue un acteur de choix dans l'exercice du pouvoir pastoral à l'unité d'admission, en tant que pouvoir individualisant qui produit des subjectivités particularisées.

Discours pénitentiaire

Les autres discours identifiés à l'unité d'admission contribuent également à ce processus de subjectivisation du patient. Le discours pénitentiaire est prépondérant, tant dans les notes cliniques que dans les entrevues. Ceci ne surprend aucunement si l'on considère que le personnel infirmier qui exerce en institution correctionnelle fédérale se voit investi de deux mandats : celui de soigner et celui de veiller à la sécurité. Dans les notes, la question relative à la sécurité renvoie principalement à la sécurité des lieux immédiats, les énoncés ne se référant qu'au milieu de soins lui-même (unité d'admission, UPP) et aucune mention n'est faite relativement aux impératifs de sécurité à l'extérieur des murs du pénitencier, lorsque le patient recevra son congé. En entrevue, les participants situent surtout cette problématique au niveau local, c'est-à-dire leur unité de soins. Cependant, plusieurs ont également extrapolé leur responsabilité vis-à-vis la sécurité au-delà de l'UPP et du traitement psychiatrique et même au-delà de la réintégration en société du détenu, alors qu'ils estiment jouer un rôle dans la reconduction, par ce dernier, de comportements et de pratiques adaptés et sécuritaires dans sa vie suivant sa libération. Ce qui est d'intérêt ici est la portée des interventions du personnel infirmier, qui signale leur efficacité en évoquant leurs effets à long terme. Il y a également ici un lien à faire avec le pouvoir pastoral, dont les répercussions durables sont décrites par Foucault (2000) comme étant garantes de leur utilité dans le gouvernement des conduites individuelles. Dans un contexte de criminalité, cet aspect à long terme du traitement est prépondérant et

il est même évoqué dans l'énoncé de mission de Service Correctionnel Canada (2003). Les participants interrogés s'identifient clairement aux impératifs de la réinsertion sociale sécuritaire et situent leur pratique comme un préalable à sa réussite.

Les notes évolutives illustrent clairement dans quelle mesure l'exercice infirmier s'inscrit dans la logique correctionnelle en ce sens qu'infirmières et infirmiers prolongent dans leurs activités quotidiennes la surveillance dont les patients font l'objet. Les informants mentionnent la nécessité d'épurer leur pratique des comportements qui ne sont pas conformes à l'idéologie carcérale. Ce sont les attitudes soignantes qui sont ici visées car, aux dires des personnes interrogées, elles pourraient constituer un risque à la sécurité de tous. Tout comme les interventions soignantes peuvent être en opposition aux impératifs correctionnels, les interventions sécuritaires peuvent également contrecarrer les objectifs soignants du personnel infirmier, notamment lorsqu'elles occasionnent une détérioration de l'état mental du patient. C'est donc en examinant le discours pénitentiaire relevé à travers nos sources de données que l'on est à même de saisir la complexité de l'exercice infirmier en milieu pénitentiaire et que l'on peut mesurer l'antinomie du double rôle infirmier. Le personnel infirmier évoque par ailleurs la loi du milieu (ou loi du silence) comme un obstacle à la prestation de soins éthiques, bien que l'on affirme que les agissements ne respectant pas les principes déontologiques sont la majeure partie du temps perpétrés par des membres du personnel correctionnel et qu'en général, ils sont peu fréquents. Il demeure toutefois que la loi du milieu amplifie en quelque sorte l'élimination par le personnel infirmier d'éléments soignants (éthiques dans ce cas-ci) conformes aux principes déontologiques de la discipline infirmière, un aspect déjà relevé dans des recherches antérieures (Holmes, 2001).

Le discours pénitentiaire demeure donc, sans grande surprise, très puissant à l'unité d'admission et contraint le personnel soignant à réduire ou éliminer de sa pratique des activités et des attitudes conformes à sa formation professionnelle. Bien que les

participants interrogés aient évoqué diverses formes d'entretien thérapeutique comme étant significatives dans l'atteinte de leurs objectifs de soins, nous avons constaté dans les notes évolutives et dans nos observations que les interventions étaient davantage orientées vers une résolution rapide et spontanée de certaines situations minant l'ordre des lieux. Nous pouvons établir un parallèle ici avec les écrits de Milly (2001) qui a noté dans son investigation du milieu carcéral français que le personnel infirmier psychiatrique délaisse volontiers l'aspect relationnel de sa pratique au profit de son aspect fonctionnel. L'aspect fonctionnel en question consiste notamment à gérer rapidement et efficacement les troubles émotionnels que manifestent les patients, plus souvent qu'autrement au moyen d'une médication psychotrope. Selon cet auteur, cet état de fait est attribuable à une conception somatique du trouble, de l'agitation ou de la crise émotive qui dépouille le patient de sa dimension sociale. Elle confine ses réactions émotives dans une compréhension organique de sa situation (bien qu'en entrevue, l'on affirme entretenir une conception plus globale et multi-dimensionnelle des problèmes quotidiens du patient), compréhension qui est largement encouragée par l'institution carcérale elle-même (Milly, 2001). Petitat (1994) complète cette réflexion en affirmant que tout milieu de soins valorise la technicité des activités professionnelles plutôt que leur dimension relationnelle et que cette dernière ne permettrait véritablement qu'un idéal professionnel à atteindre. Il ne fait nul doute que la connaissance et l'utilisation opportune des médicaments psychotropes s'inscrivent aisément dans cette observation, auquel le milieu pénitentiaire n'échappe pas. Nous ne désirons pas douter des propos des informants selon lesquels les aspects relationnels de leur pratique ont préséance mais souligner les difficultés inhérentes à la mise en pratique de telles priorités dans un contexte où la valorisation de la dimension relationnelle du soin se bute aux impératifs carcéraux et sécuritaires.

Discours biomédical psychiatrique

Les écrits de Milly (2001) et Petitat (1994) nous permettent de faire la transition du discours pénitentiaire au discours biomédical psychiatrique identifié au cours de notre recherche. Le rôle que joue le personnel infirmier dans la réinsertion sociale sécuritaire du patient passe notamment par le traitement psychiatrique que reçoit ce dernier durant son séjour à l'UPP et qui est initié à l'unité d'admission. Le personnel infirmier, interrogé en entrevue et de façon informelle lors de nos visites, affirme jouer un rôle de premier plan dans la gestion de la problématique psychiatrique par le biais d'un engagement auprès du patient, de l'évaluation continue de sa condition, de l'enseignement lié à la pathologie et la pharmacothérapie et du recours, en cas d'extrême nécessité, aux mesures restrictives. Tout cela est rendu possible en raison des connaissances spécialisées dans le domaine de la psychiatrie du personnel infirmier, qui permettent de distinguer ces intervenants du personnel correctionnel mais également des autres membres du personnel infirmier attiré aux soins somatiques au centre de soins physiques. En vertu de cette expertise qui le catégorise à part, le personnel soignant établit une distinction très nette avec les autres membres de l'équipe et affirme son autorité et la légitimité de son savoir, de ses décisions et de ses interventions dans un centre de traitement spécialisé à l'échelle provinciale.

Or, le soin infirmier psychiatrique apparaît de manière plus sommaire dans les dossiers. Dans les notes évolutives, les énoncés relatifs au traitement sont peu présents si ce n'est sa dimension pharmacologique. Les évaluations de l'état mental sont majoritairement limitées à la seule observation des comportements exhibés au quotidien par le patient, sauf dans les notes suivant l'entrevue d'admission, qui présentent des éléments d'évaluation formelle plus nets que les notes quotidiennes. Le plan de traitement institué ne perce pas à travers les entrées inscrites aux dossiers et à la lecture de celles-ci, l'on ne discerne pas quels objectifs sont poursuivis ni avec quels résultats. Son élément principal consiste en l'administration de psychotropes selon les prescriptions établies, qui

constitue un objet de surveillance par le personnel infirmier qui veille à ce que les patients adhèrent à leur régime pharmacologique. Le recours à la médication PRN se présente comme une solution de routine à la gestion de comportements agités et le fait qu'elle soit souvent réclamée par des agents correctionnels, excédés par les comportements perturbateurs des patients, suggère qu'au-delà du soulagement d'une problématique « psychiatrique » proprement dite, elle offre aux membres du personnel pénitentiaire ce que Milly (2001) désigne comme un « confort pour la détention ».

Il y a donc une nette dissonance entre les propos obtenus (selon lesquels la composante psychiatrique domine l'exercice infirmier) et ce que le personnel infirmier semble mettre en pratique (tel qu'articulé dans les entrées aux dossiers). On se souviendra que les évaluations formelles sont majoritairement réalisées par des psychologues et que quelques-unes seulement sont effectuées par des infirmier(e)s en-dehors des entrevues d'admission. Nous avons proposé l'hypothèse selon laquelle le soin infirmier psychiatrique n'est pas inexistant comme tel mais prend peut-être une forme différente, en s'inscrivant par exemple dans le cours des interactions spontanées survenant occasionnellement entre le personnel soignant et les patients (qui permettent une évaluation informelle de leur état mental). Nos données dans leur état actuel ne permettent ni de confirmer ni d'infirmer cette supposition (bien que nous ayons pu observer, à distance, de telles interactions, nous n'avons pu en relever le contenu) et, à cet effet, l'articulation par le personnel infirmier d'une identité experte en psychiatrie pourrait ne s'opérer que sur le plan idéologique.

Le discours biomédical psychiatrique en serait donc un d'expertise et de statut socioprofessionnel dans les interactions au quotidien entre le personnel infirmier et les autres protagonistes de l'unité d'admission, principalement les patients et les agents correctionnels. Les témoignages recueillis illustrent d'ailleurs le fait que, dans l'ensemble, le personnel infirmier de l'unité d'admission est identifié au discours psychiatrique par le

personnel pénitentiaire, qui lui rapporte les comportements inhabituels ou les symptômes qu'exhibent parfois les patients. Le savoir particulier (spécialisé) qui accompagne ce discours est par ailleurs sanctionné par l'institution elle-même dont le mandat officiel repose sur le traitement psychiatrique des personnes criminalisées. Bien que ce savoir demeure invisible dans les dossiers cliniques, l'identification (idéologique) par le personnel infirmier à ce discours représente une stratégie puissante de reconnaissance et de légitimation. À cet effet, Freidson (2001, p. 152) affirme que :

While many disciplines may claim to have that special type of professional knowledge and skill which is given official recognition, the particular substance or content of each and the institutional requirements for the performance of the tasks it claims as its own have critical bearing on its success in gaining the full political, economic, and social recognition and support necessary for establishing and consolidating professionalism.

Cette question du savoir et de l'expertise nous permet de nous tourner à présent vers le discours de professionnalisme du personnel infirmier.

Discours de professionnalisme

Rappelons qu'à l'UPP, les fonctions du personnel infirmier ont longtemps fait l'objet de réprimandes et de railleries (voir Holmes, 2001) de la part du personnel correctionnel qui jugeait que le personnel infirmier (féminin surtout) venait « bercer » et « materner les détenus ». L'affirmation plus prépondérante d'une identité professionnelle axée sur la prise en charge psychiatrique des patients peut offrir une stratégie supplémentaire pour le personnel infirmier visant à rompre avec cette représentation stigmatisante et à replacer les attitudes et interventions soignantes sous la bannière d'une discipline reconnue et respectée car considérée comme scientifique (la psychiatrie), répondant à un besoin social identifié (la prise en charge des criminels) et incarnée de manière officielle dans une institution précise (l'UPP). Milly (2001) observe le même phénomène et l'extrait suivant

suggère que l'expertise, le savoir spécialisé, peut représenter un « refuge » pour les professionnels de la santé, en tant que territoire sur lequel le personnel correctionnel ne peut les affronter :

[Les professionnels de la santé] asseoient leur autorité professionnelle sur leur haut niveau de savoir formel et spécialisé. En prison, le professionnel de la santé est généralement reconnu comme le seul à pouvoir, sur la base de sa compétence, dire qui est malade. Les contestations portant sur la compétence technique des acteurs de santé sont très rares ou pesées chez les personnels pénitentiaires (p. 110).

Le fait que nous ayons identifié un discours de professionnalisme dans les propos des informants soutient cette réflexion. La question du professionnalisme est récurrente à travers les entrevues et le personnel infirmier construit son identité professionnelle de plusieurs façons, que ce soit par la caractérisation de l'exercice infirmier en conformité avec les normes professionnelles courantes, le recours aux recommandations de son ordre professionnel (l'OIIQ) ou encore l'instauration d'un chapitre du CII à l'UPP. Par ailleurs, les témoignages recueillis illustrent un souci de conformer la pratique soignante avec les principes déontologiques établis. Un code de déontologie peut être considéré comme un critère courant de distinction professionnelle (Freidson, 2001) et les représentations qui y sont associées sont puissantes sur le plan socioculturel et politique. La question de l'éthique renvoie également à une manière d'être dans le soin et commande une approche humaine, attentive et engagée dont se réclament les personnes interrogées dans le cadre de notre recherche. Ce savoir-être crée la possibilité d'un soin exempt de jugement qui, aux dires des informants, est crucial à l'unité d'admission dans l'établissement d'un lien thérapeutique et dans l'atteinte des objectifs établis. La question du professionnalisme constitue donc un enjeu identitaire très net dans ce milieu. Le caractère dynamique de la profession infirmière que nous avons relevé à l'unité d'admission permet de surcroît de situer l'exercice infirmier en contraste avec le milieu

psychiatrique carcéral, dans la mesure où ce dernier est plus reconnu pour la lenteur de ses procédures, de ses activités et de son évolution (Goffman, [1968] 1998 ; Milly, 2001 ; Rostaing, 1997), lenteur qui a d'ailleurs été rapportée par les participants de notre étude comme une entrave à leurs fonctions.

Cette distinction que le personnel infirmier cherche à signifier entre l'univers soignant et l'univers carcéral est à la base du discours de résistance que nous avons relevé au courant de l'analyse des données. Le double rôle d'agent de la paix et d'agent de soin demeure un point de tension pour la majorité des infirmier(e)s de l'unité d'admission, qui insistent irrémédiablement sur l'ascendant du premier sur le second. Cet élément avait également été relevé dans l'étude de Holmes (2001), alors que le personnel infirmier d'alors manifestait une souffrance significative attisée par l'antagonisme de ses deux rôles. Nos informants n'ont pas exprimé une telle détresse mais ils soutiennent cependant la nécessité d'un contre-discours de façon à contrer l'érosion professionnelle à laquelle le personnel infirmier est exposé.

Discours de résistance

Ce contre-discours, que nous qualifions de discours de résistance est dissident par rapport au discours pénitentiaire dominant et permet de créer un espace de possibilité pour la pratique infirmière. Cet espace appelle des manières d'être particulières auprès du patient mais également une négociation circonspecte des alliances avec le personnel sécuritaire, dont certains des membres accueillent favorablement le mandat clinique de l'UPP et adaptent leurs pratiques en conséquence, tandis que d'autres contestent ouvertement cette orientation et les concessions (réelles ou perçues) faites par l'administration pénitentiaire à cet égard. La négociation des alliances constitue un marqueur-clé de la prise de conscience des rapports de pouvoir qui investissent l'unité d'admission.

Quant aux manières d'être résistantes identifiées dans le cadre de ce projet, leur fonction sociale n'a d'égal que leurs implications politiques en milieu carcéral. Ainsi, le fait de manifester des marques de politesse envers le patient permet de signaler au reste du personnel et aux autres internés le parti que l'on a choisi, à savoir le « camp » des patients plutôt que celui de l'administration correctionnelle. Nous avons désigné cette tendance comme la manifestation d'une pratique infirmière résistante de la part du personnel soignant, qui cherche à conserver et perpétuer des éléments « réflexes » de l'exercice infirmier en milieux civils. Milly (2001) abonde en ce sens et parle de « productions ostentatoires » (p. 139) qui engagent le personnel infirmier dans un rituel d'interaction à l'issue duquel tout un chacun (pairs infirmiers, agents de correction, patients) comprend, de façon souvent implicite, ses allégeances :

L'emploi des formes de politesse semble engager en milieu pénitentiaire beaucoup plus que de l'amabilité, aussi intéressée soit-elle. Il y a tout un code de politesse que les intervenants apprennent vite au contact de la détention : serrer la main d'un détenu est symbolique [et] relève de la prise de position. (...) L'emploi des formes de politesse devient une véritable « règle du jeu » à comprendre au regard de la matrice sociale et institutionnelle que constitue l'univers carcéral (p. 138).

Ces productions ostentatoires peuvent également être comprises comme une manœuvre de la part du personnel infirmier visant à affirmer son territoire « clinique ». Tel que vu précédemment (voir la section 4.1.2.), les luttes de pouvoir et de territoire font partie de l'histoire de l'UPP (qui constitue donc à part entière un terrain discursif pétri de tensions discursives) et les rapports entre le personnel infirmier et les patients sont situés au centre de telles luttes. Ainsi, en ce qui a trait aux civilités entre ces deux groupes, Milly (2001) suggère qu'au-delà d'une simple communication adressée aux patients, il s'agit plutôt de considérer ces usages comme des stratégies visant à signaler une position précise dans l'espace pénitentiaire. Le caractère résistant et politique de cet engagement est mis en évidence dans notre étude par les réactions qu'il suscite chez plusieurs agents

correctionnels, qui perçoivent une dérogation ostensible des instigateurs à l'ordre carcéral et cherchent à proscrire ces manifestations courtoises (c'est-à-dire à les normaliser conformément aux impératifs pénitentiaires).

Les activités infirmières relatives à l'admission du patient, l'évaluation de son état mental, les discussions d'équipe quotidiennes et la documentation des interventions constituent toutes des pratiques discursives qui façonnent et communiquent la pratique professionnelle du personnel infirmier. En fait, la perspective foucaldienne dont nous nous réclamons nous amène à penser l'ensemble de la pratique infirmière elle-même comme une pratique discursive. Le savoir clinique infirmier est le fruit de contingences locales intervenant dans la production, la négociation et la dissémination d'information relative au patient et ordonne la réalité de manière précise. Nous avons discuté précédemment des circonstances selon lesquelles le savoir produit par le personnel infirmier est légitime ou marginal, dans la mesure où ce savoir s'accorde avec les différents discours qui circulent à l'unité d'admission et modulent les activités soignantes. Il s'agit ici de distinguer les circonstances faisant en sorte que ce savoir soit congruent avec les représentations dominantes du milieu, de sa structure, de son mandat et des pratiques sociales qui l'investissent. Or, dans le cadre de notre recherche, le personnel infirmier choisit clairement les moments et les espaces propices à la communication de ce qu'il sait et de ce qu'il veut communiquer au sujet du patient. Par exemple, nous avons noté qu'en décrivant le patient dans les notes cliniques, les termes relatifs à l'aspect « humain » de ce dernier demeurent absents, alors que l'accent est plutôt mis sur la capacité du patient à se conformer aux attentes du milieu, aussi bien au niveau de sa conduite carcérale (calme, circulation selon classement sécuritaire, respect de l'horaire) que de son traitement (collaboration au traitement, acceptation de la médication, respect du personnel soignant).

En ce sens, il existe des règles tant explicites qu'implicites en ce qui a trait à l'information à documenter et, bien que les participants interrogés affirment se sentir libres

d'écrire ce qui leur semble pertinent, leurs énoncés évolutifs se conforment visiblement à une structure de forme et de fond tacite faisant que des notes qui rapportent une relation soignante dynamique, engagée et réciproque (telle que décrite par les participants en entrevue) ne cadrent pas avec le modèle attendu d'objectivité et de concision.

Similairement, en vertu du contexte sécuritaire dans lequel s'inscrit l'UPP et tout particulièrement son unité d'admission, les connaissances générées par diverses stratégies d'observation et transmises par le biais de la documentation forment un savoir légitimé par l'idéologie pénitentiaire dominante qui institue une représentation du patient en tant que délinquant et détenu dont les comportements doivent être minutieusement surveillés afin de déceler le plus rapidement possible ceux de nature criminelle. Ces processus qui légitiment ou marginalisent les savoirs à l'unité d'admission relèvent de relations de pouvoir qui rendent possibles ou non certaines manières de penser et d'agir dans un contexte où se chevauchent le soin et le contrôle social. Le personnel soignant intègre dans ses pratiques quotidiennes ces contingences narratives qui communiquent tant aux patients qu'aux membres de l'équipe ses représentations de la population soignée et ses priorités en matière de soins. Ces actes performants contribuent donc à produire, communiquer et maintenir des identités intégrées et exprimées par le patient : le patient psychotique ou déprimé, le patient dangereux, le patient humain, le patient conforme et ainsi de suite.

Le rôle des professionnels de la santé à l'unité d'admission et tout particulièrement du personnel infirmier, est très clair en regard des objectifs de l'unité d'admission. Les infirmier(e)s sont considérés comme des intervenants de première ligne dont la fonction première réside dans la stabilisation de l'état mental des personnes admises à l'UPP. Selon les propos recueillis, l'accent est mis sur leurs observations et leurs évaluations, de même que la mise en place d'une alliance thérapeutique. Toutes les activités infirmières s'inscrivent dans un objectif plus large de réinsertion sociale et visent une modification de

comportement et l'acquisition d'aptitudes sociales acceptables. En d'autres termes, les infirmier(e)s participent activement au processus d'apprentissage par le patient d'une nouvelle identité et ils modulent par le biais de la relation thérapeutique la compréhension de ce dernier de son expérience psychiatrique en milieu pénitentiaire. Dans une institution aussi normée que le pénitencier, les fondements idéologiques dont le personnel infirmier se réclame marquent le processus de socialisation de ses différents acteurs, qui intériorisent ces fondements et calquent sur ceux-ci leurs interventions. Or, nous l'avons vu plus tôt, la pratique du personnel infirmier repose sur un tout autre cadre idéologique ne s'harmonisant pas avec celui du pénitencier. La relation infirmier(e)-patient dans le contexte de l'unité d'admission se fait donc le théâtre d'une joute idéologique où s'affrontent les normes et valeurs carcérales d'une part et soignantes d'autre part (tensions discursives) et offre un cadre dans lequel le patient interprète son expérience psychiatrique. Ce cadre repose largement sur l'interprétation du personnel infirmier de son milieu de pratique, de la population qu'il soigne, du rôle qu'il y joue et des priorités d'intervention qu'il se donne.

Au cours de notre recherche nous avons pu constater le conflit persistant entre ces deux positions idéologiques, tant dans les dossiers consultés que dans les interactions entre le personnel infirmier et ses interlocuteurs (patients, personnel correctionnel, gestionnaires, autres professionnels, chercheurs). Les discours du personnel infirmier de l'unité d'admission reflètent donc une certaine ambivalence, qui transpire dans les versions écrite et orale de ses propos.

Nous avons examiné la manière dont le personnel infirmier parle de la population qu'il soigne et par le fait même de son propre rôle dans un contexte de soins aigus (unité d'admission). Nous avons ainsi pu déterminer certaines des manières dont le personnel infirmier construit l'identité des patients et produit par le fait même sa propre identité en tant que professionnel de la santé en milieu psychiatrique correctionnel, en ce sens que,

par le biais de ses évaluations cliniques, de son expertise en psychiatrie et de ses fonctions liées à la documentation de ses activités, il s'institue comme une entité reconnue pour statuer sur l'état d'un patient, déterminer les interventions appropriées et juger des aboutissements de celles-ci. Par ailleurs, la description de ses observations dans le dossier clinique indique également qu'il remplit pleinement les fonctions sécuritaires de son double rôle dans un établissement fédéral (agent de soin – agent de la paix).

Les pratiques discursives examinées s'insèrent dans des cadres bien précis à savoir les feuilles de notes évolutives, les entrevues en privé avec la chercheure et les interactions entre intervenants – telles qu'elles s'y prêtent – à l'unité d'admission. Tous ces cadres discursifs sont régis par des codes, tant formels qu'informels, établissant ce qui est possible (de dire, de faire) et ce qui ne l'est pas. Par exemple, nous avons vu que les notes cliniques doivent présenter un style d'écriture objectif, exempt de jugement personnel, concis, chronologique et précis. Il va donc sans dire que nos résultats de recherche s'inscrivent également précisément dans ces (im)possibilités d'existence et sont donc hautement contextualisés.

Nous avons relevé dans les notes cliniques certains types de subjectivités (identités) qui sont construites dans le cadre des pratiques soignantes (en tant que pratiques discursives) du personnel infirmier, à savoir le patient ambivalent, le patient comme risque, le patient déviant, le patient perturbé et le patient discipliné. Parallèlement, les entrevues réalisées auprès de certains membres du personnel infirmier mettaient en évidence les caractères humain et délinquant des patients. Ces résultats attestent une fois de plus du caractère fluide de l'identité, alors que le patient assume l'ensemble de ces identités en un même temps.

Les subjectivités identifiées s'inscrivent donc dans une approche poststructuraliste. L'identité de risque notamment s'accorde aisément avec une dialectique psychiatrique et correctionnelle, entérinée par diverses institutions chargées de décrire ce risque,

l'enfermer, le prendre en charge et l'étudier. En soi, l'UPP et tout particulièrement son unité d'admission, contribue à maintenir et à faire circuler un discours axé sur le risque. Ceci est prépondérant dans les entrées cliniques examinées et dans les transcriptions d'entrevues. Le concept de risque sert aussi de rappel à ceux qui « s'égarent » (le personnel infirmier nouvellement embauché, entre autres) que l'unité d'admission accueille les délinquants les plus dangereux de la province. Rappelons également encore une fois qu'en cas de comportement dangereux de la part d'un patient, ce dernier sera escorté à l'unité d'admission pour être pris en charge. Le terme de risque n'est pas nécessairement employé pour communiquer cette notion. Dans les notes évolutives, l'on a noté que le personnel infirmier recourt systématiquement à l'épithète « calme » dans ses descriptions quotidiennes des comportements des patients et que ce terme faisait l'objet d'un consensus implicite en regard de son importance, à en juger par les répétitions mécaniques de ce mot dans plusieurs entrées consécutives (voir la section 4.2.3.2. à cet effet). Nous avons proposé, à l'instar de Derrida (1967), que « calme » prend tout son sens lorsqu'il est mis en contraste avec son contraire. De même, les informants interrogés emploient des notions de *manipulation*, de *dangerosité*, de *meurtre crapuleux* et d'*imprévisibilité* pour communiquer des représentations qui sont toutes chapeautées par la notion de risque.

Le pénitencier et l'hôpital psychiatrique sont tous deux connus pour leur population internée qui exhibe des comportements pouvant présenter un risque à l'ordre et la sécurité collectifs (Mason, Coyle & Lovell, 2008 ; Whittington & Balsamo, 1998). À l'unité d'admission, l'identification et la gestion du risque constitue une priorité pour tous et le personnel soignant se fait l'instrument de la surveillance continue que ce climat de risque commande. Le personnel interrogé soutient par ailleurs que l'appréhension du risque dans ce type de milieu nécessite un apprentissage qui est largement pris en main par le personnel correctionnel, qui a tôt fait de mettre les nouveaux employés au fait des

singularités du milieu et de les leur rappeler de manière continue par la suite. En indiquant de façon répétitive dans les notes évolutives que le patient est calme, le personnel signale aux « consommateurs » des notes évolutives (ex : gestionnaires) qu'il s'est acquitté de sa tâche de façon satisfaisante. Cependant, un souci semblable de signaler une assiduité en regard d'un plan de traitement intégré (c'est-à-dire qui ne se limite pas à la seule dimension pharmacologique) demeure absent dans les dossiers des patients. Selon Porter (1993), cette absence (discrète) s'explique par la tendance en soins psychiatriques à juger des compétences infirmières en fonction de la fréquence des incidents perturbateurs plutôt qu'en fonction du traitement lui-même, situant la composante « clinique » du rôle infirmier en-deça de sa composante « sécuritaire » en terme de priorités. Nos résultats indiquent que l'observation de Porter (1993) est tout à fait pertinente dans notre investigation à l'unité d'admission, où nous avons observé que le personnel infirmier assujettit clairement sa pratique aux injonctions sécuritaires du milieu.

La surveillance assidue par le personnel soignant permet d'identifier les éléments de risque qui menacent l'ordre carcéral (nous avons noté que si le patient constitue l'objet principal de cette surveillance, il en va de même pour l'ensemble des infirmier(e)s qui sont aux aguets des comportements de leurs pairs). Le personnel dispose d'une grille de gradation permettant de quantifier au mieux le risque que représente le patient (Annexe 8). Cette notion de risque, ainsi que le développement d'outils visant à mesurer celui-ci, s'inscrit sans peine dans la perspective de Foucault ([1976] 2002, [1975] 2003), qui voit en ces stratégies des techniques de gouvernement individualisées, c'est-à-dire qui s'intéressent à l'individu et l'isolent pour mieux l'appréhender et le gouverner.

On peut également lier cette nécessité d'identifier le risque avec le besoin de gérer la déviance, qui trouvent écho dans les ouvrages de Foucault portant sur les techniques disciplinaires en milieu captif. Cet aspect est notoire dans les notes évolutives, mais plus discret dans les entrevues. Il n'en demeure pas moins que le personnel infirmier s'applique

nettement à rapporter les comportements qui ne cadrent pas avec les attentes locales, qu'il s'agisse de la manière de s'adresser au personnel, de formuler des demandes, d'accepter la médication offerte et de manière générale, de se soumettre aux directives des personnels soignant et correctionnel. Notons par ailleurs que cette dimension est reprise de manière réflexe dans les dossiers sous le vocable « conformiste » (voir les sections 4.2.2.3 et 4.2.2.5), dont la signification n'est jamais précisée et toujours sous-entendue. Les causes de la déviance ne sont pas rapportées dans les notes évolutives, suggérant de façon implicite une manifestation de la personnalité « inadaptée » du patient. On se souviendra à cet effet que la majorité des patients à l'unité d'admission reçoivent un diagnostic de trouble de la personnalité (Axe II).

Le discours de gestion de la déviance est puissant en psychiatrie correctionnelle, où l'on craint que la non collaboration puisse escalader en dangerosité franche (une possibilité confirmée par les outils de gestion du risque utilisés à travers l'UPP qui se fondent sur cette gradation). Par ailleurs, sa composante morale ne fait aucun doute – on se souvient par exemple de la responsabilité individuelle et collective assumée par le personnel infirmier dans la protection de ses collègues et, à plus large échelle, de la société qui accueillera éventuellement le patient libéré. Fidèle aux écrits de Foucault (2000) sur le pouvoir pastoral, nous désirons donc insister ici sur la place prépondérante qu'occupent l'identification puis la gestion des comportements qui ne se conforment pas aux impératifs du milieu et le rôle qu'occupent les infirmier(e)s dans la reconduction de ces impératifs auprès des patients. Lorsque cela s'avère nécessaire, le patient sera par ailleurs invité à admettre la déviance de ses comportements et à se soumettre aux interventions mises en œuvre, qu'elles soient d'ordre pharmacologique (le cas le plus observé), correctionnel ou psychosocial. Nous avons établi qu'à cet égard, le personnel soignant joue un rôle primordial dans la réussite du projet psychiatrico-carcéral de l'unité d'admission en particulier et l'UPP en général, alors que celle-ci est considérée comme un

centre de traitement de « dernier recours ». La gestion de la déviance s'inscrit donc de plain-pied dans les visées disciplinaires de ce milieu.

Les comportements déviants peuvent cependant être le fruit de perturbations de l'état mental, suggérant la possibilité d'une identité pathologisée au sens du DSM-IV. L'administration presque systématique d'une médication PRN (médication d'appoint) en cas d'agissements perturbateurs vient confirmer en quelque sorte la nature biochimique (innée) de la problématique, d'autant plus que cette initiative s'accompagne rarement d'une évaluation en bonne et due forme qui pourrait éclairer le personnel soignant sur la possibilité d'autres facteurs causatifs. Les vues du patient à cet égard sont peu sollicitées et sa participation à l'intervention se résume la majeure partie du temps à l'acceptation de la médication offerte. Il faut cependant souligner le fait que le personnel infirmier (et le personnel sécuritaire) se montre davantage sensible aux symptômes « francs », c'est-à-dire associés à des pathologies de l'Axe I (ex : hallucinations, discours décousu) et donc peu susceptibles d'être feintées. Les patients qui exhibent ce type de symptômes reçoivent une attention davantage empreinte de sollicitude et de compassion que ceux qui cherchent manifestement à obtenir un gain secondaire. Tel que relevé ailleurs, la distinction entre les « vrais malades » et les « joueurs de tours » (les « manipulateurs ») constitue un élément pour lequel le personnel infirmier doit être constamment à l'affût (Holmes, 2001) et qui influence la perception de sa compétence sur le plan clinique.

Le but des deux mandats du personnel infirmier, à savoir le soin et la sécurité, gravite autour de la modification des comportements affichés par le patient. Les écrits de Foucault ([1975] 2003) nous amènent à situer cette modification sous l'angle de la docilité, qui évoque des effets précis de pouvoir disciplinaire. Le patient discipliné est celui qui montre clairement une intériorisation des normes auxquelles il est soumis dans le cadre de son enfermement. Ce pouvoir implique un jugement normalisateur de la part du personnel infirmier, qui détient l'autorité nécessaire pour déterminer si le patient « collabore », est

« conformiste » ou « adéquat » ou s'il prend « bien » sa médication. Le patient doit apprendre des modes de fonctionnement qui sont renforcés dans l'interaction avec le personnel soignant (et correctionnel) et qui impliquent un élément marquant de désirabilité sociale que ce dernier est en mesure de juger.

Les identités produites par le biais de la documentation infirmière ne concordent pas nécessairement avec celles mises en évidence dans les propos des informants. Le fait même d'identifier plusieurs identités s'inscrit dans la perspective foucauldienne selon laquelle une personne ne peut, en aucun temps, assumer une seule identité et évoluer selon les contingences de celles-ci vers un produit « final ». Au contraire, la production d'identités est continue et dynamique et la compréhension de ces identités est toujours modulée par celles de l'observateur et n'existe pas en-dehors de celles-ci, ni même en-dehors du cadre discursif dans lequel s'opère cette compréhension. À cet effet, nos résultats permettent de mettre en lumière la manière dont l'identité (au sens large) des patients et du personnel infirmier sont intimement liées. L'on entend par cela que les performances sociales identifiées chez le patient (conformité, décompensation, déviance, manipulation, etc.) varient selon les représentations et l'interprétation du personnel infirmier et commandent nécessairement des actes performants précis de la part de ce dernier (application de mesures disciplinaires, défense des intérêts, etc.) et qui amènent le patient à penser et se penser d'une certaine façon, s'exprimer d'une certaine façon et se comporter d'une certaine façon. Nous prenons garde à ce point-ci de rappeler le rôle fondamental du langage dans ce processus, en tant qu'instrument essentiel de toute performance sociale. Il convient également de rappeler que le discours, élément central de la présente recherche, constitue une forme de performance sociale.

Notre étude met en évidence la manière dont la perspective du personnel infirmier, dans l'interaction quotidienne avec le patient et dans la documentation clinique, s'affiche comme dominante, alors que celle du patient, peu visible et peu reconnue,

demeure marginale. Les discours du personnel infirmier (et le langage employé) rendent possible la création et la compréhension de la condition du patient à l'unité d'admission et sa position en tant que personne assujettie à l'expertise du personnel infirmier. Son admission le dépouille par ailleurs des éléments qui lui sont propres et maintient ceux qui le rendent en conformité avec le milieu, tout particulièrement ceux qui facilitent la production de l'identité psychiatrique (symptômes de désorganisation, comportements à risque, propos décousus, etc.). Tel que vu précédemment, cette étape est comparable à l'inauguration de son expérience psychiatrique et de la formalisation de sa condition (Goffman, [1968] 1998). L'émission d'un diagnostic psychiatrique, issu de sources qui demeurent encore peu contestées (donc conçues comme légitimes) telles que le DSM-IV, représente une étape fondamentale de ce processus de construction identitaire et constitue l'un des objectifs principaux de l'unité d'admission (bien que dans les notes évolutives notamment ce diagnostic ne soit pas explicite). Les patients sont invités à se soumettre au traitement proposé (par le biais de la signature du consentement et la collaboration aux interventions) et par conséquent à accepter une certaine dépendance à l'égard du traitement, du personnel infirmier et de l'UPP en général. Ces actes relèvent d'une perspective paternaliste visant à gouverner une personne jugée comme étant incapable de raisonner et viennent encore une fois confirmer et maintenir l'identité psychiatrique attribuée au patient.

Le discours est un outil puissant de construction des perceptions et des représentations infirmières en regard de leurs patients et de leur propre profession. Il signifie et transmet un corps de connaissances qui, en regard de certaines épistémologies, expliquent, encouragent ou proscrivent des manières d'être et d'agir selon le contexte (Hamilton & Manias, 2006). Les discours du personnel infirmier permettent donc de parler de la profession infirmière, de la pratique clinique infirmière, des patients soignés par les infirmier(e)s dans des milieux de soins où exercent les infirmier(e)s. Tel que vu plus tôt,

Foucault estime que le discours s'inscrit dans une triade où interviennent simultanément le savoir et le pouvoir car selon lui, le pouvoir « *traverses and produces things, it induces pleasures, forces knowledge, produces discourses* » (Foucault, 1980a, p. 119). Une analyse de discours nous a permis de nous intéresser, au-delà des discours eux-mêmes, aux objets construits par le biais de ces discours, à savoir le patient et, inévitablement, le soin dont il fait l'objet, puisque c'est à travers ce soin que les membres du personnel infirmier observent et saisissent le patient et peuvent le décrire et en parler. En somme, c'est le soin (infirmier psychiatrique) qui permet la compréhension du concept du « patient » et qui détermine ses conditions d'existence. Foucault ([1976] 2002) verrait certainement le soin infirmier psycho-légal comme une technique de génération d'un savoir (expert) c'est-à-dire qui construit des domaines de connaissances (tels que la maladie mentale, la psychopathie, la souffrance humaine), les objets qui s'inscrivent dans ces domaines (les patients, le personnel infirmier qui les soigne) et des traditions de vérités perpétuées par les discours qui investissent le milieu psychiatrique correctionnel en général et l'unité d'admission de l'UPP en particulier. Le discours transmet donc ces corps de connaissances localisés au niveau du temps, de l'espace et de l'histoire. Il ne permet pas de découvrir des phénomènes mais de les comprendre et de leur attribuer un sens congruent avec un schème de référence sociopolitique déterminé.

Le personnel infirmier dispose de nombreuses stratégies par lesquelles transmettre et valider des discours. Nous sommes demeurée sensible au fait qu'il n'y pas *un* discours mais bien *des* discours du personnel infirmier susceptibles de régir les pratiques locales. Dans le cadre de notre projet, nous avons choisi d'examiner la manifestation de ces discours dans les notes évolutives et par le biais d'échanges individuels avec des membres du corps infirmier. Il ne s'agissait pas de déterminer si les éléments rapportés (de manière écrite et orale) étaient vrais mais plutôt de comprendre *pourquoi* ils se voyaient attribuer un caractère légitime et étaient perçus comme vrais dans ce contexte de

pratique et quelles relations de pouvoir ils mettaient en évidence. Nous reconnaissons d'emblée que les sources que nous avons examinées ne sont pas exhaustives. D'autres espaces discursifs incluent par exemple toutes les formes d'interactions infirmier(e)s-patients, les interactions avec certains acteurs au statut particulier (ex : gestionnaires cliniques, correctionnels), les entretiens avec des membres de la famille de certains patients et les discussions cliniques en présence ou non d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire. À travers notre examen des notes évolutives, nos observations et les nombreux entretiens que nous avons eus avec les divers acteurs du pénitencier (peu importe leur appartenance socioprofessionnelle), nous avons été en mesure de préciser certains discours du personnel infirmier, de noter certaines conditions de leur émergence ou de leur mise sous silence et certains de leurs effets sur les pratiques et, de manière plus large, sur les soins.

Les notes cliniques constituent *une* stratégie discursive permettant de signifier à un auditoire des représentations sur certaines pratiques sociales réalisées dans un cadre précis. Dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, ce sont les pratiques infirmières en relation avec une clientèle psychiatisée et criminalisée qui nous intéressent. Il est difficile, voire impossible, de distinguer ces deux éléments (pratique infirmière, clientèle) car chacune a besoin de l'autre pour se construire et prendre un sens – en somme, exister. Une perspective foucaldienne nous amène à concevoir cette dualité comme s'opérant et s'élaborant par le biais du patient lui-même – son corps et son esprit – qui constitue alors un produit de relations de pouvoir et de processus discursifs. Selon Foucault (1980b),

the individual is not to be conceived of as a sort of elementary nucleus (...) on which power comes to fasten (...). In fact, it is already one of the prime effects of power that certain bodies, certain gestures, certain discourses, certain desires, come to be identified and constituted as individuals (p. 98).

Cette conceptualisation de la personne nous écarte donc des conceptions traditionnelles, selon lesquelles le caractère unique de la personne provient d'une essence propre et substantielle ; elle commande plutôt une analyse des processus discursifs qui constituent la personne. À cet effet, Foucault (2003) ajoute qu'il faut plutôt voir cette dernière comme une surface d'inscription des relations de pouvoir, situant ainsi cette analyse sous l'angle du politique (ce à quoi nous reviendrons dans la section suivante). La médiation discursive dont la personne fait l'objet doit donc constituer un point central de toute entreprise généalogique. Notre projet nous a permis de mettre en évidence l'effet de cette médiation sur la compréhension par le personnel infirmier des comportements et des besoins des patients à l'unité d'admission. Il nous permet également de déterminer que ces patients, en tant que surface d'inscription des pratiques infirmières qui les décrivent, les catégorisent et les constituent comme patients, détenus, malades, criminels et humains, permettent également au personnel infirmier de se construire en tant que « personnel infirmier » à l'unité d'admission. Chaque groupe produit activement l'identité (ou plutôt, les identités) de l'autre – des identités déchiffrables, intelligibles et significatives dans cette structure psycho-légale. En nous intéressant à la construction identitaire du patient à l'unité d'admission, il nous a donc été indispensable d'examiner la production identitaire du personnel infirmier à travers ses propres pratiques discursives et de considérer ces deux processus comme simultanés, dynamiques, réciproques et continus.

La production identitaire étant indissociable de toute pratique discursive et s'inscrivant « naturellement » dans un contexte qui commande lui-même certaines identités (ex : criminel, manipulateur, dangereux) au détriment d'autres (ex : psychotique, souffrant), sa problématisation peut facilement être négligée, notamment par le personnel infirmier œuvrant quotidiennement dans ce contexte. Une telle omission passerait outre la remise en question de ce processus et ses effets dans un contexte comme l'unité d'admission d'un centre psychiatrique pénitentiaire. Nous désirons donc aborder cet

aspect de la pratique infirmière sous un angle d'analyse jusqu'ici implicite à travers notre discussion, à savoir la dimension politique du soin infirmier à l'unité d'admission.

5.3. Le soin comme projet politique

L'articulation simultanée des identités du personnel infirmier et des patients s'inscrit, selon Fox (1995), dans une opposition binaire dont le soin constitue le mode d'expression par excellence. Cet auteur désigne comme « vigile du soin » (*vigil of care*) les pratiques associées à la production du soin disciplinaire et les relations de pouvoir qui le qualifient. Cette perspective s'appuie fortement sur les écrits de Foucault en regard du pouvoir, du savoir, de la résistance et de la production du patient en tant qu'entité distincte. Tout comme les surveillants dans les écoles et en milieu carcéral, le personnel infirmier utilise son regard à des fins de surveillance et de contrôle auprès de la population soignée. Suivant une perspective foucauldienne, Fox (1995) s'est intéressé à la manière dont le discours du soin, reconduit sur le plan théorique comme discours professionnel, a contribué à construire le rôle du soignant (par exemple, le personnel infirmier) et, par conséquent, le rôle du soigné (le patient, le détenu). La surveillance dont ce dernier fait l'objet dans le cadre de la pratique soignante s'inscrit dans la dyade pouvoir/savoir décrite par Foucault (1980a, [1975] 2003) dans son analyse du pouvoir disciplinaire.

Rappelons à cet effet que la discipline du corps renvoie à des pratiques et des discours par le biais desquels des savoirs sont produits et des subjectivités sont créées. Le corps est situé dans un champ politique investi de rapports de pouvoir qui assurent sa docilité, son utilité et sa productivité (Smart, 2002). La dyade pouvoir/savoir constitue un élément-pivot du pouvoir disciplinaire et donne lieu à des pratiques cristallisées (par le discours institutionnel, le discours professionnel, le discours académique) productrices de la personne. Foucault ([1975] 2003, p. 34) désigne comme « technologie politique du corps » le savoir nécessaire à l'assujettissement du corps et les discours, les instruments

et les règles garants de cet assujettissement. La prison constitue un lieu propice à la production d'un savoir à l'endroit du criminel dans le but de le transformer. Smart (2002) note à cet égard la transition en regard de l'appellation de ce dernier, reconduit comme « délinquant » dans les écrits actuels – incluant la documentation officielle du Service Correctionnel du Canada. Le « délinquant » constitue, selon cet auteur, une nouvelle figure, un nouvel objet de savoir et de pouvoir alors que ce n'est plus le crime lui-même qui fait l'objet d'une punition mais la personne toute entière de celui qui l'a commis :

The shift of focus, from the act to be punished to the life which was to be 'normalized' through a development of disciplinary techniques, necessarily coincided with the introduction of biographical details by means of which the identity of the delinquent could be constructed independently of the crime (p. 92).

Cette transition a commandé l'émergence de nouveaux types de savoir, plus positifs et plus minutieux, qui infiltraient toujours davantage la sphère privée de la personne et qui ont permis l'émergence de nouveaux discours, tels que celui de la criminologie mais qui ont aussi tissé des liens avec, par exemple, le discours psychiatrique. En vertu de cette nouvelle approche en matière de gestion et de normalisation des personnes délinquantes, dangereuses ou perturbées sur le plan de l'état mental, des agents (tels que le personnel infirmier) ont été désignés dans le but de sonder ces dernières et de raffiner l'exercice du pouvoir disciplinaire. Les jugements qui en résultent s'inscrivent dans une logique de normalité / anomalie qui catégorise la personne et la transforme en sujet. Sous cet angle, la pratique infirmière et ses activités courantes (à travers l'établissement d'une relation soignante) telles que les évaluations de l'état mental, la spécification de diagnostics infirmiers, l'élaboration de plans de soins, les entretiens privés, les questionnaires et les examens, apparaissent nettement comme un acte politique, ce que soutient Armstrong (1983). Selon cet auteur, l'évolution du « sujet », notamment par le biais de la relation

infirmière-patient, se présente « naturellement » comme un élément central approprié de l'exercice infirmier.

La perspective d'Armstrong (1983) suggère que le sujet (la personne) se présente comme un être fragmenté et continuellement engagé dans un processus de dissolution et de reconstruction, mais, contrairement aux auteurs poststructuralistes, cet auteur va jusqu'à laisser entendre la « mise au ban » identitaire du patient – ce à quoi se rallierait certainement Goffman ([1968] 1998) à travers sa discussion des processus de déculturation et de mortification inhérents aux hôpitaux psychiatriques. Goffman ([1968] 1998) évoque à ce titre les processus (cliniques, administratifs) ininterrompus qui empêchent la personne d'agir selon ses référents socioculturels et mènent à l'élimination progressive mais inexorable de ces éléments qui la distinguent des autres. Il souligne ici l'élimination de rôles et d'attributs qui sont le produit de sa vie antérieure (c'est-à-dire qui précèdent son hospitalisation) et qui définissent son identité. Nous estimons qu'Armstrong (1983) et Goffman ([1968] 1998) partagent des points de vue similaires dans la mesure où ces deux auteurs traitent de la fragmentation identitaire du patient comme préalable nécessaire à sa reconstruction dans des termes définis par l'institution elle-même. Dans la même foulée, d'autres auteurs estiment également que les activités thérapeutiques de l'ordre du relationnel sont précisément axées sur la « reconstruction du soi » (voir par exemple Hazelton, 1999). Nous considérons que ces activités constituent en fait des pratiques productrices d'identités.

Dans les faits, dans un milieu alliant les soins psychiatriques et la réinsertion sociale, ces activités d'ordre relationnel occupent une part importante des soins quotidiens. Le patient s'expose en effet à un examen clinique en tant que « cas social » (Armstrong, 1983), dont l'histoire doit être racontée, disséquée et intégrée au plan de traitement. Ceci fait écho aux écrits de Foucault ([1976] 2002) en regard des pratiques subjectivantes, telles que la confession et nous amène à considérer autrement la visée

émancipatoire de la composante relationnelle de l'exercice infirmier. Bloor et McIntosh (1990) estiment pour leur part que le regard du personnel infirmier comprend une composante thérapeutique qui permet la construction du patient en tant qu'être « psychosocial » avec des besoins, des motifs et des problèmes et qu'en ce sens, la surveillance ainsi accomplie constitue une condition préalable à tout travail thérapeutique. Dans le même ordre d'idées, May (1992) soutient que l'examen du patient en tant qu'être social s'additionne aux pratiques et aux techniques qui visent à analyser ce dernier (dans le but ultime de le normaliser) et qui prennent la forme d'actes cliniques en apparence neutres et altruistes.

À cet effet, nous avons pu constater à l'unité d'admission que les activités infirmières centrées sur le patient étaient présentées comme étant visiblement apolitiques, tant dans les notes évolutives que dans les interactions quotidiennes. L'un des aspects marquant soulevés dans l'analyse des données réside dans l'occultation du patient dans la documentation infirmière. Nous considérons que les notes évolutives constituent un instrument de censure en regard de la voix du patient (perspective, initiatives, choix en regard du traitement). Les interventions étaient davantage axées sur un but précis, tel que la restauration de l'ordre ou du calme ou encore l'acceptation par le patient de la médication offerte. Hyde et ses collègues (2005) affirment qu'une telle orientation aux interventions témoigne de l'œuvre de la modernité dans l'hôpital et de la domination tant de la science que de la technocratie dans les activités cliniques, ce qui suggère que nos résultats de recherche présentent certaines similarités avec le milieu civil. Dans les dossiers que nous avons analysés, le personnel infirmier opte en effet pour des interventions montrant clairement une logique instrumentale. Le caractère autonome des patients est ainsi dérobé aux yeux des lecteurs et contribue à la production d'un sujet passif soumis aux impératifs du traitement. Ce résultat reprend les conclusions d'une recherche réalisée par Hyde et ses collègues (2005), qui concluaient que le personnel

infirmier privilégie une rationalité pragmatique dans le choix de ses interventions et de l'information qu'il choisit de documenter. D'autres auteurs corroborent ces résultats et soulignent le caractère autoritaire et réactif de la documentation infirmière (Cheek & Rudge, 1994).

À l'instar de Mohr (1999, p. 1057), nous considérons que « language is epistemic, which is to say that it provides the basis for the creation, and maintenance of patterns of knowledge ». Le fait d'écrire au sujet d'un patient constitue un acte puissant de réitération de la normalité qui soustrait au patient son droit à l'auto-détermination, surtout dans la mesure où le processus d'écriture est lui-même régi par des règles qui confirment davantage la légitimité, la crédibilité et l'autorité de l'information documentée – et de l'agent qui documente cette information (tel que le personnel infirmier). Dans le même ordre d'idées, Butler (1999) affirme que les discours forcent les personnes dans une performance sociale stylisée qui, par la réitération de comportements associés, produit la représentation d'une identité statique (et, dans le cas de la maladie mentale, biologique). C'est donc toute la question de l'ontologie du sujet qui est ainsi abordée et qui souligne le caractère régulateur et prescriptif des discours. La tendance en soins infirmiers (établie depuis longtemps en psychiatrie) à s'intéresser à son histoire sociale et émotionnelle et à sa position dans une matrice de relations impliquant d'autres institutions et d'autres personnes a créé des conditions uniques de subjectivisation du patient. Selon Gerhardt (1989), ceci a permis de le considérer sous des aspects jusque là négligés et, ainsi, de multiplier les sphères tombant sous contrôle médico-clinique :

Now the patient comes to matter as one who feels pain, or experiences satisfaction ; that is, as the person in his or her entirety of previously clinically irrelevant identity. Through this incorporation of person-related aspects (...) the realm of what comes under medical control is broadened considerably (p. 325).

Les savoirs générés par le biais de cet examen « biographique » n'émergent donc pas d'un espace atemporel, apolitique et universel, en marge de l'histoire d'une société et libre des contraintes politiques, des normes et des croyances inhérentes à cette dernière (Roberts, 2005). De même, la relation soignante entre le personnel infirmier ne peut exister en dehors du temps et de l'histoire. Bien au contraire, nous avons vu dans notre discussion du pouvoir pastoral que l'histoire a plutôt vu l'émergence de nouvelles stratégies de subjectivisation du patient à travers la pratique professionnelle infirmière, des stratégies plus sophistiquées qui impliquent clairement un exercice de pouvoir, situant ainsi la relation thérapeutique comme un microcosme reflétant des processus sociaux et politiques plus larges (Malin & Teasdale, 1991). La relation thérapeutique reconduit effectivement dans le rapport avec le patient les normes courantes en matière de comportement conforme sur le plan social ; elle permet un micro-contexte privilégié propice à l'identification et la gestion des conduites anormales.

Il s'agit là d'un pilier de la discipline et le personnel infirmier occupe une place de choix dans l'enseignement et le renforcement des comportements désirables ainsi que dans l'apprentissage par le patient de mécanismes d'auto-régulation. Dans le même ordre d'idée, Lupton (1997) affirme que, dans la provision de soins de santé, le pouvoir se manifeste notamment par l'existence d'examens, d'évaluations et de comparaisons auxquels sont soumis les personnes. Il va sans dire qu'il s'agit là d'une fonction essentielle de la pratique infirmière, sur laquelle se fonde par ailleurs la démarche de soins infirmiers. À cet effet, nos informants ont clairement dit que l'évaluation de l'état mental de leurs patients constituait la principale activité infirmière à l'unité d'admission. En combinant ces techniques soignantes, le personnel infirmier contribue donc à la subjectivisation de ses patients. Dans une ère de rationalité telle que la nôtre et en prenant en compte les nouvelles dimensions personnelles et émotionnelles du soigné, les techniques

disciplinaires inhérentes à des structures de contrôle social se prolongent jusque dans le patient, qui intériorise les tâches qui lui incombent au cours du processus thérapeutique :

[T]he patient's own task is to examine his lifestyle, his values and aims, his problems, his coping skills and his support system. During his period of treatment the patient tries to learn better ways of behaving, adopting better skills, and better ways of dealing with fellow human beings (Altschul, 1984, p. 51).

L'on peut noter que les propos d'Altschul (1984) portant sur la responsabilité du patient vis-à-vis son traitement sont en droite ligne avec la réflexion de Foucault (2000) à l'égard des visées disciplinaires du pouvoir pastoral.

Les dossiers examinés dans le cadre de cette recherche nous ont permis de noter que l'information relative au patient et au soin présente une orientation nettement disciplinaire, axée sur la surveillance, la prise en charge et le contrôle, (tant par des moyens chimiques que physiques). Les entrevues reflètent au contraire de plus fortes nuances permettant de dégager d'autres types d'orientation aux discours du personnel infirmier, alors que sont exprimées par les informants d'autres facettes, spécifiées comme étant essentielles, de leur rôle soignant auprès de la clientèle de l'unité, telles que le soutien offert aux patients aux prises avec des difficultés d'ordre familial (ex : conflits), juridico-administratif (ex : plainte, transfert dans un autre établissement) ou social (ex : intimidation par les pairs). Bien que notre projet nous ait permis de mettre en lumière ces divergences, il reste qu'il s'agit là d'un contexte privilégié et que des procédures courantes dans ce milieu, telles qu'une évaluation de la qualité des soins (de routine ou dans le cadre de procédures légales), ne peuvent prendre en compte la diversité discursive du personnel infirmier. Par exemple, les dossiers des patients servent régulièrement à évaluer la qualité des soins infirmiers de même que la qualité de la documentation des interventions infirmières. Notre recherche montre clairement, toutefois, que les notes consignées par le personnel infirmier ne reflètent pas les multiples configurations du soin

infirmier dans un contexte tel que l'unité d'admission d'un milieu hybride combinant l'asile et la prison, qui requiert de la part du personnel infirmier qu'il négocie certains aspects de son rôle afin d'accomoder le double mandat de l'UPP. Nous avons noté, par exemple, que certains comportements courants en soins infirmiers en milieu civil (ex : rapprochement, toucher) sont proscrits (et épurés) de la pratique infirmière à l'unité d'admission, de manière à tenir compte de la dangerosité de la population internée. De même, la nécessité d'aborder la question du délit avec le patient est considérée comme un sujet délicat pouvant rompre tout lien thérapeutique entre ce dernier et le personnel soignant, ce qui amène les infirmières et infirmiers à laisser au patient la décision d'engager la conversation à ce sujet. Ces modalités de négociation n'apparaissent cependant pas dans les notes évolutives.

Nous avons donc constaté que la documentation infirmière mettait en évidence un type de discours particulier chez le personnel infirmier, à savoir un discours pénitenciaire axé sur la discipline et la surveillance. Notre recherche nous a permis de remettre en question l'hégémonie *apparente*, dans les notes évolutives, du discours pénitenciaire et de dégager d'autres discours, axés notamment sur le professionnalisme du personnel infirmier et la résistance de celui-ci à l'idéologie carcérale qui perdure à l'UPP. La carence d'informations pertinentes relevée dans les notes évolutives induit une réflexion en regard de cette hégémonie du discours pénitenciaire et de la visibilité du soin infirmier, de sa soumission aux contraintes (idéologiques, environnementales) du milieu de même que de son rôle dans le maintien et la reconduction de ce dernier comme milieu de soin possible et légitime. À cet égard, il est apparent qu'un milieu tel que l'UPP en général et son unité d'admission en particulier, comportent des difficultés qui leur sont inhérentes de par le paradoxe idéologique (soin-contrôle) qui les caractérise (Bernheim, 2000 ; Holmes, 2001 ; Mason, 2002), un point qui a à maintes fois été soulevé par nos informants. Plusieurs recherches établissent de façon très claire le discours pénitenciaire comme discours

dominant dans ce type de milieu (Cloyes, 2004 ; Holmes, 2001, 2002, 2005 ; Martin, 2003). Toutefois, nous n'avons relevé aucune recherche à ce jour qui traite spécifiquement de la dimension discursive de l'exercice infirmier dans ce contexte et qui peut attester de la pluralité discursive du personnel infirmier. À la lumière de notre cadre théorique, nous concevons cette diversité de discours comme la manifestation de l'émergence de contre-discours qui remettent en question l'idéologie carcérale et qui favorisent un changement de culture en vertu duquel les soins infirmiers aux détenus aux prises avec un trouble psychiatrique pourraient s'inscrire davantage dans une perspective soignante. Ces contre-discours confirment donc l'unité d'admission de l'UPP comme espace possible de soin psychiatrique où le personnel infirmier peut exercer ses fonctions plus librement. Ainsi, la dimension politique du soin est mise en évidence dans la mesure où, alors qu'émergent des contre-discours (de soins, de professionnalisme, de résistance en particulier mais aussi biomédical psychiatrique, qui permet d'insister sur le caractère thérapeutique et clinique du milieu), l'on assiste à une reconfiguration des relations de pouvoir à l'unité d'admission.

Cette tendance à la pluralité discursive nous apparaît comme étant prometteuse en regard de la disposition du personnel infirmier à assurer un espace où peut s'exprimer le soin dans un environnement fondamentalement axé sur le contrôle et la prise en charge des personnes. Cette possibilité d'existence d'un espace soignant est en contradiction avec les réflexions d'autres auteurs qui jettent le doute sur une telle possibilité (voir notamment Holmes, 2001 ; Martin, 2003). Pour le moment toutefois les dossiers ne rendent pas compte de ce positionnement politique du personnel, en ce sens qu'ils n'attestent pas de la pluralité discursive du personnel infirmier, laissant donc paraître la domination du discours pénitentiaire dans ce médium.

Par le biais d'activités quotidiennes, telles que les procédures d'admission, l'administration de médicaments, les discussions multidisciplinaires et la participation aux

décisions correctionnelles et cliniques, le personnel infirmier construit donc l'espace clinique de l'UPP en organisant et communiquant sa propre identité et celle des patients. Latimer (1998) juge que la manière dont le personnel infirmier évalue les patients et interagit avec eux ne peut être comprise uniquement comme un processus purement cognitif, comme une simple étape méthodique de la démarche infirmière. Elle considère au contraire qu'infirmières et infirmiers contribuent à organiser leur environnement et ce, en participant à la structuration du contexte en fonction duquel les besoins des patients – et par conséquent, leur identité – peuvent être contruits. Selon elle, le langage occupe une place cruciale dans ce processus et contribue à établir la performance socioprofessionnelle du personnel infirmier et la visibilité de leur pratique. Irving et ses collègues (2006) estiment pour leur part qu'au-delà des aspects purement fonctionnels du langage (ex : transfert d'information, continuité des soins, etc.), il s'agit pour le personnel infirmier de prendre conscience de ses effets dans la communication de certaines représentations et de certaines formes de savoir et le maintien de systèmes de domination courants et de structures de contrôle social (telles que l'UPP). Nous appuyons la réflexion de ces auteures, dans la mesure où l'on peut comprendre la documentation « as self-forming work (work which shapes the presentation of the profession, which in turn shapes the functioning of a profession) », mettant ainsi en évidence sa fonction politique (Irving et *al.*, 2006, p. 152).

La sphère du « social » du soin infirmier psycho-légal constitue un élément essentiel de presque toute la recherche actuelle dans ce domaine. Elle a par ailleurs été identifiée comme un pilier dans le développement à venir de ce champ de pratique :

The challenge for the next generation of forensic nurses is to establish a specific sphere of operations for their practice. This may well take forensic nursing into a development area of generic mental health and social therapy, aimed at assisting the subjects/objects of therapy in managing social interactions, social relationships, social structures and the social stigma of their status and identity (Mercer, Mason & Richman, 2001, p. 113).

En ce sens, on ne peut se permettre de passer outre la dimension discursive de ce domaine de pratique infirmier et l'examen de la relation complexe entre le discours, le pouvoir et le savoir dans la production d'identités. Tout comme Irving et ses collègues (2006), nous sommes d'avis que le langage en tant qu'outil de la triade pouvoir-savoir-discours devrait constituer un élément-pivot de toute recherche en sciences infirmières si l'on veut mettre au jour des systèmes de domination et de subjectivation.

5.4. Architectures spatiale et temporelle et panoptisme

Le personnel infirmier occupe une position particulière en regard de l'élaboration d'un savoir au sujet d'un patient. Sa présence continue sur l'unité, couplée à ses fonctions liées à l'admission des patients et leur observation quotidienne, lui permet de souscrire à nombre de formations discursives sur le patient devenu objet de discours. Selon Foucault ([1969] 2005), un tel objet apparaît lorsqu'un espace propice s'y prête (ex : une unité de soins, une interaction soignant-soigné, une discussion clinique) et lorsqu'il existe un agent autorisé à s'exprimer à son endroit, pour peu qu'il soit *reconnu* comme tel (ex : membre du personnel infirmier). Le pouvoir qu'exerce le personnel infirmier à l'endroit d'un patient permet de raffiner la production de discours à son propos et de les maintenir en circulation dans l'unité. Ces discours, qui portent par exemple sur le diagnostic psychiatrique du patient, ses inclinations criminelles, ses capacités à changer ou son potentiel de dangerosité, appellent des pratiques précises (ex : observation de routine, surveillance par caméra, entrevues privées, pharmacothérapie) permettant d'ajuster de manière continue ces discours et d'entretenir la relation pouvoir/savoir qui objective le patient.

Ainsi, alors que le patient se situe dans une position de constante visibilité, il en va tout autrement du personnel infirmier qui oscille simultanément entre la visibilité et l'invisibilité. Selon Foucault ([1975] 2003), l'exercice d'un pouvoir panoptique est

désindividualisé c'est-à-dire qu'il n'a pas de visage. L'exercice de ce pouvoir est diffus car disséminé à travers tous les membres du personnel (soignant et correctionnel). Le pénitencier énonce très clairement à cet effet la responsabilité collective de l'ensemble des membres du personnel de surveiller et communiquer tout comportement interdit ou menaçant l'intégrité des lieux et des personnes. Par conséquent, tout le personnel participe à l'exercice de ce pouvoir en notant ses observations et en les partageant entre ses membres. Le dossier permet justement d'amplifier la visibilité du patient en rendant disponibles certaines données que des membres du personnel n'auraient pas eues autrement. Ce mécanisme de mise en visibilité est déterminant dans la réussite du « projet panoptique » de la structure psychiatrico-carcérale. Les actions du personnel soignant rapportées dans les notes cliniques sont souvent indiquées sous le pronom « nous », ce qui a pour effet de diluer les desseins du narrateur dans ceux de l'équipe (nous reconnaissons d'ailleurs que cette réflexion est également pertinente en ce qui a trait à notre propre choix d'utiliser ce pronom dans le cadre de la présente thèse). En ne parlant pas en son nom propre, mais au nom d'un groupe, le narrateur contribue à estomper le visage de l'autorité qui se prononce au sujet du patient. Ainsi, alors que ce dernier est observé et décrit de manière minutieuse, il en va tout autrement pour ce qui est du personnel infirmier. Du reste, les activités signalées par le pronom « nous », telles que « Négocions », « Poursuivons observation » et « Surveillons » ne permettent pas de distinguer entre les personnels infirmier et de correction dans l'accomplissement de ces activités, contribuant à amalgamer ces deux groupes et à confondre leurs mandats respectifs.

Nous sommes consciente du fait que notre réflexion peut porter à confusion. L'on pourrait en effet penser que si la perspective du personnel infirmier domine la documentation clinique, ce dernier devrait être tout aussi visible, sinon davantage, que le patient au sujet duquel il écrit. Foucault (1980, [1976] 2002, [1975] 2003) prend soin de

préciser à ce sujet que la position dominante d'un discours dans un espace donné (telles que les notes évolutives) ne se traduit pas nécessairement par une visibilité totale de la personne qui véhicule ce discours. Ce n'est pas la visibilité qui est essentielle à ce processus mais plutôt la cristallisation du discours dans des structures et des pratiques socioprofessionnelles qui rendent ce discours omniprésent et le maintiennent en continuelle circulation. Dans les notes évolutives par exemple, le discours pénitentiaire est donc cristallisé dans les pratiques d'observation, de gestion de l'ordre et de surveillance du personnel infirmier qui sont rapportées dans les dossiers. La priorité accordée aux données recueillies dans le cadre de ces activités a nettement préséance sur toute autre forme d'information au sujet du patient et maintient donc la domination du discours pénitentiaire dans les notes infirmières. Ce n'est donc pas tant la visibilité comme telle de ce discours qui importe que les pratiques qui y sont associées et leurs effets (objectivation du patient, disqualification de sa perspective). Cette caractéristique d'invisibilité permet d'autre part de renforcer le caractère dominant de certains discours, d'une part parce qu'ils sont alors beaucoup plus difficiles à cerner et à remettre en question, d'autre part parce qu'il est alors plus ardu de produire et d'opposer un contre-discours (discours marginal, discours de résistance) qui mettrait en échec sa position hégémonique.

Selon une perspective foucaldienne, le savoir généré à l'endroit du patient est hautement contextuel et déterminé par des contingences spatiales et temporelles précises. Toutefois, le style d'écriture des notes et l'information qu'elles contiennent tendent plutôt à obnubiler ces contingences en ce sens qu'il est difficile, voire impossible, de situer les événements rapportés dans l'aspect plus large du traitement. En ce sens, les notes apparaissent comme étant totalement étrangères à un plan de traitement psychiatrico-carcéral. De même, nous avons également relevé le fait qu'on ne peut discerner dans les notes la manière dont le temps est mis à profit en regard des activités de soins (voir à cet effet la section 4.2.4.3.). Dans son ouvrage portant sur les conditions des reclus en

institution psychiatrique, Goffman ([1968] 1998) touche précisément à cet aspect quand il traite de la question du temps et du traitement dans ce type de milieu. Selon lui, le temps des patients ne leur appartient pas mais est à la disposition du personnel dans l'accomplissement d'un travail particulier. Dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, on ne parle pas d'un travail manuel ou d'une production matérielle, mais d'un travail sur soi, d'une transformation du caractère et de la personnalité. La disparition de références temporelles permet ainsi d'établir le savoir construit dans et par les notes comme des faits (en apparence) à l'épreuve du temps et de l'espace. Les pratiques d'exclusion à l'œuvre, notamment en regard de la perspective des patients, contribuent à valider les discours du personnel infirmier en tant que discours neutres, objectifs et exempts d'éléments sociopolitiques ou historiques.

Tout au long de ce projet, nous avons également été sensible au rôle de l'architecture en regard des pratiques du personnel infirmier et de ses effets (im)possibles sur la réadaptation sociale de la population incarcérée. De nombreux auteurs (dont Foucault et Goffman) se sont intéressés à l'influence de l'organisation spatiale sur les pratiques sociales. L'un d'eux, Fischer (1992), décrit à juste titre l'imbrication de ces deux phénomènes et souligne la manière dont l'espace régit, régule et définit ces pratiques en tant que condition essentielle à leur existence. Cette « socialisation normative » (p. 163) du milieu entraîne donc des comportements qui abondent dans le sens des objectifs institutionnels, qui incluent systématiquement un souci de promouvoir l'ordre (social) et de contrer le désordre. Nous partageons par ailleurs l'avis de Goffman ([1968] 1998) en regard de la prise en charge serrée d'une population captive et l'apprentissage de comportements hautement normés et structurés axés sur l'institution, c'est-à-dire qui amènent effectivement le patient à fonctionner adéquatement mais dans le cadre restreint et fortement contrôlé de cette institution. Ce processus peut dépourvoir le patient de référents socioculturels (domestiques) nécessaires à un retour sans failles en société et

ansi « saboter » l'objectif même de l'institution, qui insiste sur sa mission de réinsertion sociale réussie et sécuritaire. Goffman (1998, p. 118) exprime cette contradiction en ces termes : « [Le patient] peut penser que sa libération a pour effet de lui faire quitter les sommets de son petit monde pour le renvoyer aux bas fonds d'un univers plus vaste ». Il va de soi que l'unité psychiatrique en pénitencier n'échappe pas à ce paradoxe et qu'elle l'illustre même dans sa forme la plus extrême, en tant que structure d'enfermement (asile) dans l'enfermement (prison).

La question de la production (identitaire) de la personne (et des relations de pouvoir sous-jacentes) s'impose donc comme un point de tension incontournable, tout particulièrement dans une perspective de soins infirmiers. Ainsi, à l'architecture physique des lieux s'ajoute une sorte d'architecture « socio-politique » (Cloyes, 2004), une articulation de cadres discursifs structurés et structurants qui définissent les institutions, les pratiques et les personnes comme étant statiques à travers le temps et l'espace. Ces cadres discursifs prévoient notamment des modes de renouvellement et de maintien sophistiqués qui annulent des possibilités de pratiques alternatives et s'imposent donc comme naturels, fondamentaux et inévitables. C'est également à travers eux que s'opère la production d'identités individuelles et collectives (par la désignation de la maladie mentale et de la criminalité comme catégories de référence entre le normal et l'anormal) et que sont définies les contingences régulant cette production identitaire.

5.5. Évolution de la pratique infirmière à l'UPP

L'architecture socio-politique de l'UPP a été clairement mise en évidence dans une recherche antérieure effectuée en ces lieux près de dix ans plus tôt (Holmes, 2001). Ce milieu présentait donc un avantage particulier, en ce sens que cette recherche infirmière exposait toutes les difficultés et les souffrances vécues par le personnel infirmier à l'UPP alors qu'elle venait d'ouvrir ses portes, permettant ainsi un aperçu de l'évolution de ce

milieu de pratique au fil des ans. Une comparaison à proprement parler des résultats de recherche ne constituait pas un objectif comme tel de notre analyse, mais il nous est impossible de ne pas constater une certaine progression de la pratique infirmière psychiatrique (à l'unité d'admission du moins), couplée à un recul – quoique timide encore – des pratiques sécuritaires répressives à l'endroit du personnel infirmier depuis la publication des résultats de Holmes (2001).

Le personnel infirmier semble avoir appris à définir son rôle dans ce milieu de manière à demeurer fidèle à la profession, tout en tenant compte des impératifs sécuritaires inhérents à ce contexte, ce qu'ont d'ailleurs évoqué nos informants. Cette négociation identitaire – relevée dans nos résultats – montre que le personnel infirmier entretient des représentations de la population incarcérée et psychiatisée qui combinent des éléments de dangerosité et de risque mais également d'humanité et de souffrance sociale et que si les premiers demeurent omniprésents dans la planification et l'opérationnalisation des soins à prodiguer, ce sont les seconds auxquels le personnel infirmier dit désirer accorder la priorité. Ce qui est d'intérêt ici n'est pas tant cette perspective des soins (qui transpirait déjà dans la recherche de Holmes, 2001) que le fait que l'UPP semble avoir évolué de manière à ce que le personnel infirmier *puisse* tenir ce discours à l'endroit des patients. Conscients des enjeux idéologiques à l'œuvre à l'unité d'admission, les informants de notre recherche ont désigné cette transformation comme un changement de culture, voire une contamination du volet correctionnel par le volet sanitaire, alors que le processus inverse dominait clairement les paysages clinico-correctionnel et administratif quelques années plus tôt (Holmes, 2001). Il demeure que la juxtaposition des rôles soignants et sécuritaires dont le personnel infirmier se voit investi constitue un élément central de la réussite du projet que représente l'UPP en tant que modèle récent au Canada de la prestation de soins psychiatriques à une population criminalisée dans un objectif ultime de réhabilitation sociale.

En ce sens, le personnel infirmier incarne un pilier essentiel de ce projet et sa réussite à long terme. Les discours de soin, de professionnalisme et de résistance identifiés à travers nos données abondent en ce sens et suggèrent que les infirmières et les infirmiers de l'unité d'admission identifient clairement la nécessité de promouvoir les intérêts de leur profession si les fonctions de l'UPP doivent être remplies. En ce sens, les intérêts (professionnels) du personnel infirmier sont visiblement liés à ceux de la population soignée – un point relevé dans une certaine mesure par Holmes (2001), qui avait établi un parallèle sans équivoque entre les statuts marginaux, voire précaires, du personnel infirmier et des patients selon la logique correctionnelle d'alors. À cet effet, une lutte d'émancipation du personnel infirmier ne pouvait donc qu'entraîner une certaine émancipation, en parallèle, de la population soignée.

Notre recherche présente par ailleurs des parallèles avec celle de Holmes (2001), en ce qui a trait notamment à la construction identitaire du patient par le personnel infirmier. Bien que Holmes n'ait pas examiné spécifiquement cet aspect, il demeure que le personnel infirmier construit de manière active l'identité de la population qu'il soigne et que cette identité constitue le produit des nombreux discours au carrefour desquels se situe le personnel infirmier en vertu de son double mandat de soin et de sécurité. À travers l'étude de Holmes, l'on dégage aisément les diverses subjectivités produites au sujet du patient, issues du risque qu'il représente pour la sécurité du milieu, de la nécessité de soigner le trouble psychiatrique diagnostiqué, du besoin de normaliser ses comportements asociaux de manière à assurer son retour éventuel (et sécuritaire) en société, de tenir compte de sa perspective et de l'intégrer à part entière aux soins. Ceci s'accorde avec nos résultats qui indiquent que le personnel infirmier produit pour le patient des identités liées au risque, à la pathologie psychiatrique, à la déviance et à la normalisation.

De même l'identité infirmière constitue un point de convergence entre les deux études. Holmes (2001) considère cette identité comme étant « malléable » et nous

souscrivons à ce point de vue, alors que nos résultats montrent que le personnel infirmier oscille entre des positions de sujet et d'objet de pouvoir, entre la visibilité et l'invisibilité, le soin et le contrôle social. De plus, notre étude fait écho aux conclusions de Holmes en ce sens que les témoignages recueillis illustrent toute l'ambivalence ressentie par le personnel infirmier eut égard aux impératifs sécuritaires de l'unité de soin, qui permettent et éliminent à la fois des conditions et des possibilités d'existence du soin infirmier. Les propos des informants reflètent par ailleurs la manière dont le soin s'oppose et s'harmonise à la fois avec la sécurité du milieu correctionnel, alors que les attitudes soignantes sont considérées comme un risque potentiel à l'intégrité du milieu tandis que les fonctions liées à la gestion d'états d'agitation, d'anxiété et de crise – notamment par l'application de mesures restrictives – trouvent écho dans les mesures disciplinaires et répressives correctionnelles.

Il ne fait aucun doute que le personnel infirmier exprime encore des difficultés en ce qui a trait à la (ré)conciliation des aspects soignants et sécuritaires de son double rôle. La mise en parallèle de l'étude de Holmes (2001) avec la nôtre suggère que ces difficultés se sont légèrement estompées au fil des ans, alors que le personnel infirmier actuel estime avoir plus de facilité à exprimer son identité professionnelle et que l'UPP articule et concrétise plus nettement son mandat clinique. Toutefois, aux dires de nos participants, les entraves aux soins demeurent bien réelles (quoique moins fréquentes ou moins « invalidantes »).

Les représentations du patient tant dans les entrées évolutives que dans les témoignages oraux sont modulées par un exercice infirmier de réflexion et de synthèse, mais aussi par notre propre analyse des données obtenues, elle-même influencée par nos expériences (professionnelles et personnelles) et notre préparation pour ce projet (notamment, par le biais de notre recension des écrits). Il convient donc de rappeler ici la nature hautement subjective et contextuelle de l'analyse présentée plus tôt. Tel que

mentionné plusieurs fois déjà, notre compréhension du phénomène examiné, à savoir la construction identitaire du patient à travers les discours du personnel infirmier, constitue le fruit d'un processus de réflexion, d'exploration et d'analyse échelonné sur une période de temps significative, processus influencé par des facteurs personnels et professionnels, notre allégeance théorique et des exigences d'ordre académique. Nous désirons ici rendre explicites les contingences ayant influencé le cours de cette recherche de même que l'analyse de nos données. Il est donc nécessaire ici d'évoquer les limites de notre étude.

5.6. Limites de l'étude

L'identification de limites d'un projet de recherche qui utilise une lentille poststructuraliste résonne fortement avec ce qu'Agger (1992) désigne comme des « rituels méthodologiques servant à légitimer certaines formes de savoir » (p. 122, traduction libre). Nous ne désirons pas nous répéter en regard de la recevabilité de certaines méthodologies de recherche par rapport à d'autres (voir à cet effet la section 3.8). Par conséquent, nous nous en tiendrons seulement à une discussion des points suivants : une précision d'ordre ontologique, le choix du milieu d'étude, le choix des documents analysés et les contingences spatiales et temporelles de notre analyse.

Notre projet de recherche porte sur la production identitaire du « patient ». Nous choisissons sciemment de placer le terme patient entre guillemets ici afin de mettre en échec toute représentation « essentielle » de ce que l'on désigne comme patient. En effet, le fait de dialoguer au sujet du patient attribue à ce dernier une substance inhérente, une nature fixe, une identité permanente (voir Hacking, 2004, pour une réflexion très détaillée à ce sujet). Nous avons déjà établi que notre cadre de référence ne s'accorde aucunement avec une perspective essentialiste et il s'agit ici d'harmoniser la présentation de nos résultats avec cette allégeance théorique en problématisant le fait que nous ayons employé le terme patient (tout comme nous avons employé le terme « personnel

infirmier » ou « agents de correction ») comme s'il s'agissait d'une catégorie immuable.

Milly (2001) souligne également cet aspect dans sa discussion de « l'ontologisation » des détenus comme un phénomène appelant à une réflexion critique :

Traiter des relations qu'entretiennent les professionnels de santé avec *les* détenus ne conduit-il pas à tomber dans des pièges dénoncés par ailleurs : celui « d'ontologiser » un groupe nominal qui n'a pas d'existence « réelle » et celui de participer à l'illusion performative de la catégorie nominale ? Parler *des* personnes détenues en général, n'est-ce pas oublier que cette catégorie n'a peut-être pas d'autre cohérence que celle que le langage semble lui conférer ? (p. 136, *emphase dans le texte original*)

Pour des raisons d'ordre pragmatique et esthétique, dans notre texte, nous n'avons pas recouru aux guillemets qui auraient permis de signaler cette mise en doute de la catégorie nominale des patients (et du personnel infirmier), mais nous estimons qu'il est approprié de souligner ici cette apparente dissonance en regard de la représentation du patient – davantage une incongruité philosophique qu'une limite à notre étude mais à l'égard de laquelle nous sommes cependant sensible et que par souci d'intégrité nous désirons rapporter ici.

Nous avons exprimé à plusieurs reprises des mises en garde en regard de la nature fortement contextualisée de notre étude. Nous ne considérons pas cette contextualisation comme une limite à proprement parler, mais plutôt comme une considération indispensable à la lecture des résultats de notre analyse. Nous ne désirons pas nous positionner en tant qu'accessoire ou instrument impartial par le biais duquel les discours du personnel infirmier ont pu être « découverts » ou divulgués. À l'instar de Allen et Cloyes (2005), nous estimons que notre rôle dans le cadre de ce projet ne réside pas dans la révélation de certains savoirs, mais dans la production active de ces savoirs.

Nous avons choisi de cibler précisément l'unité d'admission de l'UPP. Un examen comparatif de données provenant de l'ensemble des autres unités de l'UPP ou encore d'autres milieux semblables à l'échelle du Canada aurait pu permettre de tracer un portrait

d'ensemble des discours du personnel infirmier dans un milieu hybride de soin et de contrôle social construit sur un modèle thérapeutique encore jeune au Canada. Le contexte de l'UPP est par ailleurs unique. Le rôle que le personnel infirmier dans l'hybridation de ce type d'institution, couplé aux orientations locales et gouvernementales en matière de soins psychiatriques aux personnes incarcérées en institution fédérale ont créé un milieu très spécifique qui a connu plusieurs transformations depuis sa création (voir la section intitulée *Évolution de la pratique infirmière à l'UPP* dans le présent chapitre). Outre les mises à jour des lignes directrices fédérales et le roulement du personnel (correctionnel surtout), le changement de gouvernance sur le point de s'opérer au moment où nous avons mené notre étude annonce des changements certains en regard des priorités locales et promet de prolonger dans l'avenir les changements culturels rapportés par nos participants, alors qu'une culture de soins s'impose de plus en plus dans ce type de milieu au détriment d'une culture de contrôle. Dans ce contexte de transformation, nous ne pouvons qu'insister encore une fois sur le fait que nos résultats constituent le fruit de contingences temporelles bien déterminées.

Au moment où les dossiers ont été préparés pour nous, seuls dix patients résidaient à l'unité. Les notes évolutives examinées relèvent donc de dix dossiers seulement et sur une période de dix jours. Bien que le nombre de dossiers puisse paraître restreint, nous estimons toutefois qu'il était adéquat étant donné le caractère hautement répétitif et rituel de la documentation infirmière. Par contre, il aurait peut-être été utile de compiler l'ensemble des notes aux dossiers (c'est-à-dire jusqu'au transfert des patients sur une autre unité) afin de mieux discerner (s'il y a lieu) le choix des interventions infirmières alors que l'état mental du patient progresse dans le temps. Tel que soulevé précédemment dans les résultats, il se pourrait que nos résultats aient été limités par ce choix. Nous soupçonnons toutefois que ceci ne soit pas le cas, étant donné les interventions routinières et communes réalisées par le personnel infirmier auprès de patients tant

décompensés que stabilisés, relevées notamment dans deux dossiers dont les patients ont été transférés sur une autre unité avant le terme des dix jours.

De même, les entrevues réalisées avec le personnel infirmier ont été limitées au nombre de sept. La saturation des données a été rapidement atteinte au cours des entrevues, alors que les participants exprimaient des opinions uniformes en regard de leur perception du patient, de leur rôle clinique et des contraintes sécuritaires. Toutefois, le fait que la presque totalité des informants aient été des femmes (au nombre de 6, contre 1 homme) peut avoir joué un rôle dans le contenu des propos exprimés. Nos interactions avec des membres masculins du personnel infirmier (même s'ils n'étaient pas réguliers à l'unité d'admission) ne nous ont pas permis de dégager des dynamiques nettes de genre dans la production des discours en regard des patients et des soins, dans un milieu où les performances sociales (et de genre) sont pourtant fortement normées.

Pour finir, nous nous sommes arrêtée à l'examen des discours du personnel infirmier seulement. Nous n'avons pas procédé à une analyse des discours d'autres groupes socioprofessionnels à l'unité d'admission. Dans un milieu comme le pénitencier, où les questions de statut, de performance sociale et de relations de pouvoir sont fondamentales, on aurait avantage à procéder, par exemple, à une comparaison des discours du personnel (soignant, de correction) et des détenus eux-mêmes (réguliers et psychiatisés) en regard de la signification accordée à la maladie mentale dans un milieu pénitentiaire. Nous aurions pu également inclure la perspective des psychologues ou des gestionnaires cliniques et correctionnels du milieu afin d'examiner d'autres thèmes semblables. Outre les considérations liées au temps et aux ressources nécessaires à un projet d'une telle envergure, notre choix repose également sur notre opinion selon laquelle un examen des discours du personnel infirmier est assez informatif pour se suffire à lui-même et qu'une sorte de triangulation recherchée par le contraste de multiples source de

données résonne précisément avec les critères scientifiques de rigueur propres au paradigme postpositiviste que nous critiquons.

Les considérations épistémologiques exposées à travers nos choix et nos analyses nous incitent à présenter nos résultats comme *une* possibilité parmi d'autres de compréhension des processus complexes propres à un milieu spécifique, possibilité modulée par nos propres intérêts, notre position épistémologique ainsi que nos propres représentations du milieu psychiatrique et carcérale, de la profession infirmière et des performances sociales dictées par notre appartenance à un milieu académique. Ces contingences permettent autant qu'elles contraignent la recherche ; elles la balisent autant qu'elles lui donnent un élan. Comme n'importe quel texte, celui-ci ne prend une signification particulière qu'à la suite de l'exercice cognitif du lecteur, qui est alors en mesure de déterminer sa propre perception des implications de ce projet pour sa pratique clinique. Les implications dont nous discuterons à présent nous sont propres et ne constituent aucunement un absolu.

5.7. Implications pour les sciences infirmières

L'analyse de discours dans une perspective critique permet de mettre en évidence les dimensions politiques du langage et les stratégies mettant en relation certaines pratiques discursives avec des intérêts sociopolitiques déterminés (Hazelton, 1999). Notre étude permet notamment de comprendre la pratique infirmière comme tentant de répondre à de multiples contingences qui la contraignent à négocier, sur une base quotidienne, des paradigmes divergents. Selon Latimer (1998, p. 54), « To accomplish these different performances [nurses] adopt different discursive positions, including those associated with caring, rationality, expertise, and, critically, clinical competence ». Le cadre théorique que nous avons choisi, à savoir les écrits de Foucault en regard du discours, du pouvoir et du savoir, permet donc de considérer la pratique infirmière comme un exercice très complexe

qui commande des identités et des pratiques discursives changeantes. De même, des comportements habituellement considérés comme déviants ou dérangeants chez les patients peuvent être repensés autrement, notamment sous l'angle de la résistance à des processus de subjectivisation globaux et de la négociation identitaire dans un contexte psycho-légal. Dans la foulée des travaux de Foucault, notre perspective théorique nous permet donc de « politiser » la pratique psychiatrique pénitentiaire du personnel infirmier.

À cet effet, les perspectives critiques, telles que la perspective poststructuraliste à laquelle nous souscrivons, sont appelées à jouer un rôle de plus en plus déterminant en sciences infirmières. Plutôt que de chercher à extraire des vérités absolues, plutôt que de vouloir revendiquer un domaine distinct, il y aurait peut-être lieu, selon Foucault ([1969] 2005) de procéder à « une *description des événements discursifs* » propres à un phénomène comme objectif d'analyse (p. 38-39, *emphase dans le texte original*). Stevenson et Cutcliffe (2006, p. 714) abondent dans le même sens : « The function of analysis is to prevent closure on or delimiting existing practices ; to challenge a phenomenon by taking it apart ». Cloyes (2006) conçoit quant à elle l'analyse critique comme rien de moins qu'un projet éthique. Bien que son argument soit centré sur l'analyse d'entrevues de recherche, nous estimons qu'il peut être prolongé dans l'examen d'autres produits discursifs tels que les extraits de dossiers. Selon cette auteure, ce type de méthodologie situe la production et l'analyse de textes au centre même de la recherche et octroie à cette dernière un caractère productif. La nature politique de l'analyse engage le chercheur dans un processus de transformation sociale qui dépasse le cadre de la recherche et investit les autres sphères de sa pratique. Par le fait même, l'auteure répond aux reproches traditionnellement adressés à ce type de méthodologie :

Issues of authenticity, truthfulness, reliability, and other objectivist codes are not as troublesome if the central question is not the meaning that resides in an interview text or the subjective mind that produced it, but how a subject actively produces a text that *signifies*. (...) this more critical framework allows for inconsistencies and

divergences, as well as convergences, as part of the performative, contingent, and rhetorical process of signification (p. 95-96, *emphase de l'auteure*).

Hopton (2007) offre une position semblable, qu'il applique spécifiquement en psychiatrie. Cet auteur décrit des pistes futures de réflexion pour l'intellectuel critique notamment vis-à-vis l'essor de certains mouvements, tel que la psychiatrie fondée sur les données probantes. Selon lui, un scepticisme est de mise en regard de la priorité accordée aux mesures quantifiables, aux avancées pharmacologiques, aux traitements coercitifs et à l'érosion des efforts de collaboration entre divers partenaires, incluant les patients eux-mêmes (Hopton, 2007). Les perspectives de Cloyes (2006) et de Hopton (2007), pour ne nommer que ceux-là, situent donc la recherche et le travail de l'intellectuel comme activités-pivots dans la reconfiguration des perspectives actuelles en matière de soins psychiatriques. Bien que notre projet ait examiné spécifiquement la question des discours en milieu pénitencier, l'on conçoit sans difficulté le rôle critique du clinicien dans ce type de contexte, que nous abordons un peu plus loin.

Le présent projet corrobore de nombreux résultats de recherches antérieures en regard de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique correctionnel, où l'idéologie carcérale dominante contraint les pratiques soignantes et dont la culture est fortement axée sur la question du risque et sa gestion (voir notamment Cloyes, 2004 ; Holmes, 2001 ; Martin, 2003 ; Mason, 2002 ; Mason, Richman & Mercer, 2002 ; Perron, Holmes & Hamonet, 2005). L'examen des pratiques discursives dans un milieu de soins aussi structuré constitue un exercice fondamental à la compréhension des relations de pouvoir qui l'investissent et du rôle qu'y joue le personnel infirmier tant dans le maintien de la culture pénitencier que dans sa contestation (contre-discours). Examiner cette question sous l'angle de la production de certaines identités permet par ailleurs de saisir le caractère fluide des discours qui investissent ce type de milieu hybride, de mettre en lumière les

effets de ces discours sur les pratiques soignantes courantes et d'identifier des modes discursifs alternatifs indispensables au changement.

Roberts (2005) a repris les propos de Foucault (1991b) portant sur ce que celui-ci appelle une pratique « polémique » en transposant son analyse dans un contexte de psychiatrie. Ce faisant, Roberts souligne le danger associé à ce type de pratique qui ne pose pas de regard critique sur les discours courants en psychiatrie, ne relève pas leur nature politique et ignore les effets de catégorisation et les présupposés que ces discours impliquent. Dans un contexte de soins infirmiers en psychiatrie (et en psychiatrie correctionnelle selon notre milieu d'étude), ce danger se traduit notamment par la représentation du patient comme une menace envers ces discours et dont la résistance doit être supprimée, « an adversary, an enemy who is wrong, who is harmful and whose very existence constitutes a threat » (Foucault, 1991b, p. 382). L'apport du présent projet permet une prise de conscience en regard des risques d'une telle pratique soignante « dogmatique », de même que du rôle joué par une tierce partie (notamment le personnel infirmier) dans l'interprétation des phénomènes associés à la maladie mentale et la reconduction de leur signification dans l'ordre social courant. L'appréhension de ces phénomènes dans un cadre historique et politique précis est également mise en évidence, alors que sont identifiés les éléments qui amènent le personnel infirmier à se représenter la délinquance, la psychiatrie et le risque social et à les transposer (et les cristalliser) dans les dossiers des patients.

Selon Roberts (2005), les pratiques de catégorisation en psychiatrie (incluant la psychiatrie légale) sont si puissantes qu'elles en viennent à « saturer » l'identité des personnes. Ceci transparaît par exemple dans les propos des participants, selon lesquels la criminalité, la manipulation et le risque sont inhérents à la population soignée et doivent être considérés en tout temps dans le cadre d'interventions soignantes. Ainsi, les patients sont invités à se « penser » et se comprendre selon ces termes, sont perçus comme tels

par autrui et se voient ainsi liés à une identité spécifique par ce que le jargon désignerait certainement comme la « connaissance de soi » (Foucault, [1976] 2002). Selon Foucault (1991b), le clinicien « polémique » considère la personne comme un interlocuteur improbable (voir illégitime) et la neutralise donc dans le dialogue thérapeutique. Alors que les discours de l'heure en soins infirmiers privilégient précisément les soins centrés sur les patients et commandent une participation active et significative de ces derniers, il s'ensuit nécessairement une contradiction dans la mise en pratique concrète de ces principes dans un contexte de psychiatrie légale.

La pratique polémique dont parle Foucault (1991b) s'harmonise difficilement avec les principes que préconise Peplau (1988) dans sa discussion de la relation thérapeutique et du dialogue réciproque qu'elle requiert. Selon cette théoricienne infirmière, le patient doit jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration du plan de traitement et les décisions à cet effet devraient être prises de manière conjointe avec l'équipe de soins. Le cadre théorique ayant guidé notre recherche nous amène plutôt à concevoir la participation du patient comme étant limitée à une acceptation de l'identité qui lui est attribuée, son assujettissement aux pratiques disciplinaires reconduites comme activités thérapeutiques et l'intériorisation de cette discipline et des normes qu'elle impose. Par ailleurs, nos résultats suggèrent que les propos du patient, considérés comme un indice du progrès réalisé vers le retour à la normalité, ne se suffisent pas à eux-mêmes car ils passent nécessairement par un exercice intellectuel du thérapeute qui permet de leur donner un sens congruent avec l'ordre social courant (à l'intersection de discours psychiatriques, sécuritaire, légal, politique, socioculturel) – un processus en deux étapes relevé notamment par Foucault ([1976] 2002) dans son analyse de la confession. Alors que les discours axés sur « l'empowerment » des patients dans les contextes actuels de soins de santé doivent provoquer un tournant dans la prestation des soins en situant le patient comme « sujet de pouvoir » (Holmes, 2002), c'est-à-dire en mesure d'exercer pleinement

des choix, les structures actuelles maintiennent au contraire sa subjectivisation à des dispositifs de contrôle élaborés dont fait partie le personnel infirmier – en d'autres mots, comme « objet de pouvoir ». Crossley (2003) abonde en ce sens, notamment en ce qui a trait à la propension actuelle à recourir à des mesures chimiques pour neutraliser le patient, un signe selon lui de la domination continue du modèle biomédical de soins dans la gestion et le contrôle des problématiques psychiques :

[Medications] may be the only practical solution that may be administered in a brief consultation, sandwiched between many others. This affords the bio-medical model practical dominance. Whatever 'new age' maps of the soul we are attracted to in our moments of reflection, we are increasingly drawn to bio-medicine in our moments of need (p. 249).

Dans un contexte de gestion des risques, les solutions chimiques semblent constituer l'essentiel des interventions lorsque les patients font montre d'un état d'agitation ou de frustration, identifié à plusieurs reprises dans les notes comme étant le résultat de conflits avec des pairs ou des membres du personnel. Tel que vu précédemment, c'est donc la résolution rapide et efficace qui est recherchée alors que la priorité est accordée au maintien du calme et de l'intégrité des lieux. Une pratique réflexive, telle que préconisée actuellement en sciences infirmières, doit permettre une reconsidération critique de l'instrumentalisation du soin infirmier dans l'atteinte des objectifs organisationnels et amener le personnel infirmier à repenser son rôle et ses responsabilités dans des structures axées sur l'enfermement et la prise en charge des personnes.

De même ce projet pourrait entraîner une représentation autre ainsi qu'une prise de conscience du rôle que joue la documentation infirmière dans la reconduction des significations et des représentations du statut du personnel infirmier vis-à-vis la structure plus large du pénitencier, des effets des pratiques discursives sur l'orientation donnée aux soins et sur la subjectivisation du patient dans ce processus. Citant Hays (1989), Heartfield

(1996, p. 99) suggère même que la documentation clinique telle que les notes évolutives infirmières peuvent constituer un risque dans la mesure où, en fournissant un recueil officiel des soins administrés, « [it] takes on a power of its own, with the ethics of practice concealed or revealed in the language that describes nursing activity ». Les dossiers des patients devraient permettre de maintenir l'exercice infirmier dans la sphère de la visibilité alors que sont documentés les interventions et leurs effets. Toutefois, l'absence d'interventions significatives chez le personnel infirmier confine sa pratique professionnelle dans un rôle d'observateur qui répond davantage aux besoins institutionnels plutôt qu'aux principes théoriques et déontologiques de la profession. Alors que les procédures actuelles d'évaluation de la qualité des soins et de la documentation clinique de celles-ci se multiplient, le personnel infirmier doit prendre conscience des nuances considérables entre sa pratique et ce qu'il choisit de documenter dans les notes évolutives. Ceci est d'autant plus fondamental que ce sont les notes évolutives qui demeurent et constituent un registre permanent des soins prodigués.

6. CHAPITRE 6 : CONCLUSION

Le milieu de recherche que nous avons investi au cours de ce projet doctoral s'inscrit dans un domaine de pratique encore jeune au Canada, à savoir la psychiatrie légale. En témoigne notamment la disparité des définitions disponibles actuellement en regard de ce nouveau rôle de pratique, reconnu depuis une quinzaine d'années à peine comme une spécialité à part entière. Outre les dilemmes d'ordre conceptuel, les quelques écrits à ce sujet – quoiqu'en nombre croissant – relèvent des problématiques significatives en ce qui a trait à la concrétisation de ce rôle sur le plan clinique et déontologique et des cadres de référence ont été proposés pour mieux saisir les enjeux inhérents à la prestation de soins à une clientèle criminalisée et psychiatisée. Cette spécialité se situe à l'intersection de plusieurs disciplines et plusieurs professions (soins infirmiers, psychiatrie, criminologie, sociologie, philosophie, psychologie, etc.), ce qui a certainement contribué à brouiller la direction à prendre dans l'opérationnalisation de cette fonction encore bien marginale. Nombre de chercheurs ont appelé à la production continue de résultats de recherche et de réflexion en regard des enjeux cliniques, éthiques et professionnels liés aux soins infirmiers en psychiatrie pénitentiaire (Cloyes, 2004 ; Dunbar, 2003 ; Holmes, 2001 ; Martin, 2003 ; Mason, 2002).

La presque totalité des écrits consultés à ce sujet touchaient à la question de la relation infirmière-patient dans ce type de milieu. Notre recherche doctorale s'inscrit donc dans la continuité de cette thématique. Par le biais du cadre de référence choisi, à savoir les écrits de Michel Foucault sur les discours et les productions identitaires qu'ils engagent, nous avons identifié certains discours qui régissent les pratiques locales du personnel infirmier de l'unité d'admission de l'UPP et les constructions identitaires qui en résultent. Par le fait même, nous avons relevé les effets de cette construction sur l'identité du personnel infirmier lui-même, de même que des implications pour la pratique infirmière dans la prestation de soins psychiatriques. Il va sans dire que cet exercice nous a permis

de mettre en valeur la complexité de ce type de pratique soignante dans un environnement où des idéologies et des mandats fortement antagonistes de contrôle social et de soin se côtoient et se superposent. Nos résultats suggèrent toutefois que le personnel infirmier a réussi à se créer un espace où il peut davantage exprimer et concrétiser une identité soignante, une entreprise pratiquement vouée à l'échec selon d'autres auteurs (Holmes, 2001 ; Mason, Richman & Mercer, 2002 ; Mercer & Richman, 2006). Cependant, la culture pénitentiaire est évidemment bien présente, comme le reflètent les propos des informants et les notes inscrites aux dossiers.

À ce titre, il nous faut souligner l'insuffisance des modèles conceptuels actuels en sciences infirmières qui ne permettent pas d'aborder suffisamment en profondeur les aléas associés à ce contexte de pratique et les enjeux qu'il implique. Certains auteurs ont par exemple proposé le métaparadigme infirmier comme cadre référent approprié pour définir l'objet du soin infirmier et Fawcett (2000) demeure l'auteure la plus intraitable en regard de sa pertinence pour la discipline infirmière. Les concepts centraux du métaparadigme sont la personne, le soin, la santé et l'environnement. De nombreuses définitions pour chacun de ces concepts ont été proposées au fil des décennies (voir l'analyse de Thorne et al., 1998 pour un compte-rendu) et aucune n'a encore fait l'objet d'un consensus. Nous ne désirons pas alourdir ce débat davantage en proposant des alternatives mais souligner le fait que la perspective foucaldienne utilisée ici jette une toute autre lumière sur la manière d'aborder ces concepts dans l'analyse de la pratique infirmière. Elle permet également de constater les limites inhérentes à ces conceptualisations. Holmes (2001) souscrit à ce constat et remarque que les conceptualisations actuelles suggèrent une forme unique, voire essentielle, de pratique infirmière qui peut exister en dépit du milieu (du contexte) où se concrétise ce soin. Tout comme cet auteur, nous rejetons la possibilité d'un soin statique à l'épreuve de contingences historiques, politiques et sociales mais le concevons au contraire comme une construction sociale qui est une fonction de relations complexes

de pouvoir. Nous désirons porter cette réflexion plus loin encore, en mettant en doute la nature même de la personne théorisée dans les écrits infirmiers actuels. En ce sens, la question de la subjectivité, entendue au sens foucaldien, nous semble permettre un angle d'approche beaucoup plus fertile à la compréhension des questions identitaires dans un milieu de soin tel que celui que nous avons investi. Par ailleurs, cette perspective offre des pistes de réflexion novatrices en regard des relations de pouvoir à l'œuvre dans une institution telle que l'UPP et son unité d'admission, de l'importance des discours qui y sont produits et du rôle du personnel infirmier dans la production et la reconduction de certaines identités de la clientèle qu'il soigne (et de la sienne propre). Latimer (1998) abonde en ce sens et estime qu'une réflexion qui reprend ces éléments est indispensable à la caractérisation de l'exercice infirmier dans un milieu aussi extrême que le pénitencier :

Complex relations exist between the composition of a patient's identity, the accomplishment of organization and nurses' own identity-work. Examining these relations is a crucial prerequisite to understanding the rationality of nurses' practices in the current setting (p. 53).

Enfin, contrairement aux modèles infirmiers disponibles, le cadre théorique employé ici permet de situer sans équivoque le soin infirmier dans le domaine du politique et de considérer ce dernier comme un espace complexe de pratiques sociales où s'inscrivent des relations de pouvoir/savoir spécifiques. Le personnel infirmier peut donc exercer un soin plus politisé dans la mesure où il y intègre une problématisation continue des pratiques et des discours courants en nursing. Cette orientation comporte des implications importantes pour toutes les sphères de la pratique infirmière, qu'elle se manifeste sur le plan clinique, dans le domaine de la recherche, de l'enseignement ou de la gestion.

Cette recherche nous a également permis de souligner la contribution sur le plan de l'analyse du cadre théorique que nous avons choisi. Les écrits de Foucault en regard des questions du discours, de la subjectivité et de la dyade pouvoir/savoir nous ont permis d'aborder ces questions en milieu psycho-légal de manière plus critique afin d'examiner la

pratique infirmière dans ce contexte. Nous estimons que l'apport de tels ouvrages théoriques, qui engagent le chercheur dans une réflexion critique et politique, sont déterminants dans la compréhension de phénomènes sociaux où interviennent des questions de pouvoir. Ils permettent également de mettre en évidence ce que Foucault appelle le rôle de l'intellectuel dans l'analyse de tels phénomènes. Pour Foucault (2000), le rôle de l'intellectuel ne consiste pas en l'identification et l'expression d'une vérité universelle et juste au nom de ceux qui n'y ont pas accès, il ne s'agit pas pour lui de se faire la conscience de la collectivité. Son rôle vise plutôt l'examen critique de structures, de phénomènes et de conflits spécifiques et individuels dans une variété de contextes sociopolitiques :

Intellectuals have become used to working not in the modality of the « universal », the « exemplary », the « just-and-true-for-all », but within specific sectors, at the precise points where their own conditions of life or work situate them (housing, the hospital, the asylum, the laboratory, the university, family and sexual relations) (p. 126).

Foucault désigne comme un « intellectuel spécifique » celui qui assume ce rôle plus politique, rôle qui commande une relation plus localisée avec des formes de savoir que Foucault désigne comme étant illégitimes, marginales et discontinues. Chaque société étant aux prises avec son régime de vérité, il revient donc à l'intellectuel de remettre en question le statut même de la vérité et de dégager les relations de pouvoir à l'œuvre dans la disqualification de certains savoirs et dans l'établissement de ce qui est « vrai » et « faux » (légitime / illégitime).

Cet appel de Foucault résonne avec le présent projet, dans la mesure où ce dernier nous a permis de mettre en évidence les circonstances selon lesquelles certaines formes de savoirs sont discréditées. Ainsi, nous avons noté dans les notes évolutives que le savoir « infirmier », c'est-à-dire l'expertise dont se réclame le personnel infirmier dans le cadre de ses fonctions soignantes, est éliminé des notes au profit d'un savoir « carcéral »

axé sur l'observation et l'objectivation des patients. Parallèlement, les propos des patients, qui constituent une forme de savoir en soi, sont également absents de la documentation, ce qui élimine le patient comme interlocuteur possible dans le soin et maintient l'hégémonie du discours pénitentiaire qui commande et maintient précisément ce statut pour le patient. L'examen des notes cliniques infirmières et leur comparaison avec d'autres sources de données telles que les entrevues nous ont donc permis de relever ces savoirs « illégitimes », de situer le discours pénitentiaire comme discours dominant dans les notes et de saisir les enjeux de pouvoir à l'œuvre dans l'espace discursif des notes infirmières. Nous estimons que cette réflexion induite au sujet des pratiques discursives s'inscrit dans le projet politique de l'intellectuel proposé par Foucault (2000) :

The work of an intellectual is (...) to bring assumptions and things taken for granted again into question, to shake habits, ways of acting and thinking, to dispel the familiarity of the accepted, to take the measure of rules and institutions and, starting from that re-problematization (...) to take part in the formation of a political will (p. xxxiv).

Dans la foulée des écrits de Foucault qui préconise une « re-problématisation » de ce qui semble normal, universel, familier ou inévitable, notre travail d'analyse ne peut se conclure sans que nous ne posions des questions destinées à poursuivre la réflexion en regard de la pratique infirmière en milieu psycho-légal. Nous avons relevé le problème troublant des pratiques liées à la documentation des interventions, qui ne répond pas aux standards professionnels actuels. Notre examen montre qu'il s'agit d'un phénomène répandu qui touche l'ensemble des dossiers à l'unité d'admission et du personnel qui y pratique, suggérant que des facteurs autres qu'individuels interviennent dans cette problématique. Il s'agit donc de se questionner, en tant que chercheur, à savoir s'il s'agit d'un problème lié à la culture pénitentiaire qui persiste à l'unité d'admission et qui cantonne le personnel infirmier dans un rôle d'observateur ou s'il s'agirait, par exemple, d'une stratégie pour le personnel infirmier de se soustraire à la surveillance

(administrative) dont ils peuvent faire l'objet par le biais de leurs mises aux dossiers, en signalant leur engagement aux « projet pénitentiaire » dont est investie l'UPP de par sa relation (administrative, géographique) avec le pénitencier. Nous estimons qu'il est également nécessaire de poursuivre le questionnement relatif aux forces en jeu (et aux relations de pouvoir/savoir) qui expliquent les différences entre ce que les infirmier(e)s expriment verbalement et ce qu'ils ou elles consignent dans les notes.

Enfin, la question du développement, au fil du temps, d'un espace plus thérapeutique au sein duquel le personnel infirmier est en mesure d'assumer ses fonctions soignantes demeure d'importance, dans la mesure où il s'agit là d'une problématique répandue en regard de la provision de soins (psychiatriques, physiques) à une population criminalisée. Nous appuyons les propos de Holmes (2001) selon qui peu d'études en sciences infirmières s'intéressent à la question du pouvoir en regard de l'exercice infirmier en institution de soins, plus particulièrement dans un environnement qui requiert de la part du personnel infirmier qu'il amalgame des fonctions soignantes et de contrôle, malgré les enjeux sociaux, professionnels, légaux, philosophiques et éthiques. Alors que plusieurs organisations professionnelles semblent actuellement considérer la place du personnel infirmier comme étant acquise en milieux de soins, il semble qu'au contraire la question de l'identité professionnelle infirmière demeure d'actualité dans la mesure où infirmières et infirmiers sont appelés à exercer leurs fonctions dans des contextes où se juxtaposent d'autres rôles répondant aux objectifs institutionnels et dont les fondements idéologiques s'opposent aux fondements (théoriques, philosophiques) de la discipline infirmière. La méthode choisie dans le cadre de ce projet, à savoir une ethnographie poststructuraliste couplée à une déconstruction de discours, nous a permis d'examiner cette question sous l'angle du discours. Bien que nos informants aient exprimé, en entrevue privée, une identité professionnelle solide, il demeure que celle-ci ne transparaît pas systématiquement dans l'ensemble des propos et des pratiques dont nous avons été

témoin, suggérant que le personnel infirmier peine encore à concilier cette identité avec le mandat dont il est investi à l'UPP.

Bien que ce questionnement en regard de l'identité professionnelle et des relations de pouvoir qui modulent la pratique soignante peut sembler aller de soi dans un contexte pénitentiaire, nous estimons qu'il serait naïf de supposer qu'il s'agit là du seul type de milieu où le personnel infirmier est confronté à de telles difficultés. Ainsi, nous estimons qu'aucune institution de soin n'échappe à cette question, tout particulièrement celles qui reposent sur une forme ou une autre d'internement des personnes, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, du centre pour déficients intellectuels ou encore de l'institution de soins de longue durée. Par ailleurs, il convient de souligner que les soins en communauté sont également propices à l'émergence de ces questions dans la mesure où le personnel infirmier est investi d'une importante fonction relative à la surveillance des personnes et à la reconduction d'interventions disciplinaires visant à gouverner les conduites individuelles et, dans une certaine mesure, collectives.

Notre étude nous a permis d'esquisser les contours des pratiques discursives du personnel infirmier de l'unité d'admission de l'UPP et d'examiner les productions identitaires résultantes. La question du soin infirmier psychiatrique et de la pathologie psychiatrique elle-même comporte des implications personnelles et professionnelles probantes eu égard à l'articulation des pratiques quotidiennes conformément au double rôle d'agent de soin et d'agent de la paix dont est investi le personnel infirmier. Implicites à travers cette recherche demeurent les questions liées au pouvoir, à l'identité (subjectivité) et à la légitimité. Loin d'être spécifiques au contexte psychiatrico-pénitentiaire, il n'en reste pas moins que ce milieu de pratique a permis, selon nous, une meilleure compréhension de ces questions en les retranchant dans des manifestations plus extrêmes.

RÉFÉRENCES

- Agger, B. (1992). *Cultural Studies as Critical Theory*. London : Falmer Press.
- Allen, D. (1988). Record-keeping and routine nursing practice : the view from the wards. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1223-1230.
- Allen, D. & Cloyes, K. (2005). The language of 'experience' in nursing research. *Nursing Inquiry*, 12(2), 98-105.
- Altschul, A (1984). Does good practice need good principles. Two. *Nursing Times*, July 18, 49-51.
- Anderson, M. (2003). « One flew over the psychiatric unit » : mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 293-306.
- Ang, I. & Hermes, J. (1996). Gender and/in Media Consumption. In I. Ang (Ed.). *Living Room Wars : Rethinking Media Audiences for a Postmodern World* (pp. 109-129). London : Routledge.
- Angermeyer, M.C. & Matshinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public toward the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1721-1728.
- Armstrong, D. (1983). The fabrication of nurse-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 17(8), 457-460.
- Ashcroft, B., Griffiths, G. & Tiffin, H. (2002). *Post-Colonial Studies. The Key Concepts*. New York : Routledge.
- Association canadienne de santé publique (2004a). Description de la population carcérale. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supplément 1, S12-S18.
- Association canadienne de santé publique (2004b). Annexe 5 – Comparaison récapitulative des indicateurs de la santé : détenus et population canadienne. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supplément 1, S62.
- Association canadienne de santé publique (2004c). Santé mentale. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supplément 1, S36-S48.
- Association canadienne de santé publique (2004d). Discussion. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supplément 1, S49-S52.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (2003). Ethnography and Participant Observation. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds). *Strategies of Qualitative Inquiry* (2nd ed.) (pp. 110-136). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Barthes, R. (1970). *Mythologies*. Paris : Éditions du Seuil.
- Beck, U. (2001). *La société du risque*. Paris : Aubier.

- Bell, D., Caplan, P. & Karim, W.J. (1993). *Gendered Fields : Women, Men & Ethnography*. London : Routledge.
- Bernheim, J.C. (2000). Éthique et prison. *Éthique publique – Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, 2(1), 171-176.
- Best, S. & Kellner, D. (1991). *Postmodern Theory*. NY : Guilford Press.
- Bhabha, H.K. (1994). *The location of culture*. London : Routledge.
- Birk, S. (1992). Emerging specialties expand opportunities. *American Nurse*, 24 (9), 7, 9, 24.
- Bloor, M. & McIntosh, J. (1990). Surveillance and concealment : a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and Health Visiting. In S. Cunningham-Burley & N. McKegany (eds.). *Readings in Medical Sociology* (pp. 159-181). London : Routledge.
- Blyth, J., Baumann, A. & Giovannetti, P. (2001). Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61-68.
- Bourdieu, P. (1992). *Réponses*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bowman, G.S., Thompson, D.R. & Sutton, T.W. (1983). Nurses' attitudes to the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 125-129.
- Boykin, A. & Schoenhofer, S.O. (2001). *Nursing as caring : A model for transforming practice*. Boston : Jones & Bartlett and National League for Nursing.
- Burgess, A. W. (1998). *Psychiatric Nursing*. Stamford, CT : Appleton & Lange.
- Burrow, S. (1993a). An outline of the forensic nursing role. *British Journal of Nursing*, 2(18), 899-904.
- Burrow, S. (1993b). The role conflict of the forensic nurse. *Senior Nurse*, 13(5), 20-25.
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble : Feminism and the Subversion of Identity*. New York : Routledge.
- Canadian Nursing Advisory Committee (2002). *Our Health our Future : Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Consulté sur www.hc-sc.gc.ca en date de juillet 2004.
- Caplan, C. (1993). Nursing staff and patient perceptions of the ward atmosphere in a maximum security forensic hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 23-29.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. Dans G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault Effect* (pp. 281-298). Chicago : University of Chicago Press.
- Castel, R. (1998). Préface. Dans E. Goffman. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.

- Chaloner, C. (2000). Characteristics, skills, knowledge and inquiry. In C. Chaloner & M. Coffey (Eds). *Forensic Mental Health Nursing. Current Approaches* (pp. 1-20). Oxford : Blackwell Science.
- Chambon, A. (1999). Foucault's Approach : Making the Familiar Visible. In A. Chambon, A. Irving & L. Epstein (Eds.). *Reading Foucault for Social Work* (pp. 51-82). New York : Columbia University Press.
- Chater, K. (1999). Risk and representation : older people and noncompliance. *Nursing Inquiry*, 6, 132-138.
- Cheek, J. (2000). *Postmodern and Poststructural Approaches to Nursing Research*. Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Cheek, J. & Rudge, T. (1994). Inquiry into nursing as textually mediated discourse. In P. Chinn (Ed). *Advances in methods of inquiry for nursing* (pp. 59-67). Gaithersburg, MD : Aspen.
- Clifford, J. (2002). *The Predicament of Culture*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Cloyes, K.G. (2004). *The Politics of Mental Illness in a Prison Control Unit : A Discourse Analysis*. PhD dissertation, University of Washington, Seattle, WA.
- Cloyes, K.G. (2006). An ethic of analysis. An argument for critical analysis of research interviews as an ethical practice. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 84-97.
- Colchamiro, R. (2004). Forensic RNs fit pieces together. *Nursing Spectrum (New York/New Jersey Metro Edition)*, 16(25), NJ/NY4-5.
- Collins, J. & Mayblin, B. (1996). *Derrida for beginners*. Cambridge : Icon Books.
- Code, L. (1991). *What Can She Know? Feminist Theory and the Construction of Knowledge*. Ithaca, NY : Cornell University Press.
- Crane, P.A. (2005). Cultural competence and the advanced practice forensic nurse. *Topics in Emergency Medicine*, 27(2), 157-162.
- Crossley, N. (2003). Prozac nation and the biochemical self : A critique. In S.J. Williams, L. Birke & G. Bendelow (Eds.). *Debating biology : Sociological reflections on health, medicine and society* (pp. 245-258). London : Routledge.
- Crowe, M. (2000). The nurse-patient relationship : a consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-967.
- Curran, J. & Sparks, C. (1991). Press and popular culture. *Media Culture & Society*, 13, 215-237.
- Cutcliffe, J.R. & Hannigan, B. (2001). Mass media, 'monsters' and mental health clients : the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315-321.

- Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). *L'Anti-Œdipe*. Paris : Éditions de Minuit.
- Demonet, R. & Moreau de Bellaing, L. (2000). *Déconstruire le handicap*. Paris : Éditions du CTNERHI.
- Denzin, N. (1994). Postmodernism and Deconstruction. In D. Dickens & A. Fontana (Eds.). *Postmodernism and Social Inquiry* (pp. 182-202). New York : Guilford.
- Derrida, J. (1967). *De la grammatologie*. Paris : Éditions de Minuit.
- Diekema, D.S. (2003). Involuntary sterilization of persons with mental retardation : an ethical analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(1), 21-26.
- Dixon-Woods, M., Fitzpatrick, R. & Roberts, K. (2001). Including qualitative research in systematic reviews : opportunities and problems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7(2), 125-133.
- Dunbar, C. (2003). Correctional Nursing - A Practice in Contradiction. *Nursing Spectrum (New York/New Jersey Metro Edition)*, 15A(2), NJ/NY1-NJ/NY2.
- Ewald, F. (1991). Insurance and risk. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault Effect* (pp. 197-210). Chicago : University of Chicago Press.
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis : The Critical Study of Language*. Harlow, England : Longman Group.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. London : Routledge.
- Fanker, S. (1996). Biological psychiatry and mental health nursing. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 180-190.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge : Nursing Models and Theories*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fischer, G.-N. (1992). *Psychologie sociale de l'environnement*. Toulouse : Éditions Privat.
- Fisher, A. (1995). The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(2), 193-208.
- Ford, J.D. (1999). Organizational change as shifting conversations. *Journal of Organizational Change Management*, 12, 480-500.
- Fortinash, K.M. & Holoday-Worrat, P.A. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing*. St-Louis : Mosby.
- Foucault, M. (1980a). Truth and power. In C. Gordon (Ed.). *Power/Knowledge : Selected Interviews and Other Writings* (pp. 109-133). New York : Pantheon Books.

- Foucault, M. (1980b). Two lectures. In C. Gordon (Ed.). *Power/Knowledge : Selected Interviews and Other Writings* (pp. 80-105). New York : Pantheon Books.
- Foucault, M. (1991a). Politics and the study of discourse. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault Effect : Studies in Governmentality* (pp. 53-72). Chicago : University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1991b). Polemics, politics, and problematizations. In P. Rabinow (Ed.). *The Foucault Reader* (pp. 381-390). London : Penguin.
- Foucault, M. (1994). Sex, power and politics of identity. In P. Rabinow (Ed). *Ethics : subjectivity and truth* (pp. 163-173). New York : The New Press.
- Foucault, M. ([1969] 1997). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard / Tel.
- Foucault, M. (2000). *Power : Essential Works of Foucault, 1954-1984, Volume III*. (Ed. J.D. Faubion). New York : The New Press.
- Foucault, M. ([1976] 2002). *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. ([1975] 2003). *Surveiller et punir*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2003). Nietzsche, genealogy, history. In P. Rabinow & N. Rose (Eds.). *The Essential Foucault* (pp. 351-369). New York : The New Press.
- Foucault, M. ([1978] 2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris : Gallimard/Seuil, Hautes Études.
- Foucault, M. ([1969] 2005). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard / Tel.
- Fox, N. (1995). Postmodern perspectives on care : The vigil and the gift. *Critical Sociology Today*, 15(44/45), 107-125.
- Fraser, N. (1989). *Unruly Practices. Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Freshwater, D. (2007). Discourse, Responsible Research and Positioning the Subject. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 111-2.
- Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : Quadrige/PUF.
- Gauchet, M. & Swain, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain*. Paris : Gallimard.
- Gergen, K.J. (1991). *The Saturated Self : Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York : Basic Books.

- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about Illness : an Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London : MacMillan Education Ltd.
- Gijbels, H. (1995). Mental health nursing skills in an acute admission environment : perceptions of mental health nurses and other mental health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 460-465.
- Goffman, E. ([1968] 1986). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York : Touchstone.
- Goffman, E. ([1968] 1998). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gold, R.L. (1958). Roles in sociological field observations. *Social Forces*, 36, 217-223.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health : An Introduction*. St. Leonards, Australia : SAGE.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. Denzin & Y. Lincoln (éds.). *The Landscape of Qualitative Research* (pp. 195-220). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- 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.
- Hall, S. (1994). Cultural identity and diaspora. In P. Williams & L. Chrisman (Eds). *Colonial discourse and post-colonial theory. A reader* (pp. 392-403). New York : Columbia University Press.
- Hall, B.A. (1996). The psychiatric model : a critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *Advances in Nursing Science*, 3, 16-26.
- Hamilton, B. & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off' : A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 84-92.
- Hamilton, B. (2007). *Shifting subjects : an ethnography of nurses' assessment practice in acute inpatient psychiatry*. Unpublished thesis, University of Melbourne, Australia.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography : Principles in Practice* (3rd ed). London : Routledge.
- Hastrup, K. & Elsass, P. (1990). Anthropological advocacy : A contradiction in terms? *Current Anthropology*, 31, 301-311.
- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002). Appraising the evidence : reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1284-99.
- Hays, J. (1989). Voices in the record... the homecare record. *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 200-4.

- Hazelton, M. (1999). Psychiatric personnel, risk management and the new institutionalism. *Nursing Inquiry*, 6, 224-30.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice : a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103.
- Hennaken, P. (1993). *Occupational Health Issues Facing Nurses in South Australian Prisons*. Proceedings of the 5th World Conference on Prison Health Care, Brisbane.
- Hobbes, T. ([1651] 1968) *Leviathan*. Harmondsworth, UK : Penguin Books.
- Hobbes, T. ([1642] 1993). *Le citoyen ou les fondements de la politique*. Paris : Flammarion.
- Holmes, D. (2001). *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Canada.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power : governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92.
- Holmes, D. (2005). Governing the Captives : Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A. & Rail, G. (2006). Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences : Truth, Power, and *Fascism*. *International Journal of Evidence-Based Health Care*, 4, 180-186.
- Holmes, D., Perron, A., Michaud, G., Montuclard, L. & Hervé, C. (2006). Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire : réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au Canada et en France. *Journal de Réadaptation Médicale*, 25(3), 131-140.
- Holmes, D., Perron, A. & O'Byrne, P. (2006). Evidence, Virulence, and the Disappearance of Nursing Knowledge : A Critique of the Evidence-Based Dogma. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 95-102.
- Hopton, J. (2007). The future of critical psychiatry. *Critical Social Policy*, 26(1), 57-73.
- Hufft, A. & Fawkes, L.S. (1994). Federal inmates : a unique psychiatric nursing challenge. *Nursing Clinics of North America*, 29(1), 35-42.
- Hufft, A. & Kite, M.M. (2003). Vulnerable and cultural perspectives for nursing care in correctional systems. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 9(1), 18-26.
- Hyde, A., Treacy, M., Scott, P.A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., Byrne, A., MacNeela, P. & Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation : biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2), 66-77.

- IAFN (2006). *What is Forensic Nursing*. Consulté sur www.forensicnurse.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=137 en date de septembre 2007.
- Ironbar, N. & Hooper, A. (1989). *Self-instruction in Mental Health Nursing*. London : Routledge.
- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M. & MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 151-159.
- Jackson, S. & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 378-388.
- Janesick, V.J. (2000). The choreography of qualitative research design : minuets, improvisations, and crystallization. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.) (pp. 379-401). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Jones, P.S. & Meleis, A.I. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15, 1-15.
- Junker, B. (1960). *Field Work*. Chicago : Chicago University Press.
- Kantor, E. (2003). *HIV Transmission and Prevention in Prisons*. HIV InSite Knowledge Base Chapter, February 2003 : <http://hivinsite.ucsf.edu>, consulté en date d'octobre 2003.
- Kent-Wilkinson, A. (1996). After the crime, before the trial. *Canadian Nurse*, 89, 23-26.
- Kincheloe, J.L. & McLaren, P.L. (2003). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). *The Landscape of Qualitative Research* (2nd ed.) (pp. 433-488). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Kirby, S. & McGuire, N. (1997). Forensic psychiatric nursing. In B. Thomas, S. Hardy & P. Cutting (Eds). *Stuart and Sundeen's Mental Health Nursing* (Chap. 26). London : Mosby.
- Kuhn, T.S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- Labrie, V. (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Laschinger H.K.S., Sabiston J.A., Finegan J. & Shamian J. (2001) Voices from the trenches : nurses' experiences of hospital restructuring in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1), 6-13.
- Latimer, J. (1998). Organizing context : nurses' assessments of older people in an acute medical unit. *Nursing Inquiry*, 5, 43-57.
- Latvala, E. & Janhonen, S. (1997). Patient's capable of managing : basic process of psychiatric nursing in hospital environment. *Vard I Norden*, 17, 9-13.

- Latvala, E. & Janhonen, S. (1998). Helping methods used by nurses in a psychiatric hospital environment. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 346-352.
- Lee, R.M. & Renzetti, C.M. (1993). The problems of researching sensitive topics. Dans C.M. Renzetti & R.M. Lee (Eds). *Researching sensitive topics* (pp. 3-13). Newbury Park, CA : SAGE.
- Locke, J. ([1689] 1998). *Essai philosophique concernant l'entendement humain*. Paris : J. Vrin.
- Lowenstein, L.F. (2002). The genetic aspect of criminality. *Justice of the Peace*. 166(40), 767-772.
- Lupton D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. In A. Petersen & R. Bunton (eds). *Foucault, Health and Medicine* pp. 94-110. Routledge, London.
- Lyttle, J. (1986). *Mental Disorder : Its Care and Treatment*. London : Balliere Tindall.
- Madden, B.P. (1990). The hybrid model for concept development : its value for the study of therapeutic alliance. *Advances in Nursing Science*, 3, 75-87.
- Mahoney, J.S. & Engebretson, J. (2000). The Interface of Anthropology and Nursing Guiding Culturally Competent Care in Psychiatric Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 183-190.
- Malin N. & Teasdale K. (1991). Caring versus empowerment : considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 657-662.
- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Mansfield, N. (2000). *Subjectivity. Theories of the Self from Freud to Haraway*. New York : New York University Press.
- Martin, T. (2001). Something special : forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (1), 25-32.
- Martin, P. M. (2003). *Exploring the nature of the nurse-patient relationship in an acute, high security forensic psychiatry unit*. Unpublished thesis, La Trobe University, Melbourne (Bundoora), Australia.
- Martin, T. & Street, A.F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(5), 543-551.
- Marx, K. (1946). *Capital – Volume 1*. London : George Allan & Unwin.
- Mason, T. (1997). Censorship of research in the health service setting. *Nurse Researcher*, 4(4), 83-92.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing : a literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 511-520.

- Mason, T. & Chandley, M. (1998). Seclusion : a catacomb of control. In T. Mason & D. Mercer. *Critical Perspectives in Forensic Care* (Eds) (pp. 127-139). London : MacMillan.
- Mason, T., Coyle, D. & Lovell, A. (2008). Forensic psychiatric nursing : skills and competencies : II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 131-139.
- Mason T. & Mercer D. (1998) Introduction : the silent scream. In T. Mason & D. Mercer (eds). *Critical Perspectives in Forensic Care Inside Out* (pp. 1-8). Hampshire, UK : Macmillan.
- Mason, T., Richman, J. & Mercer, D. (2002). The influence of evil on forensic clinical practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 80-93.
- Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative Research Design* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- May, C. (1992). Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 472-487.
- McCormick, J. L. (1997). *The Discourses of Control : Power in Nursing*. Thèse de doctorat inédite, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- McHoul, A. & Grace, W. (1993). *A Foucault Primer*. NY : New York University Press.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical nursing : Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Melia, P., Moran, T. & Mason, T. (1999). Triumvirate nursing for personality disordered patients : crossing the boundaries safely. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(1), 15-20.
- Mercer, D., Mason, T. & Richman, J. (1999). Good and Evil in the Crusade of Care : Social Constructions of Mental Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37 (9), 13-17.
- Mercer D., Mason T. & Richman J. (2001). Professional convergence in forensic practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 105-115.
- Mercer, D. & Richman, J. (2006). Scapegoat, Spectacle, and Confessional. Close Encounters With Sex Offenders and Other Species of Dangerous Individuals. Dans T. Mason (ed.). *Forensic Psychiatry : Influences of Evil* (pp. 207-230). Totoaw, NJ : Humana Press.
- Michael, S. (1994). Invisible skills. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 1, 56.
- Milly, B. (2001). *Soigner en prison*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mohr, W.K. (1999). Deconstructing the language of psychiatric hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1052-1059.

- Morel, A. B. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces maladies*. Paris : J.B. Baillière.
- Morrison, P. & Lehane, M. (1996). A study of the official records of seclusion. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 223-235.
- Murray, S., Holmes, D., Perron, A. & Rail, G. (2007). No Exit? : Intellectual Integrity Under the Regime of 'Evidence' and 'Best-Practices'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice – International Journal of Public Health Policy and Health Services Research*, 13(4), 512-516.
- Newman, M.A. (2002). The pattern that connects. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 1-7.
- Norman, A. & Parrish, A. (2002). *Prison Nursing*. Oxford : Blackwell Publishing Company.
- Norrish, B.R. & Rundall, T.G. (2001). Hospital restructuring and the work of Registered Nurses. *The Milbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Olesen, V. (2003). Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium. In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). *The Landscape of Qualitative Research* (2nd ed.) (pp. 332-397). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- OMS (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- Osborne, O. (1995). Public sector psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 34(10), 6-7.
- O'Sullivan, T. Hartley, J., Saunders, D. & Fiske, J. (1983). *Key Concepts in Communication*. London : Methuen.
- Paine, R. (1985). *Advocacy and anthropology : First encounters*. St. Johns : Memorial University of Newfoundland, Institute of Social and Econommic Research.
- Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Parker, I. (2002). *Critical Discursive Psychology*. London : Palgrave.
- Parker, J. & Gardner, G. (1992). The silence and the silencing of the nurses' voice : a reading of patient progress notes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 9(2), 3-9.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd Ed.). Newbury Park, CA : SAGE.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. London : MacMillan Education.

- Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris : La Découverte.
- Perron, A., Fluet, C. & Holmes, D. (2005) Agents of care and agents of the State : Bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.
- Perron, A., Holmes, D. & Hamonet, C. (2005). Capture, mortification et dépersonnalisation : la pratique infirmière en milieu correctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale*, 24(4), 124-131.
- Peter, E.H., Macfarlane, A.V. & O'Brien-Pallas, L.L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356-364.
- Peternelj-Taylor, C. (1999). Forensic psychiatric nursing : the paradox of custody and caring. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37(9), 9-11.
- Peternelj-Taylor, C. (2000). The role of the forensic nurse in Canada. An evolving specialty. In D. Robinson & A. Kettles (eds.). *Forensic nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender* (pp. 192-212). London : Jessica Kingsley Publishers.
- Peternelj-Taylor, C. & Johnson, R.L. (1995). Serving Time : Psychiatric Mental Health Nursing in Corrections. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 33(8), 12-9.
- Petit, A. (1994). La profession infirmière : un siècle de mutations. Dans P. Aïch & D. Fassin (éds.). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 227-259). Paris : Anthropos-Economica.
- Phillips, L. & Jørgensen, M. W. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. London : SAGE.
- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G. & Burnside, J. (1994). The impact of mass media on public images of mental illness : media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53, 271-281.
- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G. & Burnside, J. (1996). Media images of mental illness. In T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, R. Muston & S. Pattison (Eds). *Mental Health Matters : a Reader*. London : MacMillan.
- Philp, M. (1985). Michel Foucault. In Q. Skinner (ed.). *The Return of Grand Theory in the Human Sciences* (pp. 65-81). Cambridge : Cambridge University Press.
- Porter, S. (1993). The determinants of psychiatric nursing practice : a comparison of sociological perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1559-1566.
- Punch, M. (1998). Politics and ethics in qualitative research. Dans N. Denzin & Y. Lincoln (éds.). *The Landscape of Qualitative Research* (pp. 156-184). Thousand Oaks, CA : SAGE.

- Ramos, M.C. (1992). The nurse-patient relationship : theme and variation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-566.
- Rask, M. & Aberg, J. (2002). Swedish forensic nursing care : nurses' professional contributions and educational needs. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(5), 531-539.
- Rask, M. & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care : a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323-333.
- Richman, J., Mercer, D. & Mason, T. (1999). The social construction of evil in a forensic setting. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10(2), 300-308.
- Riggins, S.H. (1997). The Rhetoric of Othering. In S.H. Riggins (Ed). *The Language and Politics of Exclusion* (pp. 1-30). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Roach, M.S. (1992). The aim of philosophical inquiry in nursing : unity or diversity of thought? In J. F. Kikuchi & H. Simmons (eds.). *Philosophic Inquiry in Nursing* (pp. 38-43). Newbury Park, CA : SAGE.
- Roberts, M. (2005). The production of the psychiatric subject : power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*, 6, 33-42.
- Rodgers, B.L. (1997). Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. In L. H. Nicoll (Ed.). *Perspective on Nursing Theory* (pp. 348-356). Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers.
- Rodney, P. & Varcoe, C. (2001) Towards an ethical inquiry in the economic evaluation of nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(1), 35-57.
- Rostaing, C. (1997). *La relation carcérale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rousseau, J.-J. ([1755] 1973). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Paris : Aubier Montaigne.
- Russ, J. (1979). *Histoire de la folie. Michel Foucault : analyse critique*. Paris : Hatier.
- Ryrie, I., Agunbiade, D., Brannock, L. & Maris-Shaw, A. (1998). A survey of psychiatric nursing practices in two inner city acute admission wards. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 848-854.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada : Health Canada Editorial Board Mental Illnesses in Canada.
- Service correctionnel du Canada (1999). *Lignes directrices sur la tenue et la teneur du dossier « Soins de santé »*. Gouvernement du Canada : Service Correctionnel du Canada.
- Service Correctionnel du Canada (2000). *Le nouveau centre régional de santé mentale (CRSM)*. Sainte-Anne-des-Plaines, QC : Service Correctionnel du Canada.

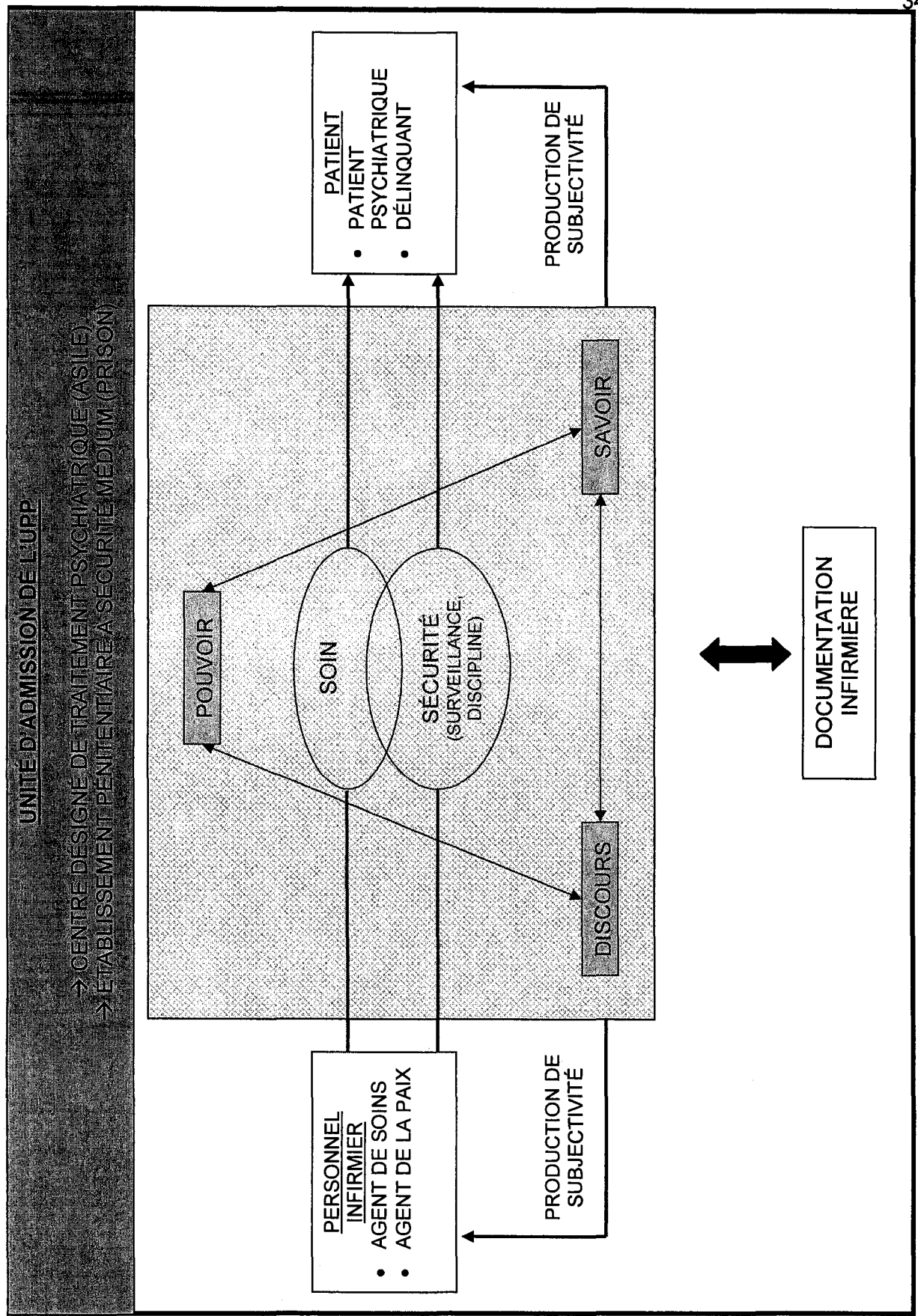
- Service correctionnel du Canada (2003). *Notre mission*. Consulté sur www.csc-scc.gc.ca/text/organi/organe01_f.shtml, en date de décembre 2003.
- Service Correctionnel du Canada (2007). *Infirmière et infirmier*. Consulté sur www.csc-scc.gc.ca/text/carinf/nursing_f.shtml en date du 1er août 2007.
- Sheilds, K.E. & de Moya, D. (1997). Correctional health care nurses' attitudes toward inmates. *Journal of Correction Health Care*, 4, 37-59.
- Sibley, D. (1995). *Geographies of exclusion*. London : Routledge.
- Sieber, J.E. (1993). The ethics and politics of sensitive research. Dans C.M. Renzetti & R.M. Lee (Eds). *Researching sensitive topics* (pp. 14-26). Newbury Park, CA : SAGE.
- Sieber, J.E. & Stanley, B. (1988). Ethical and professional dimensions of socially sensitive research. *American Psychologist*, 43, 49-55.
- Simpson, H. (1991). *Peplau's Model in Action*. London : MacMillan Press.
- Smart, B. (2002). *Michel Foucault. Revised edition*. New York : Routledge.
- Smith, P. (1996). Discharge planning the need for effective communication. *Nursing Standard*, 10, 38-39.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant Observation*. New York : Holt, Rinehart & Winston.
- Statistiques Canada (2000). *Troubles psychiatriques, piètre réussite scolaire et problèmes sociaux chez l'enfant : rôles de la structure familiale et de la faiblesse du revenu*. Numéro de catalogue 89-553-XPB19980014023.
- Stevenson, C. & Cutcliffe, J. (2006). Problematizing special observation in psychiatry : Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 713-721.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1981). *Psychiatric Ideologies and Institutions* (2nd ed.). New Brunswick, NJ : Transaction.
- Street, A. (1992). *Inside Nursing*. Albany : State University of New York Press.
- Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park, CA : Sage.
- Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A. & Reimer Kirkham, S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts : disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1257-68.
- Thornton, J.A. & Wahl, O.F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, 24, 17-25.
- Toulmin, S. (1990). *Cosmopolis*. New York : The Free Press.

- Traynor, M. (1996). Looking at discourse in a literature review of nursing texts. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1155-1161.
- Tyson, G.A., Lambert, W.G. & Beattie, L. (1995). The quality of psychiatric nurses' interactions with patients : an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 32(1), 49-58.
- Uhlmann, A. J. & Uhlmann, J. R. (2005). Embodiment below discourse : The internalized domination of the masculine perspective. *Women's Studies International Forum*, 28, 93-103.
- Wahl, O.F. (1992). Mass media images of mental illness : a review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20, 343-352.
- Ward, G. (1997). *Mental Health and the National Press*. London : Health Education Authority.
- Watson, J. (1994). *Applying the art and science of human caring*. National League for Nursing : Center for Human Caring.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness : A practice of transpersonal caring. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Watts, D. & Morgan, G. (1994). Malignant alienation. Dangers for the patients who are hard to like. *British Journal of Psychiatry*, 164, 11-15.
- Weber, M. (1986). Domination by economic power and by authority. In S. Lukes (Ed). *Power*. New York : New York University Press.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and post structuralist theory* (2nd ed.). Cambridge, MA : Blackwell Publishers.
- Wessling S. (2003). A SANE approach : in Massachusetts, dealing with sexual assault is both an issue of public safety and public health. *On Call*, 6(2), 18-21.
- Whittaker, E. (1994). Decolonizing knowledge : Towards a feminist ethic and methodology. In J.S. Grewal & H. Johnston (Eds). *The India-Canada relationship : Exploring the political, economic and cultural dimensions* (pp. 345-365). New Delhi : Sage.
- Whittington, R. & Balsamo, D. (1998). Violence : fear and power. In T. Mason & D. Mercer (Eds.). *Critical Perspectives in Forensic Care : Inside Out* (pp. 64-84). London : Macmillan.
- Whyte, L. (1997). Forensic nursing : a review of concepts and definitions. *Nursing Standard*, 11(26), 46-7.
- Wolcott, H.F. (1994). On Seeking – and rejecting – validity in qualitative research. In *Transforming Qualitative Data* (pp. 337-371). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Wolf, M. (1992). *A Thrice Told Tale*. Stanford, CA : Stanford University Press.

Wolf, D.L. (1996). Situating feminist dilemmas in fieldwork. In D.L. Wolf (Ed). *Feminist dilemmas in fieldwork* (pp. 1-55). Boulder, CO : Westview.

Zuckerman, M. (2002). Personality and psychopathy : Shared behavioral and biological traits. In J. Glicksohn (Ed). *The neurobiology of criminal behavior. Neurobiological foundation of aberrant behaviors* (pp. 27-49). Dordrecht, Netherlands : Kluwer Academic Publishers.

ANNEXE 1
CARTE CONCEPTUELLE



ANNEXE 2
GUIDE D'EXAMEN DE LA DOCUMENTATION INFIRMIÈRE

Circonstances de la documentation	Forme	Fond
• Temps (quart de travail, semaine ou fin de semaine) • Événements survenus, contexte ou circonstances des interventions • Identification du narrateur (titre professionnel) • Caractéristiques du narrateur (âge, sexe, personnel régulier ou à temps partiel, etc.)	• Longueur du texte (prolixité <i>versus</i> concision, détails <i>vs.</i> description générale) • Grammaire • Identification du sujet (« je », « nous », « il ») qui réalise l'action – sujet présent ou absent • Épithètes employés pour décrire les patients et leurs attributs, comportements, apparence, interactions, activités... • Répétitions ou emphases • Omissions selon les circonstances de la documentation • Jargon (professionnel, institutionnel)	• Descriptions d'interventions ou d'observations • Types d'interventions infirmières (thérapeutiques, dialogiques, punitives, réflexives, etc.) & réaction des patients • Reflet d'un processus de soin infirmier (démarche de soin) • Quantité et qualité apparente des interactions • Caractère actif <i>vs.</i> passif des acteurs (personnel infirmier et patients notamment) • Éléments de discours <i>nursing</i> ou d'autres discours (ex : carcéral, éthique, légal, médico-psychiatrique...) • Description des patients (investigation des besoins, désirs, sentiments, émotions, évolution de la condition, etc.) • Reflet dans le texte d'une ou des cultures dans laquelle se situe l'intervention • Ton général du texte (objectif ou subjectif, formel ou informel, direct ou indirect, affirmatif ou peu affirmatif, personnel ou impersonnel, émotions, prise de distance, etc.) • Présence d'éléments discordants ou dominants d'un texte à un autre, polarité du discours, etc. • Similitudes et différences d'un groupe infirmier à un autre (ex : selon le sexe, le quart de travail, le nombre d'années d'expérience, etc.) • Audience (à qui s'adresse la documentation infirmière)

ANNEXE 3 GRILLE D'ENTREVUE

L'entrevue d'une durée d'environ 60 minutes débutera par une explication du déroulement de la période d'entrevue. La chercheuse répondra aux questions des informants avant que ne débute la séance. Une seule question générale sera posée. Il s'agit d'une question très large qui ne fera pas référence, par exemple, aux notions de soins psychiatriques ou de contrôle social. Ces thèmes devraient pouvoir émerger de façon spontanée sans suggestion au préalable de la part de la chercheuse. Certains sous-thèmes pourront être envisagés dans le but de préciser les propos des informants. Ces sous-thèmes ne sont pas libellés à l'avance mais reposeront tout de même sur un plan précis afin que la chercheuse puisse obtenir les données nécessaires à la question de recherche.

Question principale

Pourriez-vous me parler de votre rôle en tant qu'infirmière (infirmier) depuis votre embauche à l'UPP?

Aide-mémoire

Soins infirmiers psychiatriques

- définition que se donne l'informant(e) des quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier : santé, soin, personne, environnement
- conception de soin utilisée (Peplau ou autre)
- organisation des soins (processus de soin, transmission du rapport...)

Soins infirmiers psychiatriques en milieu correctionnel

- comment le/la participant(e) en est venu(e) à travailler dans ce milieu (recrutement, initiative personnelle, « coercition »)
- particularités inhérentes au milieu psychiatrique pénitentiaire
- différences entre le milieu psychiatrique pénitentiaire et les autres milieux de soin psychiatriques
- définition des quatre concepts centraux applicables en milieu psychiatrique pénitentiaire
- comparaison de la pratique infirmière à l'embauche et la pratique infirmière actuelle
- autonomie du personnel infirmier

Représentations

- représentations de la psychiatrie et du « malade mental »
- représentations du détenu à l'unité d'admission (description)
- facteurs modulant ces représentations (ex : sexe de l'intervenant, pathologie psychiatrique diagnostiquée, chefs d'accusation et sentence, potentiel de réinsertion sociale, « coopération » au traitement, attitude du patient envers le personnel infirmier)
- effets de ces représentations sur le soin donné (ex : indifférence, empathie, prise de distance, mépris, peur, « caring »)
- représentations du rôle de l'infirmière en psychiatrie – obligations et fonctions, effets sur le soin donné, interventions typiques (thérapeutiques, éducatives, punitives)

- représentations du rôle de l'infirmière en psychiatrie correctionnelle – obligations et fonctions, effets sur le soin donné, interventions typiques (thérapeutiques, éducatives, punitives)
- proximité / intimité avec la clientèle à soigner
- expression de la relation d'aide (Peplau ou autre), techniques de relation d'aide

Discours du personnel infirmier

- démarche infirmière des soins, processus clinique (évolution de la condition clinique, investigation des besoins, désirs, sentiments ...)
- discours du personnel infirmier (voix infirmière) à l'UPP et à l'unité d'admission – discours clinique, médico-psychiatrique, éthique
- sentiment d'identité professionnelle – partagé par tout le personnel infirmier ou non
- culture importée versus autres cultures présentes à l'unité d'admission ou UPP
- différences entre discours du personnel infirmier en milieu civil versus en milieu correctionnel
- modification du discours depuis le début d'emploi à l'unité d'admission / UPP
- priorités du personnel infirmier en regard du soin à l'unité Z
- point de rencontre avec d'autres priorités (ex : sécurité) et effets sur les priorités du soin infirmier
- déontologie infirmière
- insertion du discours du personnel infirmier dans l'institution correctionnelle
- cohésion du groupe infirmier, soutien entre les pairs
- à quelle structure se rapporte le personnel infirmier (corpus administratif / de gestion), vision infirmière, prise de position au sein de l'unité, défense des intérêts du personnel infirmier, sanctions
- stratégies de communication, langage entre les membres de l'équipe pour se faire comprendre (expressions, jargon...)
- leaders (formels, informels), prise de décision infirmière (en regard des interventions auprès de la clientèle par exemple)
- différence entre attitude / comportement des infirmières et des infirmiers
- expression de sentiments – désaccord, frustration, colère, honte, satisfaction, peur, impuissance
- représentation du rôle infirmier chez les autres intervenants de l'unité d'admission / UPP

Risque

- gestion des risques : le détenu comme risque (social, « biologique »)
- gestion des risques : le personnel infirmier comme risque
- l'appartenance socioprofessionnelle comme influence de la perception du risque
- le sexe comme influence de la perception du risque

Documentation infirmière

- politiques et procédures en regard de la documentation infirmière (ex : confidentialité, aspects légaux, communication entre membres du personnel infirmier, format, lieu où sont conservés les dossiers infirmiers, documentation de routine ou d'exception, moment de la documentation)
- translation des interventions dans la documentation (détails, concision, ton « clinique », objectivité, subjectivité)
- signification (fonction) de la documentation des interventions infirmières

- éléments intégrés dans la documentation infirmière
- éléments présumés, omis ou évités dans la documentation infirmière (pourquoi)
- différences entre les manières de documenter (sexe, âge, ancienneté, années d'expérience...)
- audience du dossier infirmier (à qui/quoi s'adresse-t-il)
- libertés et contraintes liées à la documentation
- « désirabilité » de la manière dont sont rédigées les notes (habitudes courantes de l'unité, « dérogations » aux procédures)
- représentation de la documentation infirmière au sein de l'unité d'admission
- partage des informations sur les détenus avec d'autres groupes professionnels

Le personnel infirmier et les autres

- place de l'équipe infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire, prises de position
- structures hiérarchiques (formelles, informelles)
- alliances et conflits entre groupes socioprofessionnels (facteurs déterminants)
- fraternité avec autres groupes – effets de socialisation sur le discours, perceptions, représentations, attitudes et comportements
- gestion des conflits
- division du travail
- relations entre les infirmier(e)s et la clientèle à soigner
- relations entre les infirmier(e)s et les autres intervenants
- relations entre infirmières et infirmiers
- relations entre infirmiers et agents de correction
- relations générales entre personne de même sexe
- relations générales entre personne de sexe opposé

Pouvoir

- hiérarchies (organigrammes, etc.)
- définitions et manifestations du pouvoir
- relations de pouvoir entre le personnel infirmier et la clientèle
- relations de pouvoir entre le personnel infirmier et les autres intervenants (équipe multi, personnel de correction, gestionnaires)
- manifestations (subtiles et ouvertes) du pouvoir

ANNEXE 4 **GRILLE D'OBSERVATION**

Catégories générales	Éléments particuliers
Caractéristiques de l'UPP	• Localisation géographique et historique de l'UPP • Évidence de la nature de l'endroit • Accessibilité (voies d'accès, postes de contrôle)
Apparence physique / objets / décor	• Barrières physiques (portes verrouillées, grilles) • Caméras (nombres, localisations, modes d'utilisation) • Dispositifs de sécurité (et rôles qui y sont associés) • Architecture & « design environnemental » (disposition des unités de travail, organisation des lieux, visibilité des intervenants, etc.) • Affiches, objets de décoration, livres, plans
Usages courants des lieux / activités	• Activités routinières des acteurs selon leur description de tâches respectives • Usages « déviants » du lieu (ex : rencontres et discussions informelles) • Aspects sécuritaires liés à l'utilisation des lieux (clés, codes, intercoms)
Politiques et procédures de l'UPP	• Règlements en cours (relatifs à la circulation des personnes, modalités d'entrevue avec les patients, manuels de procédures, mesures d'urgence, etc.) • Politiques et procédures, notamment celles liées à la documentation infirmière et la tenue des dossiers (confidentialité, aspects juridiques, etc.), déontologie • Usages informels (procédures en vigueur sans soutien formel, « habitudes » des lieux, etc.), rituels particuliers
Acteurs / groupes	• Professionnels, gestionnaires (hiérarchies formelles et informelles) • Patients, familles, visiteurs • Genre & âge des membres du personnel, tenue vestimentaire ou signe de hiérarchisation, indice d'appartenance sociale • « Présence invisible » d'une autorité (ex : mémos)
Rôles / communication	• Tâches & responsabilités, délégation des actes • Division du travail (rondes, médicaments, entrevues thérapeutiques, réunions cliniques, évaluations cliniques, concertations avec d'autres groupes) selon le genre, l'âge, le rang (ex : chef d'équipe), etc. • Leaders formels et informels (qui prend les décisions, « rallie » le groupe, donne le ton aux discussions) – âge, sexe, ancienneté, etc. • Langage, expressions verbales et non-verbales, gestuelle (discrète, ostentatoire), jargon, codes, manière dont sont appuyés les propos • Diversité des discours, discours dominant • Différences de communication selon le genre des personnes • Affects / attitudes lors de discussions sur des détenus, collègues, chefs
Situations / interactions	• Relations entre les personnes, fréquence et circonstances d'interaction (routine, soutien, consultation, conflit, etc.), rituels d'interaction • Distribution du temps et de l'espace (physique, dialogique) • Conflits (selon le sexe, l'appartenance socioprofessionnelle, la hiérarchie organisationnelle, l'ancienneté, etc.) • Ententes implicites et explicites • Alliances entre personnes ou entre groupes

Adapté de Peretz (1998)

ANNEXE 5
CERTIFICAT ÉTHIQUE



Université d'Ottawa University of Ottawa

Service de subventions de recherche et déontologie Research Grants and Ethics Services

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET SCIENCES
ATTESTATION D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche en Sciences de la Santé et Sciences de l'Université d'Ottawa a examiné la demande d'approbation éthique pour le projet de recherche **Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais des discours du personnel infirmier dans un milieu hybride de psychiatrie correctionnelle (dossier H 05-06-03)** présentée par Amélie Perron et supervisée par Dave Holmes de l'École des sciences infirmières.

Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes éthiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comités d'éthique de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a donc accordé une catégorie 1a (approbation) à ce projet. La présente attestation est valide pour un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

Rita D'Alessandro
Responsable de l'éthique en recherche
Pour Dr Daniel Lagarec
Président du CÉR en Sciences de la Santé et Sciences

21 septembre 2006
Date

ANNEXE 6
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Université d'Ottawa University of Ottawa

Service de subventions de recherche et déontologie Research Grants and Ethics Services

Chercheure : Amélie Perron, inf., BScN, PhD(C)
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Directeur : Dave Holmes, inf., Ph.D. / 613.562.5800 poste 8341
Co-directrice : Louise Gagnon, inf., PhD / 514.343.7098

Titre du projet : Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais des discours du personnel infirmier dans un milieu de psychiatrie correctionnelle

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada

But de la recherche

Ce projet de recherche se situe au carrefour de deux champs disciplinaires bien précis : celui des soins infirmiers et celui du contrôle social. Il vise à explorer les discours du personnel infirmier dans un contexte de soins infirmiers dans un milieu de détention et de soins psychiatriques. Cette recherche vise à répondre à des questions fondamentales relativement aux discours des infirmières et des infirmiers, tout particulièrement en ce qui a trait aux effets de ces discours sur les représentations que se fait le personnel infirmier, d'une part de la population qu'il soigne et d'autre part de ses fonctions au cœur d'une unité de soins psychiatriques correctionnels aigus et des finalités poursuivies.

Nature de votre participation

Les infirmières et les infirmiers qui désirent participer à l'étude seront rencontrés individuellement afin de répondre à quelques questions ouvertes directement reliées à leur travail à l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire (UPP). Une seule rencontre est prévue et celle-ci durera environ 60 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio à moins que vous ne vous y opposiez. La rencontre s'effectuera sur les lieux de travail pendant les heures régulières de travail, à moins que vous n'en décidiez autrement. Une copie de l'entrevue et de l'analyse vous sera acheminée en vue d'obtenir vos perceptions en regard du contenu. Vous aurez l'occasion de formuler vos commentaires, de modifier ce contenu et d'élaborer certains thèmes. L'entrevue se

déroulera en présence de la chercheuse principale seulement. Les bandes audio, les transcriptions d'entrevue de même que les analyses seront étiquetées au moyen d'un code alphanumérique et ne porteront aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier votre lieu de travail. Pour participer à ce projet de recherche vous devez être âgé(e) de 18 ans ou plus et travailler à l'UPP depuis au moins 6 mois sur l'un des trois quarts de travail.

Risque

Vous pourriez trouver difficile de discuter de votre pratique clinique comme infirmier(e) au pénitencier. Vous n'aurez pas à répondre aux questions qui peuvent susciter de tels malaises si vous ne le désirez pas et ce, sans avoir à justifier votre choix. Si vous manifestez un niveau de stress ou d'anxiété élevé, vous serez orienté(e) vers la ressource d'aide psychologique appropriée (programme d'assistance d'aide aux employés). Les données recueillies lors des entrevues et des observations directes ne seront nullement utilisées à des fins évaluatives puisque le but de la recherche consiste à décrire une pratique infirmière et non à l'évaluer. Ainsi, aucune donnée amassée ne pourra vous être préjudiciable. Par ailleurs, une copie transcrite de l'entrevue vous sera remise afin que vous puissiez revoir l'information donnée. Vous aurez alors l'occasion d'élaborer, de modifier ou d'éliminer certains propos.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Il n'y a aucun avantage direct pour vous de participer à ce projet et vous ne percevrez aucune compensation financière. Toutefois, en participant à ce projet de recherche vous contribuez au développement des connaissances en sciences infirmières. Vous collaborez de plus à une activité qui fera connaître la réalité des infirmières psychiatriques en milieu pénitencier canadien.

Informations relatives au projet de recherche

On devra répondre, à votre satisfaction, à toute question que vous poserez relativement au projet de recherche auquel vous êtes convié(e) à participer.

Confidentialité et anonymat

La nature et le contenu de vos propos qui seront enregistrés sur cassette audio lors de l'entrevue, de même que la nature de vos comportements, observés lors des visites de la chercheuse sur l'unité, demeureront en tous temps strictement confidentiels. Votre nom n'apparaîtra en aucun temps dans les données ou les résultats de recherche. Un code alphanumérique vous sera assigné afin de préserver votre anonymat contre toutes formes d'identification. La collecte de données consistera également à examiner certaines notes cliniques faites aux dossiers des patients. Une copie anonyme de certains extraits de notes cliniques sera mise à la disposition de la chercheuse par la chef des soins de santé mentale. Toute information pouvant mener à l'identification des patients et du personnel infirmier sera éliminée afin de respecter la confidentialité des personnes. Le but étant d'examiner les discours du personnel infirmier dans son ensemble, aucun rapprochement ne sera fait entre vos propos en entrevue et des notes cliniques que vous pourriez avoir rédigées. Toutes les données (bandes audio, transcriptions, notes, documents du pénitencier) seront conservées dans une filière verrouillée dans le bureau du directeur de la chercheuse à l'Université d'Ottawa. Les données seront conservées pendant une période de cinq ans afin d'en permettre

l'analyse. Après cette période, elles seront détruites. Seule la chercheuse, le directeur et la co-directrice auront accès aux données. Le rôle de la co-directrice de recherche consistera surtout à guider et à conseiller l'étudiante dans l'analyse des données et la rédaction de la thèse.

Autorisation d'utiliser les résultats de recherche

Vous acceptez que les informations recueillies lors des entrevues et des observations directes fassent partie des conclusions de la recherche et conséquemment puissent être utilisées à des fins de communications scientifiques, professionnelles et d'enseignement. Il se peut que vos propos soient cités de manière intégrale dans des publications ou des présentations. En regard de toutes ces formes de communication, il est entendu que la confidentialité sera respectée à votre égard et à l'égard du milieu dans lequel s'est effectuée la recherche.

Retrait de votre participation

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions. Il est également entendu que vous pouvez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans que cela ne vous cause préjudice. Les motifs de votre retrait de l'étude sont personnels et n'auront pas à être partagés avec la chercheuse. Les données amassées en entrevue seront alors détruites (bandes audio coupées et transcriptions déchiquetées) et ne seront pas utilisées pour la recherche.

Questions sur l'étude

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après la recherche) sur semaine avec Dave Holmes, Ph.D. (613.562.5800 poste 8341) ou en tout temps avec Amélie Perron, Inf, BScN (613.889.8995). Les coordonnées de la chercheuse et de ses superviseurs de recherche sont indiquées sur la première page du présent formulaire.

Éthique

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique en Recherche de l'Université d'Ottawa. Toutefois, pour toute question éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez à tout moment communiquer vos préoccupations au Responsable de la déontologie en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, bureau 159, 550 rue Cumberland, Ottawa, ON K1N 6N5 ; téléphone (613) 562.5841 ; courriel : ethics@uottawa.ca

Consentement du ou de la participant(e)

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

J'accepte d'être enregistré(e) sur bande audio : oui ☐ non ☐

J'accepte que mes propos puissent être cités de manière intégrale : oui ☐ non ☐

Je consens à participer à cette étude. Il y a deux copies de ce formulaire de consentement et je peux garder l'une d'elles.

Participant(e)

Chercheure

Signé à _____, le _____ 2007.

ANNEXE 7
PLAN DE SOINS STANDARD À L'UNITÉ D'ADMISSION

Nom, prénom : Numéro d'identification correctionnel : Date de naissance :		Date du début de la peine : Date de libération d'office : Établissement d'origine :	
Date d'admission à l'UPP Unité actuelle : admission ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐		Axe I : Axe II : Axe III :	Infirmier (ère): Agent de libération conditionnelle: Psychologue : Psychiatre : Agent de correction : Autre :
Raison de l'admission à l'UPP: évaluation et clarification du diagnostic, traitement psychiatrique			
Médication : Enseignement sur la médication ☐ Date : Type d'enseignement : individuel ☐ groupe ☐ Méthode d'enseignement : vidéo ☐ rencontre ☐ documentation ☐		Diagnostic infirmier : Diagnostic psychologique :	

Cibles du traitement	Actions du détenu-patient	Stratégies de l'équipe	Résultats
☒ Protéger la sécurité du détenu et assurer un environnement sécuritaire	☒ Collaborer avec l'équipe traitante	☒ Evaluation des mesures de protection appropriées au risque hétéro et/ou auto agressif que représente le sujet ☒ Evaluation quotidienne de l'état mental ☒ Surveillance de la prise de médication ☒ Encadrement sécuritaire (fouille, aucun objet dangereux, etc.	
☒ Stabiliser l'état mental	☒ Collaborer au traitement pharmacologique ☒ Collaborer aux rencontres hebdomadaires planifiées par votre équipe traitante ☐ Développer des méthodes de relaxation ☒ Développer une hygiène de vie saine et stable en participant aux activités de la vie quotidienne et	☒ Ecoute active ☒ Surveillance de la prise de médication ☒ Créer un climat de confiance avec le détenu-patient en répondant à ses besoins et ses questions	

	en se conformant à la routine de l'unité (activités, hygiène, etc.)		
☒ Education sur votre maladie et vos moyens d'adaptation	☒ Apprendre à verbaliser mes difficultés et émotions ☒ Etre capable d'identifier les symptômes de la maladie et apprendre à demander la médication ponctuelle au besoin ☒ Connaître les éléments déclencheurs des symptômes ☒ Continuer le suivi psychiatrique et psychologique	☒ Assurer un suivi psychiatrique et psychologique régulier ☒ Ecoute active ☒ Intégration progressive sur une unité de réinsertion si pertinent ☒ Offrir un enseignement sur la maladie	

Consentement du détenu-patient

On m'a expliqué le contenu de ce plan de soin et j'accepte les objectifs thérapeutiques proposés.

Signature du détenu-patient :

Signature du membre du personnel infirmier :

Date :

ANNEXE 8
OUTILS DE GESTION DU RISQUE

AGITÉ	PERTURBATEUR	DESTRUCTEUR	DANGEREUX	LÉTAL
- Se promène - Frappe ses mains	- Crie, dérange - Frappe des objets	- Lance des objets	- Se frappe lui-même ou frappe les autres	- Menace avec une arme
J'AI MAL... ANXIEUX	J'AI BESOIN D'ATTENTION	EN VOIE DE PERDRE LE CONTRÔLE	J'AI PERDU LE CONTRÔLE	CONTRÔLEZ MA RAISON
- Écoute active - Chercher information	- Écoute active - Communication constructive	- Aider à garder contrôle - Communication dirigée	- Contrôle verbal et physique	- Négocier
- Observer le détenu - S'approcher du détenu - Écoute active - Chercher l'information - Situer l'attention ailleurs - Offrir des moyens de détente - Offrir une médication PRN si Rx - Documenter au dossier psychiatrique - Noter au cahier de rapport	- Observer le détenu - S'assurer de la présence d'un agent de correction - S'approcher du détenu - Écoute active - Chercher l'information - Situer l'attention ailleurs - Offrir des moyens de détente - Donner des consignes claires - Établir des limites - Offrir une médication PRN si Rx - Diminuer les stimuli - Confinement en cellule - Plan de chambre - Débuter un graphique de comportement - Documenter au dossier psychiatrique - Noter au cahier de rapport	- Observer le détenu - S'assurer de la présence des agents de correction ou sonner l'alarme - Sécuriser le secteur - Communication dirigée - Lui demander de cesser immédiatement - Si objet dans les mains, lui demander de le déposer immédiatement - Si refus d'obtempérer, les agents de correction reconduiront le détenu à l'unité d'admission - Prise en charge par l'équipe de l'unité d'admission à la lumière des informations fournies - Mise en place des protocoles appropriés - Secondar la coordination des interventions - Remplir le graphique de comportement - Documenter au dossier psychiatrique - Noter au cahier de rapport - Compléter les rapports nécessaires	- Observer le détenu - Évaluer la situation - S'assurer de la présence des agents de correction ou sonner l'alarme - Sécuriser le secteur - Si détenu blessé (ou plusieurs) aviser le Centre de soins - Communication dirigée - Lui demander de cesser immédiatement - si objet dans les mains, lui ordonner de le déposer immédiatement - Si refus d'obtempérer, les agents de correction reconduiront le détenu à l'unité d'admission - Prise en charge par l'équipe de l'unité d'admission à la lumière des informations fournies - Mise en place des protocoles appropriés - Secondar la coordination des interventions - Remplir le graphique de comportement - Documenter au dossier psychiatrique - Noter au cahier de rapport - Compléter les rapports nécessaires	- Observer le détenu et la situation - Évaluer l'arme - S'assurer de la présence des agents de correction ou sonner l'alarme - Sécuriser le secteur - Si détenu(s) blessé(s) aviser Centre de soins - Communication dirigée - Lui ordonner de déposer l'arme par terre immédiatement - Si refus d'obtempérer, les agents de correction reconduiront le détenu à l'unité d'admission - Prise en charge par l'équipe de l'unité d'admission à la lumière des informations fournies - Mise en place des protocoles appropriés - Secondar la coordination des interventions - Remplir le graphique de comportement - Documenter au dossier psychiatrique - Noter au cahier de rapport - Compléter les rapports nécessaires

PROTÉGÉ B (UNE FOIS REMPLIE)
PROTECTED B (ONCE COMPLETED)

Nom - Name

Prénom - First name

SED - FPS

DDN - DOB

GRILLE DU POTENTIEL DE DANGEROUSITÉ

DESCRIPTIONS		INTERVENTIONS	
INCIDENTS AVEC CONFRONTATION INCIDENTS SANS CONFRONTATION	8 MENACE EXCEPTIONNELLE		
	7 ASSAUT GRAVE		
	6 AGRESSION PHYSIQUE		
	5 RÉSISTANCE ACTIVE		
	4 INTIMIDATION PSYCHOLOGIQUE		
	D DESTRUCTEUR		
	3 RÉFRACTAIRE		
	2 COLLABORATION CONDITIONNELLE		
	1 TENSION ÉMOTIVE		
	0 EN CONTRÔLE / STABLE		

P A C I F I C A T I O N

ORIGINAL AU DOSSIER