

Université de Montréal

Articulation du contrôle social et des soins infirmiers
dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire

par

Dave Holmes

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences infirmières

Août 2001

© Dave Holmes, 2001



WY

5

U58

2002

v. 005

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

Articulation du contrôle social et des soins infirmiers
dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire

présentée par

Dave Holmes

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon, Inf., Ph.D.
présidente-rapporteuse

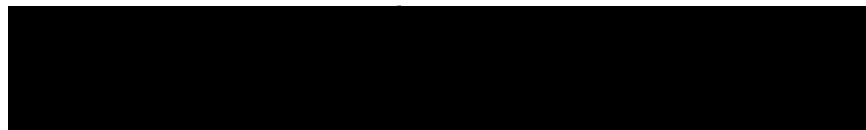
Michel Perreault, Ph.D.
directeur de recherche

Bruno Théorêt, Ph.D.
codirecteur

Franco Carnevale, Inf., Ph.D.
membre du jury

Adrienne Chambon, Ph.D.
examinatrice externe

Serge Brochu, Ph.D.
représentant du doyen de la FES



SOMMAIRE

L'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire s'inscrit dans un nouvel horizon de pratique professionnelle en sciences infirmières. Cette pratique professionnelle complexe implique l'articulation de deux mandats socioprofessionnels contradictoires : punir et soigner. En effet, dans le cadre de son exercice professionnel, le personnel infirmier doit assumer des fonctions relatives au contrôle social et au soin infirmier psychiatrique dans un environnement de travail hybride où l'hôpital psychiatrique et la prison convergent. L'articulation des fonctions d'agent de contrôle social et d'agent de soin que doit assumer le personnel infirmier n'est pas sans paradoxes. Ces paradoxes illustrent, de manière non-équivoque, les aspects politiques du soin infirmier et soulèvent par ailleurs certaines questions éthiques fondamentales. Conscient de l'ampleur de cette problématique qui, à notre connaissance, n'a encore jamais été étudiée en contexte canadien, cette recherche en sciences infirmières décrit l'exercice infirmier dans un environnement extrême où le contrôle social et le soin infirmier psychiatrique sont inextricablement intriqués l'un dans l'autre.

Parce que très peu de recherches en regard d'une telle problématique ont été effectuées, notre recherche essentiellement descriptive et compréhensive, nécessitait une méthode qualitative permettant de décrire de manière heuristique l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Afin de répondre à cette exigence, la théorisation ancrée a été choisie au plan méthodologique. Dans le but d'assurer la collecte des données, le chercheur a fait appel à trois méthodes : l'observation directe, les entrevues semi-directives et la recherche documentaire. Plus de 190 heures d'observations directes et vingt quatre entrevues (21 infirmières et infirmiers – 3 agents de correction) ont été nécessaires afin de porter à terme ce projet de recherche. Le chercheur est demeuré présent dans le milieu de recherche choisi pendant plus de vingt six semaines.

Au terme de notre recherche les résultats montrent que le Centre psychiatrique correctionnel est un site où deux discours antagonistes (celui de l'hôpital et celui de la prison) se disputent les ressources humaines en présence. Suivant que l'asile et la prison sont en soi des institutions distinctes, le Centre psychiatrique correctionnel constitue un espace idéologique mixte résultant de la fusion des dispositifs psychiatrique et pénal. Cet espace idéologique met en scène des infirmières et des infirmiers qui tentent de répondre aux besoins de santé mentale d'une population captive dans un environnement où leur exercice professionnel est indéniablement contraint. Nos données suggèrent par ailleurs que le personnel infirmier qui travaille au C.P.C. oscille continuellement entre les positions d'objet et sujet de pouvoir. Il est l'objet d'un processus de conformation aux moeurs carcérales qui lui impose des règles et un code de conduite strict mais exerce simultanément comme sujet de pouvoir là où il reconduit ce pouvoir sur différents acteurs en présence au Centre, notamment les détenus-psychiatisés.

Les résultats de cette recherche montrent que : les fonctions d'agent de soin et d'agent de la paix, assumées simultanément par le personnel infirmier, sont complémentaires dans l'atteinte des objectifs du plan correctionnel; que les représentations qu'entretient le personnel infirmier à l'égard de la clientèle influence son exercice professionnel; que l'environnement sécuritaire produit des effets sur cet exercice; que le personnel infirmier entretient des similitudes avec les détenus-psychiatisés en tant qu'il constitue lui aussi un groupe dominé et enfin; que le personnel infirmier, en tant qu'agent de la gouvernementalité, exerce au cœur du dispositif psychiatrico-pénal là où il déploie, à l'endroit de la clientèle recluse, trois formes de pouvoirs identifiés comme étant souverain, disciplinaire et pastoral.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
DÉDICACE	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	4
1.1 Problématique de recherche	10
1.2 But de la recherche	11
1.3 Question de recherche	11
1.4 Position épistémologique	11
1.4.1 La complexité de l'entreprise	11
1.4.2 Paradigme de recherche	12
1.4.3 « Postmodernité » et sciences infirmières	14
1.4.4 Poststructuralisme	16
1.4.5 Féminisme	20
1.4.6 Féminisme poststructuraliste	21
CHAPITRE 2	
RECENSION DES ÉCRITS	26
2.1 Recension des écrits	26
2.1.1 Relations gardiens-gardés	31
2.1.2 Contrôle social	33
2.1.3 Gouvernamentalité	43
2.1.4 Risque	52
2.1.5 Asiles et prisons comme institutions « totales »	60
2.1.6 Soins infirmiers psychiatriques	73
2.1.7 Soins infirmiers psychiatriques en milieu correctionnel	75
2.1.8 Pouvoir	79

4.1.3.1 Discours des autorités institutionnelles sur le détenu-psychiatrisé	192
4.1.3.1.1 Profil criminologique	192
4.1.3.1.2 Admissions et réadmissions	197
4.1.3.1.3 Profil clinique général	198
4.1.3.1.4 Troubles cliniques – Axe 1	200
4.1.3.1.5 Troubles cliniques – Axe 2	203
4.1.3.2 Discours du personnel infirmier sur le détenu-psychiatrisé	208
4.1.3.2.1 Le détenu-psychiatrisé comme risque	209
4.1.3.2.2 Le partage (nécessaire) « fou / non-fou »	220
4.1.3.3 Résumé de la catégorie # 3	224
4.1.4 Les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs de la scène pénitentiaire	227
4.1.4.1 Interactions personnel infirmier / détenus-psychiatrisés	227
4.1.4.1.1 La relation normée	232
4.1.4.1.2 La relation observée	237
4.1.4.1.3 La relation suspecte	239
4.1.4.1.4 La relation superficielle	240
4.1.4.2 Interactions personnel infirmier / agents de correction	245
4.1.4.3 Interactions personnel infirmier / autres professionnels	260
4.1.4.4 Interactions personnel infirmier / gestionnaires	264
4.1.4.5 Résumé de la catégorie # 4	267
4.1.5 Souffrance et stratégies défensives	270
4.1.5.1 Les facettes de la souffrance	270
4.1.5.1.1 Violence et harcèlement	271
4.1.5.1.2 Frustration et inconfort	274
4.1.5.1.3 Absence de gratification	274
4.1.5.1.4 Détresse psychologique	275
4.1.5.2 Stratégies défensives	277
4.1.5.2.1 « Masque »	278
4.1.5.2.2 « Carapace »	279
4.1.5.3 Résumé de la catégorie # 5	281
4.2 Présentation des résultats – volet analytique	283
4.2.1 Objet de pouvoir	288

4.2.1.1	Processus de conformation au moeurs carcérales	289
4.2.1.1.1	Changement culturel	290
4.2.1.1.2	Techniques de conformation aux moeurs carcérales	297
4.2.1.2	Résultats du processus de conformation aux moeurs carcérales	305
4.2.1.2.1	Acceptation de l'ordre carcéral et déférence	306
4.2.1.2.2	Perte de l'autonomie professionnelle et indétermination des rôles	307
4.2.1.2.3	Détresse psychologique et sentiment d'étrangeté	309
4.2.2	Sujet de pouvoir	315
4.2.2.1	Sujet de pouvoir sur les détenus-psychiatisés	316
4.2.2.1.1	Coercition	316
4.2.2.1.2	Discipline	317
4.2.2.1.3	Thérapie	321
4.2.2.2	Sujet de pouvoir sur les autorités carcérales et les agents de correction	325
4.2.2.3	Sujet de pouvoir sur leurs collègues infirmières et infirmiers.....	330
CHAPITRE 5 DISCUSSION		333
CHAPITRE 6 CONCLUSION		377
RÉFÉRENCES		386
ANNEXES		407
Annexe 1 – Aide-mémoire		408
Annexe 2 – Formulaire de consentement		413
Annexe 3 – Particularités architecturales du Centre psychiatrique correctionnel.....		417

LISTE DES TABLEAUX

2.1	Éléments des principaux styles de contrôle social	37
3.1	Profil des informants – personnel infirmier	104
3.2	Profil des informants – agents de correction	105
3.3	Catégories principales	123
4.1	Catégories de personnel exerçant au C.P.C.	144
4.2	Troubles de la personnalité selon la taxonomie du DSM-IV	204
4.3	Principales catégories et sous-catégories descriptives émergentes	284

LISTE DES FIGURES

2.1	Cadre minimal de référence	29
3.1	Étapes de l'analyse par théorisation ancrée – Paillée 1994	120
4.1	Répartition des détenus-psychiatrisés par tranches d'âge	193
4.2	Nombre de sentence fédérales	194
4.3	Durée de la sentence actuelle	194
4.4	Cote sécuritaire des détenus-psychiatrisés	195
4.5	Potentiel de réinsertion sociale	196
4.6	Nature du délit	197
4.7	Admissions et réadmissions (1999-2000)	198
4.8	Profil clinique général – comorbidité axe 1, axe 2 et abus de substances	200
4.9	Troubles à l'axe 1	201
4.10	Axe 1 – Schizophrénie et autres troubles psychotiques	202
4.11	Axe 1 – Troubles de l'humeur	203
4.12	Axe 2 – Troubles de la personnalité – traits principaux	206
4.13	Axe 2 – Troubles de la personnalité – traits secondaires	207
4.14	Le personnel infirmier / Objet de pouvoir	314
4.15	Le personnel infirmier / Sujet de pouvoir	332

DÉDICACE

Ce travail intensif recherche a été assombri le 7 août 1998 par le décès tragique de ma sœur, Nancy, à qui je désire dédier cette thèse de doctorat. Je désire aussi partager cette dédicace avec ceux qui vivent toujours avec la trace de son absence, mes parents, Louise et Norbert.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche est la résultante d'un véritable travail d'équipe en l'absence duquel l'achèvement de cette thèse aurait été beaucoup plus long et fastidieux. Ainsi, je désire remercier sincèrement certaines personnes et groupes de personnes qui ont permis la production de cette thèse de doctorat dans un délai raisonnable. D'abord, je me dois de souligner la générosité des infirmières, des infirmiers et des agents de correction rencontrés dans le cadre de cette recherche. La transparence de leur témoignage, leur spontanéité, leur volonté de partager leur vécu et la confiance qu'ils ont manifesté à mon égard ont d'ailleurs été garants de la richesse des découvertes engendrées par cette thèse. Sans leur participation active au processus de recherche jamais cette dernière n'aurait pu suivre son cours. Dans le même souffle je désire remercier de manière particulière le comité de gestion du C.P.C. pour avoir donné son accord à la réalisation de cette recherche et pour son support logistique continu. Un merci tout particulier au service des soins infirmiers.

J'ai aussi eu la chance d'être accompagné tout au long de ma démarche par mes deux directeurs de recherche, messieurs Michel Perreault et Bruno Théorêt. Je les remercie de tout coeur pour la confiance qu'il m'ont accordé, pour leur support inconditionnel, pour la justesse de leurs critiques et pour la rigueur scientifique qu'il m'ont transmis. J'en retire non seulement une riche expérience d'apprentissage du processus de recherche mais aussi un idéal à atteindre dans leurs qualités exceptionnelles de pédagogue et de chercheur. Bruno je te remercie pour ton indéfectible patience lors de mes périodes d'angoisse. Merci aussi à Daniel Côté pour le travail de révision et d'édition minutieux de cette thèse. Enfin, merci aussi à Jocelyne LeBlanc pour ses judicieuses remarques lors de la dernière version de la thèse.

Ma reconnaissance s'étend aussi aux organismes suivants qui, par leur contribution financière, m'ont permis de terminer diligemment ce travail de recherche dans les délais prescrits. Mes remerciements les plus sincères vont au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada ainsi qu'à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Cette thèse n'aurait pu être possible sans l'appui inconditionnel de mon conjoint, Charles, qui a su m'accompagner tout au long de ma démarche et qui a cru en ce projet. Dans la même foulée, je remercie mes parents, Louise et Norbert, pour leur appui et encouragement, et surtout pour les qualités de persévérance et de rigueur au travail qu'ils ont su m'inculquer dès mon jeune âge et qui m'ont permis d'atteindre cet objectif.

Enfin, je suis redevable à tous mes amis et collègues de travail qui m'ont supporté tout au long de cette aventure. Je remercie tout particulièrement : Alain, Andrée, Denise, Diane, Gisèle, Jocelyne, Julie, Marie-Odile, Meryn, Philippe, Pierrette, Raymonde, Suzanne et enfin, Gratienne Lamarche et Marc Lasnier, deux mentors indispensables qui m'ont appris ce que soigner signifiait et qui ont influencé pour toujours ma pratique professionnelle.

INTRODUCTION

Les soins infirmiers en psychiatrie légale constituent une « surspécialité » des soins infirmiers psychiatriques (American Nurses Association 1997; International Association of Forensic Nurses, 1999; Lynch, 1993, 1996; Peternelj-Taylor & Johnson, 1995). Ils sont reconnus comme tels depuis déjà quelques années et on remarque un intérêt sans cesse croissant pour ce nouveau champ de la pratique infirmière (Gunn, 1986; Lynch, 1993; Martin, 2001; Taylor, 1988). La psychiatrie légale fait figure de surspécialité dans la mesure où elle constitue une extension des soins psychiatriques et de santé mentale qui, à eux seuls, (les soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale) renvoient à une spécialité en sciences infirmières (Doyle, 1998; Lynch, 1993). Le domaine d'expertise des soins infirmiers en psychiatrie légale comprend toutes les interfaces entre la criminologie, le droit, la sociologie pénale, la psychiatrie ainsi que les soins infirmiers psychiatriques ou de santé mentale, (Gunn, 1986; IAFN, 1999). Ce domaine fait partie d'une spécialité infirmière mieux connue sous le vocable anglophone de « Forensic Nursing ». Selon l'International Association of Forensic Nurses (IAFN, 1999, p.3)

Forensic Nursing is the application of the forensic aspects of health care combined with the bio-psychosocial education of the registered nurse in the scientific investigation and treatment of trauma, and / or death of victims and perpetrators of violence, criminal activity, and traumatic accidents. The forensic nurse provides direct services to individual clients, consultation services to nursing, medical, and law related agencies, as well as providing expert testimony in areas dealing with questioned death investigative processes, adequacy of services delivery, and specialized diagnoses of specific conditions as related to nursing. Forensic Nursing includes: Clinical Forensic Nurse Specialists, Trauma or Critical Care Nurses, Sexual Assault Nurse Examiners, Legal Nurse Consultants, Nurse Educators and Researchers, Forensic Psychiatric Nurses, Correctional Nurses, Pediatric Nurses (child abuse / neglect), Forensic Gerontology Nurses, Nurse Attorneys, and any nurse specializing in the application of clinical or community-based nursing practice involving victims of crime and / or catastrophic accidents.

Selon Mason et Mercer (1998), l'émergence de la psychiatrie légale dans le vaste champ de la psychiatrie est récente. Mais l'expansion continue de la psychiatrie légale, parallèlement à la médicalisation de la criminalité, oblige les professionnels qui s'y sont investis à assumer des fonctions relatives à la fois au contrôle social et aux soins. Dès lors, les infirmières qui exercent au cœur des dispositifs psychiatrique et

pénal s'arriment à un réseau complexe de relations de pouvoir où elle assument certaines fonctions qui contribuent au maintien de l'ordre social. La pratique infirmière en psychiatrie légale est colorée par des dimensions qui lui sont propres et qui débordent de la définition usuelle du soin infirmier. En effet, Burnard (1992) soutient que : « the forensic nurse is forced to consider illness, crime, morality, treatment, containment and possibly punishment » (p. 139).

La pratique actuelle du personnel infirmier exerçant en « Forensic Psychiatric Nursing » dérive directement de la psychiatrie légale dont la naissance remonte au début du 19^{ième} siècle, époque à laquelle l'expertise psychiatrique s'introduit dans le champ du droit (Foucault, 1978). C'est aussi à cette époque de l'histoire européenne que la « psychiatrie criminelle » s'est « inaugurée par une pathologie du monstrueux » (Foucault, 1994a, p. 447). Les psychiatres avaient le mandat d'expliquer scientifiquement des crimes violents, qui provoquaient l'indignation populaire. Par exemple, le concept de « monomanie homicide » s'est progressivement imposé dans le jargon psychiatrique puis légal du temps, permettant aux psychiatres d'alors d'assurer leur juridiction dans le domaine du droit. Si, entre le 19^{ième} et le 20^{ième} siècles, apparaît un concept comme celui de la « monomanie homicide » dans le libellé des sentences criminelles, c'est, selon Foucault (1994a), parce que les autorités politiques reconnaissent aux médecins psychiatres une juridiction sociale et un pouvoir normatif en droit criminel. Cette reconnaissance officielle de l'expertise psychiatrique au plan légal consolidait l'autorité de la médecine sur l'ensemble du corps social. Dès lors, les médecins psychiatres devenaient de puissants agents de l'hygiène publique (Foucault, 1988). Ainsi, la psychiatrie légale née dans la mouvance de crimes crapuleux commis entre 1800 et 1835 en Europe, a progressivement élargi son champ d'interventions. Elle a gagné du terrain : la prise en charge du monstre d'autrefois a été remplacée par la prise en charge du tueur en série, du délinquant sexuel et du voleur par exemple. Ce dernier pourra lui aussi se voir imposer une sentence de traitement psychiatrique.

C'est dans cette perspective historique et dans les termes d'une lutte politique (puisque divers pouvoirs se partagent et se disputent le corps social) qu'émergea la psychiatrie légale comme surspécialité médicale puis tout récemment comme surspécialité en sciences infirmières. Ainsi, il n'est pas étonnant de constater, comme le démontre notre recherche, que le rôle du personnel infirmier exerçant dans le domaine de la psychiatrie pénitentiaire s'inscrit au coeur d'un paradoxe impliquant le contrôle social et le soin infirmier. Au carrefour de ces deux impératifs, d'un rôle bicéphale, le

pouvoir apparaît comme une pièce maîtresse dans l'articulation du contrôle social et du soin infirmier psychiatrique. Comme le mentionnent Mercer et Mason (1998) : « to understand the political dynamic that currently frames forensic nursing practice a new, and deeper, level of analysis is required; one that captures the nature and operation of power » (p. 23).

Parce qu'elle entretient des rapports étroits et obligés (étant donné la complexité de son objet) avec un ensemble de disciplines, et qu'elle constitue une surspécialité, la psychiatrie légale nécessite qu'on étudie les phénomènes complexes qui s'y rattachent en utilisant une approche éclectique, où les savoirs de différentes disciplines sont interpellés (Burrow, 1998; IAFN, 1999; Lynch, 1993; Mason & Mercer, 1998).

Les sites d'exercice professionnel des infirmières en psychiatrie légale sont nombreux. On compte parmi ceux-ci : les milieux psychiatriques correctionnels, les hôpitaux psychiatriques à sécurité élevée, certaines unités de soins fermés (à l'intérieur d'hôpitaux psychiatriques) et enfin, les cliniques communautaires de psychiatrie légale. Si les environnements de travail sont diversifiés, la clientèle desservie l'est tout autant. Comprenant à la fois les agresseurs et les victimes, ainsi que leur famille respective, cette clientèle est par conséquent constituée de populations adultes, adolescentes et infantiles (IAFN, 1999).

Dans le cadre de cette recherche, nous tenterons de décrire l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Ce faisant, nous aborderons du même coup, les conditions de possibilités de l'exercice infirmier dans ce contexte psychiatrique pénitentiaire.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1 Problématique de recherche

Selon Ferguson (1988), juriste canadien, le détenu a droit aux soins de santé et cela fait partie du droit à la sécurité de sa personne. En s'appuyant sur l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés de la personne qui stipule que « chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne », l'auteur soutient que le détenu peut refuser un traitement offert et que conséquemment, à l'inverse, il a droit d'être traité comme toute autre personne. C'est dans ce même ordre d'idées qu'un jugement rendu par un tribunal américain ordonnait à un établissement correctionnel de l'État de Pennsylvanie de fournir à la population carcérale des services psychiatriques (Preate, Halloran, & Knorr, 1990). Quoiqu'ils puissent avoir droit aux traitements, les détenus canadiens font face à une réalité qui ne concorde pas toujours avec les principes énoncés publiquement. En effet, Ryan (1983) souligne que les programmes offerts dans les pénitenciers canadiens sont plutôt considérés comme des privilèges et non des droits et peuvent être retirés à un détenu pour divers motifs. À cet égard l'auteur indique les lacunes au plan juridique dans les prisons canadiennes :

Inmates may be placed in and removed from any degree of security and segregation in any institution. Within an institution they may be placed in or denied any program by decisions in which they are not entitled to take part... In practice, if being considered for transfer to a special handling unit, they may be notified but will not be given a voice in the decision (Ryan, 1983, p. 111).

Au Canada, les services psychiatriques furent introduits dans les pénitenciers en 1947. Faisant partie de la réforme d'après-guerre, la mise en place de tels services était vouée à corriger une situation qui « laissait à désirer depuis plus de cent ans » (Solliciteur Général du Canada, 1972, p. 5).

En août 1971, le gouvernement canadien confiait le mandat à un groupe de psychiatres-experts d'évaluer les services psychiatriques dans les pénitenciers canadiens et de formuler des recommandations en vue d'améliorer ces services. Près d'un an plus tard, le comité consultatif déposait son rapport au Solliciteur Général de l'époque, l'Honorable Warren Allmand (Solliciteur Général du Canada, 1972). Ce rapport majeur allait entraîner une reconfiguration complète des services psychiatriques et de santé mentale en milieu pénitentiaire canadien. L'accessibilité à des services de santé

mentale était dès lors assurée pour l'ensemble de la population carcérale (SGC, 1972). Les Directives du Commissaire ordonnaient aux pénitenciers canadiens de fournir des services en santé mentale pour les détenus des cinq régions administratives. Toutefois, en pratique, ces directives n'ont pas force de loi ou de règlements et, conséquemment, ne confèrent pas aux détenus des droits juridiques en regard de services en soins psychiatriques, par exemple.

Par ailleurs, trois études canadiennes évaluant l'incidence des troubles psychiatriques en milieu carcéral concluent qu'entre 20% et 25% des détenus souffriront, en cours de sentence, de problèmes de santé mentale divers (Pernelj-Taylor & Johnson, 1995; Roth, 1986; Wormith & Borzecki, 1985). Les conclusions d'une autre recherche, réalisée cette fois en Angleterre, estimaient que plus de 39 % des individus incarcérés (hommes, femmes, adolescents) souffraient de troubles mentaux divers, incluant des affections psychiatriques mixtes (Gunn, Maden, & Swinton, 1990). Ces sources établissent statistiquement l'incidence de la morbidité psychiatrique en milieu carcéral et justifient hors de tout doute la nécessité de dispenser des soins psychiatriques aux détenus (Senior, 1998). Déjà en 1974, aux États-Unis, les soins de santé mentale étaient reconnus comme étant des plus nécessaires en milieu carcéral. Pourtant, un article paru dans l'*American Medical News* (1974) affirmait que les soins psychiatriques étaient ceux qui suscitaient le moins d'attention de la part des travailleurs et des administrateurs de prisons. Puisque la justification du soin psychiatrique dans les milieux correctionnels semble sans équivoque, voilà probablement pourquoi a été créé au Canada, comme dans certains pays d'Europe, un certain nombre (cinq) d'unités régionales de soins psychiatriques dans quelques établissements de détention fédéraux (Hodgins, 1988; Lamothe, 1988).

Le personnel infirmier exerçant dans ces unités de soins psychiatriques a la responsabilité de soigner une clientèle vulnérable (détenu-psychiatisé) dans un environnement de soins particulier et extrême (unité de psychiatrie carcérale). Il faut sans doute rappeler que la condition clinique de cette clientèle est souvent très précaire et que celle-ci souffre de troubles mentaux aigus, auxquels viennent se juxtaposer des troubles « sévères » de la personnalité (Hodgins, 1988); c'est-à-dire des troubles psychiatriques mixtes.

Étant donné la forte incidence (et on se fie uniquement aux diagnostics) des affections psychiatriques en milieu correctionnel, les professionnels en soins psychiatriques et de santé mentale se sont petit à petit taillés une place dans l'enceinte

carcérale des pays industrialisés. Or, les écrits consultés mentionnent que le personnel infirmier exerçant sa profession en milieu correctionnel ou de psychiatrie légale est confronté à deux mandats socioprofessionnels qui apparaissent contradictoires (Mason & Mercer, 1998; Willmott, 1997) ou qui semblent s'exclure mutuellement. En effet, ce personnel infirmier, comme celui travaillant en milieux sécuritaires, doit simultanément contrôler et soigner un ensemble de bénéficiaires (Burrow, 1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b, 1998; Martin, 2001). C'est dire qu'il doit dispenser des soins psychiatriques à une clientèle criminalisée, en observant les principes éthiques et déontologiques qui guident sa pratique professionnelle, tout en protégeant (et on réfère ici au mandat d'agent de la paix) le corps social (Mason & Mercer, 1998). Quelques auteurs, américains et britanniques surtout, ont abordé cette question dans un cadre similaire (hôpitaux psychiatriques à sécurité maximale, prisons, etc.), et font également état des difficultés rencontrées par le personnel infirmier travaillant en milieu sécuritaire ou de psychiatrie légale (Alexander-Rodriguez, 1983; Burrow, 1991a, 1998; Mason & Mercer, 1998; Niskala, 1986, 1987; Peternelj-Taylor & Johnson, 1995; Rae, 1993; Reeder & Meldman, 1991; Robinson & reed, 1996; Senior, 1998; Willmott, 1997).

Il est largement signalé dans ces publications que la routine, les procédures, les protocoles institutionnels de même que les règles sécuritaires compliquent la dispensation des soins (Goyert, 1991). Soulignons toutefois que les conclusions de ces écrits rapportent davantage une réflexion des auteurs sur ces sujets, que des résultats de recherches empiriques. Il appert que le double rôle, d'agent de soin et d'agent de la paix, assumé par le personnel infirmier en psychiatrie carcérale, n'ait pas été suffisamment documenté ou fait l'objet de recherches précises (Senior, 1998; Willmott, 1997). On ignore donc la « réalité » des infirmières et des infirmiers oeuvrant en milieu psychiatrique carcéral canadien. On ne sait comment ils concilient les fonctions relatives aux soins avec les fonctions relatives à la sécurité dans ce type d'établissement. Dès lors, il est possible d'affirmer que les « infirmières et infirmiers autorisés en santé mentale / agent(e)s de la paix » (suivant le libellé de l'employeur – statut socioprofessionnel du personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique correctionnel fédéral canadien –) constituent un groupe socioprofessionnel dont l'exercice professionnel au quotidien demeure inconnu.

Certes, ce personnel infirmier a pour mandat de soigner une clientèle particulière et vulnérable. Cependant, son environnement de travail, « l'asile-en-prison » qu'est l'unité de psychiatrie pénitentiaire, illustre en soi son statut socioprofessionnel bicéphale:

le personnel infirmier exerçant en psychiatrie pénitentiaire est à la fois agent de la paix et soignant. Comme le font remarquer Mason et Mercer (1998) « nursing staff in the penal system are embroiled in the duality of psychiatric disorder and social order » (p. 8).

Par ailleurs, d'autres auteurs (Dhondea, 1995; Phillips & Caplan, 1994; Rae, 1993; Reeder & Meldman, 1991) signalent que le personnel infirmier exerçant dans les milieux de psychiatrie légale maintient une distance émotionnelle avec la clientèle. Cette distance serait encouragée dans les institutions « totales » (l'expression est de Goffman) comme la prison (Goffman, [1968] 1998; Lemire, 1990). Goffman ([1968] 1998) soutient que toute institution procure à ceux qui en font partie un univers propre qui tend à les envelopper, dans la mesure où leur quotidien est minutieusement réglé. Mais certaines institutions, plus que d'autres, exagèrent cette fonction « enveloppante » à un degré « incomparablement plus contraignant ». Le caractère enveloppant des « institutions totales » est clairement signifié par des obstacles matériels qui dressent une barrière entre le monde extérieur et l'institution. À cet égard, Goffman ([1968] 1998) donne en exemple les portes verrouillées, les hauts murs, les barbelés, les falaises, les champs, les forêts et les étendues d'eau. Si la prison, comme « institution totale », impose des obstacles aux échanges sociaux avec l'extérieur, elle serait susceptible de faire de même à l'intérieur des murs. Dans l'univers carcéral, on souligne en effet que plus la distance interpersonnelle entre les détenus et le personnel des prisons est importante, mieux s'appliquera la punition (Horwitz, 1990).

La mission de la prison étant de châtier (Lamothe, 1988), il est donc permis de se questionner sur la place et la forme du soin à l'intérieur des établissements correctionnels. En prison, les infirmières et les infirmiers ne sont pas seulement des professionnels qui offrent un service aux détenus, mais aussi des agents à qui l'on doit obéissance. En s'intégrant possiblement à une culture de contrôle, résultat d'une certaine assimilation (Bear, 1995), le personnel infirmier s'expose à un conflit de valeurs et de rôles (Mason & Mercer, 1998; Niskala, 1986, 1987). Ce conflit de rôles est décrit dans certains articles américains, australiens et britanniques traitant de psychiatrie légale (Alexander-Rodriguez, 1983; Burrow, 1991a; Gibson, 1986; Martin, 2001; Mason & Mercer, 1998; Niskala, 1986, 1987; Rae, 1993; Senior, 1998; Willmott, 1997). Entre autres, Reeder et Meldman (1991) soutiennent que les impératifs de sécurité et les soins sont perçus, dans les environnements hautement sécuritaires ou « totaux », comme deux forces antagonistes. « Forensic clinics are nonetheless places of

confinement; a terrain in which the values of custody, detention and imprisonment are interposed with those of care, consideration and compassion » (Mason & Mercer, 1998, p. 2). Le personnel infirmier qui exerce dans ce type de milieu oscillerait continuellement entre les fonctions reliées au contrôle et celles reliées au soin et se voit donc confronté « to the therapy vs custody dilemma » (Martin, 2001; Rae, 1993; Willmott, 1997). Selon certains auteurs, ceci aurait des conséquences importantes au plan de la prestation du soin (Alexander-Rodriguez, 1983, Martin, 2001; Mason & Mercer, 1998; Senior, 1998, Willmott, 1997). À cet égard, Alexander-Rodriguez (1983), dans un article largement cité, indique que les infirmières qui travaillent dans des milieux sécuritaires sont susceptibles d'abandonner les « idéaux » et certaines valeurs fondamentales de la discipline infirmière pour les remplacer par des valeurs et des comportements autoritaires, étant donné la primauté de la sécurité dans de tels milieux de soins (Sheilds & de Moya, 1997). En revanche, Willmott (1997) affirme que « nursing in prison setting requires adjusting one's responsibilities and expectations without letting go of professional values and attitudes » (p. 355). Le fonctionnement pénitentiaire impose donc, selon cette auteure, un certain degré d'ajustement puisque la prison diffère sensiblement du milieu hospitalier général.

Cependant, Goffman ([1968] 1998) note les similitudes entre l'hôpital psychiatrique (asile), la prison, le couvent, le cantonnement militaire et le camp de concentration. Asiles et prisons s'équivalent suivant les critères énoncés par Goffman ([1968] 1998) en ce qui a trait aux institutions « totales ». Dans les deux cas, il s'agit de milieux de garde où séjournent pour un temps relativement long un nombre important de personnes. On sait aussi que les institutions « totales » (armée, asile, couvents, prison, etc.) prennent en charge tous les aspects de la vie quotidienne de ceux qui y vivent et y travaillent (Goffman, [1968] 1998) et imposent une discipline constante visant, chez le détenu, le « fou », ou tout autre résident de l'institution « totale » un rapport de « docilité-utilité » (Foucault, [1975] 1995). C'est cette discipline qui, selon Foucault, majore les forces du corps et rend ce dernier domestiqué, entraîné et utile. La discipline intensifierait les forces du corps et amplifierait ses capacités, mais du même coup, contraindrait ces forces à un « rapport de sujétion stricte ». Elle fabrique des individus utiles et obéissants (par exemple de bons citoyens respectueux des lois et capables de pourvoir à leurs besoins).

Dans ces types d'environnement « totaux », comme l'asile et la prison, gardiens et gardés forment un couple indissociable (Foucault [1972] 1996, [1975] 1995; Goffman,

[1968] 1998) et entretiennent, l'un à l'égard de l'autre, une image hostile et étroite (Goffman, [1968] 1998). Soulignons que le personnel infirmier exerçant en milieu de psychiatrie pénitentiaire est en interaction continue avec l'environnement de l'institution « totale ». Selon Goffman ([1968] 1998), ce milieu de travail imprègne les relations soignant-soigné de méfiance et de négativisme. Les rapports entre les mondes parallèles du personnel et des résidents / détenus sont souvent utilitaires et marqués par des rapports autoritaires unidirectionnels (personnel vers « reclus ») (Goffman, [1968] 1998; Lemire, 1990). Dès lors, il est difficile d'imaginer l'établissement d'un lien de confiance entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé alors que les modalités et les règles du système pénitentiaire imposent entre le personnel et les « reclus » des rapports d'autorité, de force, de pouvoir et de discipline (Goffman, [1968] 1998; Foucault, [1975] 1995). Senior (1998) précise à cet égard : « the idea of engaging in a meaningful and enabling relationship is directly juxtaposed with the fact that staff are charged with the safe custody and obedience to regulation of the inmates » (p. 235).

Depuis plusieurs années, différents intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale se sont questionnés sur la possibilité de soigner dans un environnement initialement destiné à la punition (Wright, 1980). Selon plusieurs auteurs, dont Castel ([1968] 1998), il n'y a pas de rôle plus pathétiquement contradictoire que de se voir investi de la double tâche de représentant de l'institution « totale » et de thérapeute. Selon Mercer et Mason (1998), le rôle hybride de l'infirmière exerçant en psychiatrie légale doit être compris comme le résultat de transformations historiques successives dans la manière de gérer la folie qui, à un moment donné dans l'histoire, constituait une menace à l'ordre social.

La problématique de notre recherche porte sur les activités du personnel infirmier, activités s'inscrivant dans la double tâche que nous avons exposée, dans les rapports aux détenus-psychiatrisés et au personnel de l'institution et enfin, dans l'environnement carcéral et les organisations concrètes qui donnent forme au « carcéral ». Bien que les publications recensées puissent nous éclairer en regard de la problématique exposée, l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire canadien n'a fait l'objet, à notre connaissance, d'aucune recherche empirique contemporaine. Il nous semble important de décrire et comprendre les mécanismes impliqués dans un tel exercice professionnel dans un contexte psychiatrique pénitentiaire. Nous croyons que l'étude de ce phénomène d'intérêt constitue une étape fondamentale dans la compréhension du quotidien du personnel infirmier exerçant dans

un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Pour Senior (1998), l'exploration et la compréhension de cette problématique est d'une importance vitale pour les sciences infirmières, « because of the nature of interpersonal interactions within a custodial setting » (p. 235). L'auteure ajoute aussi :

This current situation raises the question of how it may be possible, within a penal establishment, to provide mental health care which is appropriate in both quality and quantity; respectful of an individual's rights to make informed and free choices about their receipt of care; and aimed specifically at the well-being of the prisoner-patient, not the demands of the institution (Senior, 1998, p. 235).

La pertinence de cette problématique pour une discipline professionnelle investie d'un mandat social comme celle des sciences infirmières ne fait aucun doute. Nous sommes aussi d'avis que seule une recherche menée en bonne et due forme en sol canadien pourrait témoigner de la réalité de ce groupe d'infirmières et d'infirmiers exerçant en milieu pénitentiaire canadien. Il serait discutable que la réalité des infirmières en milieux psychiatriques correctionnels canadiens puisse être, *de facto*, assimilée aux écrits et commentaires d'auteurs américains, australiens, britanniques et français. D'abord, parce que ces recherches n'explorent pas directement l'exercice infirmier psychiatrique en milieu pénitentiaire et que les politiques de ces pays en matière de santé mentale diffèrent. Il s'agit d'étudier, distinguer, décrire, comparer, définir, identifier les causes et les conséquences et organiser la représentation dans un cadre argumentatif les possibilités de réalisation de l'exercice professionnel du personnel infirmier, à savoir le soin psychiatrique. Il s'agit aussi de décrire les valeurs et les conflits qui sous-tendent l'exercice infirmier dans un milieu extrême qu'est le pénitencier. Voilà ainsi désigné « l'objet » central de notre problématique de recherche qui sera scruté sous l'angle des conditions particulières et dichotomiques présidant à la dispensation du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire.

1.2 But de la recherche

Notre projet de recherche se situe donc au carrefour de deux champs disciplinaires bien circonscrits mais autonomes : celui des soins infirmiers et de la criminologie. Notre étude vise à décrire et à situer la pratique infirmière en relation avec les soins psychiatriques et de santé mentale offerts à une population vulnérable, les détenus-psychiatisés, dans un milieu de soins psychiatriques particulier et extrême, l'unité de psychiatrie pénitentiaire.

1.3 Question de recherche

Comment le personnel infirmier défini ici, tant comme soignant qu'agent de la paix, et travaillant dans un milieu se trouvant à l'intersection de deux types d'institutions « totales » (l'asile et la prison) articule-t-il les fonctions relatives aux soins infirmiers psychiatriques avec celles du contrôle social ?

1.4 Position épistémologique

Notre position épistémologique résulte d'un travail réflexif continu qui s'est amorcé dès le début de ce projet de recherche doctorale. Cette position s'est transformée à mesure que la phase terrain de l'investigation avançait. En effet, la phase empirique de la recherche nous obligea à bonifier notre position initiale en incluant une perspective qui corresponde plus étroitement à ce que vit le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique pénitentiaire.

Le chercheur ayant lui-même oeuvré pendant plusieurs années dans un milieu de psychiatrie légale, il a été exposé, sur une base quotidienne, à la fonction hybride assumée par le personnel infirmier ici à l'étude. Cette double fonction renvoie à la prestation des soins infirmiers psychiatriques de même qu'au maintien d'un environnement sécuritaire et de contrôle. Cet intérêt pour la problématique énoncée nous a permis d'apprécier dans quelle mesure le pouvoir est un concept central dans l'exercice infirmier en psychiatrie légale. Différentes observations faites par le chercheur dans le cadre de sa pratique professionnelle antérieure ont ainsi influencé l'articulation de la problématique, l'orientation de la position épistémologique, le choix des thèmes de la recension des écrits et de la méthodologie privilégiée, la collecte des données et enfin, l'interprétation de celles-ci. Par ailleurs, la pratique professionnelle des infirmières en psychiatrie légale étant complexe, une recherche dans ce domaine se doit, à notre avis, de respecter cette complexité.

1.4.1 La complexité de l'entreprise

Cette recherche est complexe et, à cet égard, représente un défi de taille si l'on choisit de l'appréhender en prenant en compte l'interdépendance de tous ses aspects, plutôt que de morceler ceux-ci en unités indépendantes. Cette deuxième option, qui en fait réduirait le phénomène et aurait sans doute simplifié notre analyse, ne répond pas aux motivations initiales de notre entreprise. Au contraire, nous souhaitons rendre compte de la complexité de la problématique étudiée et des résultats de recherche qui l'accompagnent. Par conséquent, nous avons tenté de démontrer les articulations de

cette complexité, articulations qui seraient morcelées si nous nous étions bornés à étudier cette pratique particulière à l'intérieur d'un champ de connaissances unique.

Pour étudier un phénomène multidimensionnel de cette envergure, notre approche se devait d'être multidisciplinaire et « éclectique » mais non moins rigoureuse. Pour respecter cette complexité, il ne s'agit pas de décrire toutes les informations relatives au phénomène, mais plutôt de respecter ses diverses dimensions (Morin, 1990). Comme cela a été spécifié dès le départ, la psychiatrie légale est un champ d'exercice professionnel partageant de nombreuses interfaces avec d'autres disciplines, que celles-ci soient académiques (criminologie, philosophie, sociologie, etc) ou professionnelles (droit, psychiatrie, etc.) .

D'autre part, cette recherche s'inscrit dans une vision du monde bien spécifique où les aspects reliés au pouvoir sont cruciaux. Jusqu'ici, les aspects politiques du soin infirmier ont été très peu étudiés par les chercheurs en sciences infirmières si ce n'est que pour souligner l'absence de pouvoir du personnel infirmier dans différents milieux de soins (McCormick, 1997). Notre recherche s'inscrit donc dans un paradigme de recherche précis qu'il convient de décrire de manière explicite.

1.4.2 Paradigme de recherche

L'histoire du développement des connaissances ne suivrait pas la trajectoire rectiligne et exponentielle telle que la concevaient les Modernes, à la suite de Descartes, pour qui l'idée du progrès était entendue comme une finalité désirable et positive (Foucault, 1997). L'histoire du développement des connaissances serait plutôt caractérisée par ce que Kuhn (1983) appelle des révolutions. Il y a révolution, donc discontinuité et rupture. Le développement du savoir scientifique ne suit donc pas une ligne prédéterminée d'avance où l'on tend vers une absolue vérité ou un progrès assuré; on passe d'un paradigme à un autre sans que le paradigme suivant ne soit nécessairement la continuité du précédent.

Pour Kuhn (1983) le paradigme est un cadre conceptuel très général, reflétant un ensemble de croyances et de valeurs reconnues par une communauté scientifique et partagées par les membres de cette communauté.

Foucault (1994a) emploie plutôt le concept d'*épistémè* qu'il définit comme :

Le dispositif stratégique qui permet de trier parmi tous les énoncés possibles ceux qui vont pouvoir être acceptables à l'intérieur, je ne dis pas d'une théorie scientifique, mais d'un champ de scientificité, et dont on pourra dire : celui-ci est vrai ou faux. C'est le dispositif qui permet de séparer, non pas le vrai du faux, mais l'inqualifiable

scientifiquement du qualifiable (p. 301).

Foucault énonce l'idée d'une discontinuité entre les différentes épistémès, comme Kuhn avance la notion de révolutions paradigmatiques. Au contraire d'un plan précis et d'une continuité historique, il faut repérer la singularité de l'épistémè (Billouet, 1999). Ainsi le paradigme (tout comme l'épistémè) est un mode de rationalité organisée qui doit être contextualisé historiquement (Crozier & Friedberg, 1977). Par conséquent, le paradigme est une construction humaine sur laquelle « un groupe de personnes enracent leurs croyances en ce qu'ils font, et si oui ou non ce qu'ils font est digne de foi, valide et fiable » (Levy, 1994, p. 95). Toutes les époques de l'histoire sont caractérisées par des forces qui construisent leur épistémè. « Ainsi la vie, la nature de l'homme ne sont pas des domaines neutres, offerts passivement à la curiosité » (Billouet, 1999, p. 65). Kuhn (1983) tout comme Foucault (1997) réfute l'idée que la science (quelle qu'en soit la forme) puisse s'être développée dans l'affirmation progressive, continue et rationnelle, dévoilant avec toujours plus de succès les mystères de la nature (Gros, 1996).

Ceci étant dit, Guba et Lincoln (1998) ont identifié quatre paradigmes de recherches contemporains et distincts, à savoir : le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique (critical theory) et, enfin, le constructivisme.

Au plan paradigmatique, notre projet doit être situé dans un courant de pensée critique. Selon Guba & Lincoln (1998), le paradigme de la théorie critique (dont la définition diffère grandement de celle de l'École de Francfort) inclut : le néo-marxisme, le féminisme, le postmodernisme et deux filiales de ce dernier le poststructuralisme et le postcolonialisme. Au plan ontologique, il est entendu qu'une réalité existe mais celle-ci est socialement construite et donc, le résultat de facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques et de genres (Guba & Lincoln, 1998). Cette réalité construite est incorporée dans les discours philosophiques, philanthropiques, idéologiques, théoriques, et scientifiques, mais aussi dans les institutions sociales existantes à une époque donnée, comme par exemple l'hôpital psychiatrique et la prison. Dès lors, cette construction sociale, produit d'une réalité historique, doit être contextualisée dans une période bien définie.

Au plan strictement épistémologique, les différents courants de pensée qui ont été regroupés sous la bannière de la théorie critique partagent les mêmes attributs. Le chercheur n'est pas en relation de complète extériorité avec son objet d'étude. En fait, le

chercheur est plutôt en étroite communication avec l'objet de la recherche et, par le fait même ses valeurs, sa position paradigmatique de même que ses préférences théoriques influencent inévitablement le cours de sa recherche (Guba & Lincoln, 1998). Il s'agit ici de comprendre que le chercheur n'est pas étranger à son objet de recherche et que le déroulement de celle-ci est influencé par ses propres présupposés, que ceux-ci soient reconnus ou non dès le départ (Deslauriers & Kérésit, 1997; Guba & Lincoln, 1998). À cet égard, il est largement rapporté dans les écrits que le chercheur en recherche qualitative, plus spécifiquement celles qui impliquent un travail empirique sur le terrain, est lui-même un instrument de recherche essentiel (Aamodt, 1982; Deslauriers & Kérésit, 1997; Hammersley & Atkinson, 1995; Lipson, 1991).

Située dans le paradigme de la théorie critique, tel que défini par Guba et Lincoln (1998), notre recherche effectuée en milieu psychiatrique pénitentiaire s'inscrit par ailleurs dans une perspective « post » (moderne, structuraliste). Ce courant « post » influence, depuis peu de temps, les recherches et les réflexions publiées en sciences infirmières.

1.4.3 « Postmodernité » et sciences infirmières

Depuis plusieurs années, plusieurs théoriciennes en sciences infirmières s'inspirent de la pensée Moderne et proposent des théories dites « englobantes » (Grand Theory) pour représenter et orienter le travail des infirmières (Huntington, Gilmour, & O'Connell, 1996). Ces conceptions générales en sciences infirmières devaient aussi permettre de préciser la contribution exclusive du personnel infirmier dans le domaine de la santé (George, 1995). Mais la représentation de l'exercice infirmier, prédéterminée par ces conceptions, véhicule l'idée que les relations de soins (qui sont pour nous des rapports sociaux) sont fixes et qu'elles s'inscrivent dans les espaces sociaux sans être affectées par les forces en jeu dans ces mêmes espaces. Par ailleurs, la majorité des conceptions infirmières existantes tentent de définir clairement l'environnement, considéré comme un concept central en sciences infirmières (Fawcett, 2000). Cependant, ces conceptions reconnaissent exclusivement l'importance de l'environnement à cause des impacts qu'il a sur la santé des patients. L'environnement comme dimension structurante de la nature des services infirmiers offerts n'est pas abordé par la plupart des théoriciennes en sciences infirmières. Ces conceptions « englobantes » font tout simplement abstraction du contexte précis dans lequel les rapports de soins se manifestent. Ces modèles conceptuels infirmiers ou théories infirmières prennent pour acquis que le soin infirmier se manifeste

uniformément peu importe le contexte. Ces visions idéalistes véhiculent l'illusion que seul le patient est affecté par l'environnement dans lequel il se trouve. Pas étonnant, donc, que les recherches infirmières qui tiennent compte des aspects socio-politiques du soin soient sous-représentées dans les écrits en sciences infirmières (McCormick, 1997; Meleis, 1997). Ainsi, l'effort déployé par plusieurs théoriciennes en sciences infirmières pour délimiter la substance de la discipline infirmière (Fawcett, Gortner, etc.) en créant des métadiscours, comme le métaparadigme infirmier, rend difficile l'émergence d'un discours alternatif à travers lequel les dimensions politiques des soins infirmiers émergeraient.

Afin d'étudier la problématique de recherche dont il est question ici et pour l'appréhender dans toute sa complexité, il aura fallu se déprendre de ces conceptions de la discipline infirmière, couramment rencontrées dans les écrits et qui, encore une fois, ne tiennent pas compte des aspects sociopolitiques du soin. Bref, provoquer une fracture avec le courant dominant pour ensuite amorcer librement notre travail. Ce courant dominant veut, entre autres, que les recherches en sciences infirmières soient guidées par une perspective infirmière précise (modèle conceptuel infirmier ou théorie infirmière) (Dzurec, 1995). Bref, il aura fallu libérer notre pensée, afin qu'elle puisse penser autrement (Foucault, 1978).

Penser autrement implique une distanciation par rapport à ce qui est communément admis (Chambon & Irving, 1999). Remettre en question ce qui est pris pour acquis afin de laisser émerger des discours parallèles, voilà donc l'entreprise que nous avons poursuivie. Si cette recherche est scientifique, elle est aussi politique et personnelle. S'il fallait obligatoirement identifier dans quel courant de pensée du paradigme de la théorie critique le présent travail s'inscrit, il ne fait aucun doute que ce dernier puisse être campé dans une perspective de modernité avancée. Nous entendons par modernité avancée, une hyper modernité où les procédés individualisants se multiplient (Boisvert, 1996).

Le courant dit « postmoderne » embrasse plusieurs philosophies qui toutes se sont opposées, à leur manière, à l'objectivation du savoir et des connaissances. Il est difficile de définir précisément ce qu'est le postmodernisme (Sarup, 1993). On comprend cependant que ce courant de pensée récent se caractérise par son acceptation de l'éclectisme, de la réflexivité, de l'aléa, de la fragmentation et de l'allégorie (Boisvert, 1996). « Postmodernism is a perspective or intellectual style of creating art, of theorizing, of doing science » (Reed, 1995, p. 71).

Concrètement, le penseur postmoderne réfute les lignes de conduite dictées, l'existence d'une seule vérité et l'adhésion à des manières de penser et de faire imposées par une élite et le discours qui la représente (Boisvert, 1996). Le penseur dit « postmoderne » s'objecte à la perspective linéaire de la pensée Moderne où la quête de vérités absolues, de la standardisation des savoirs, de ce que nous devons considérer comme savoirs et les modes privilégiés pour y arriver, sont importants (Fox, 1994). « Postmodernism as an intellectual movement, challenges the ideas of a single correct approach to knowledge development, of a single truth » (Uris, 1993, p. 951).

Depuis tout récemment, le concept de postmodernité a inspiré bon nombre d'auteurs en sciences infirmières avec pour effet d'amorcer un questionnement tant sur la nature de la discipline (substance) que sur la façon de développer les connaissances (syntaxe) dans celle-ci (Anderson, 2000; Barker, Jackson, & Stevenson, 1999; Brennan, 1998; Chater, 1999; Dzurec, 1995; Fahy, 1997; Fairman & D'Antonio, 1999; Francis, 2000; Hardin, 2001; Hazelton, 1999; Huntington, Gilmour, & O'Connell, 1996; Johns, 1998; Lauder, 1999; Lawler, 1999; Lister, 1991, 1997; Manias & Street, 2000; Mitchell, 1996; Pryce, 2000; Purkis, 1999; Reed, 1995; Roach, 1995; Seibold, 2000; Traynor, 1996; Watson, 1995, 1999). Le courant postmoderne en sciences infirmières s'intéresse aux phénomènes concrets et quotidiens (Fahy, 1997; Williams, 1996).

Le poststructuralisme, considéré comme une ramification du courant postmoderne, s'avère une perspective utile pour appréhender la problématique qui nous intéresse.

1.4.4 Poststructuralisme

Ayant comme source primaire la pensée nietzschéenne, le courant poststructuraliste a eu, depuis environ dix ans, un impact significatif dans plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales (Barns, Dudley, Harris, & Petersen, 1995). Le poststructuralisme est mis à profit dans des champs d'analyse comme la santé, l'éducation, les politiques sociales, de même qu'en sciences. Ce courant de pensée peut revêtir des allures apolitique tout aussi bien que politique (Barns et al., 1995). Dans ce dernier cas, le féminisme poststructuraliste de même que les théories « queer » (gais, lesbiennes et bisexuelles) en sont des exemples courants. « The poststructuralist critique...is centred around a rejection of structuralist thinking which reasserted modernist notions of truth, objectivity, and certainty » (McCormick, 1997, p. 19).

Foucault, philosophe et historien, bien qu'il ait refusé toute étiquette, manifeste une préoccupation constante en regard du langage et du discours, tout spécialement les pratiques discursives qui sont, selon lui, responsables de la construction du sujet par la superposition de « strates » discursives et la prolifération des régimes de vérité. Il soutient par ailleurs que le savoir et le pouvoir sont inextricablement liés dans les discours et que certains discours « dominants » produisent et reproduisent des effets de pouvoir (Foucault, 1980a). En effet il spécifie que les disciplines (particulièrement celles des sciences humaines) sont des discours dominants qui « produisent » des sujets (souffrants, normaux, déviants... - la liste est quasiment infinie) à partir des savoirs qu'elles développent et qu'ainsi elles créent des effets de pouvoir (Best & Kellner, 1991; McHoul & Grace, 1993; Weedon, 1997). Le coeur de la perspective foucauldienne inclut le rejet des diktats de la Modernité aussi bien que les métadiscours, spécialement celui véhiculé par les humanistes. Cette perspective témoigne aussi d'une préoccupation pour le langage et le discours, plus particulièrement les pratiques discursives qui sont impliquées dans la construction du sujet (personne) et leur implication dans la production de régimes de vérités (Danaher, Schirato, & Webb, 2000).

En résumé, on peut dire que le poststructuralisme constitue une perspective théorique qui expose les relations souvent cachées entre le langage, le sujet, l'organisation sociale et le pouvoir (Weedon, 1997). Le terme lui-même prend des formes différentes dans le domaine de la psychiatrie à travers les travaux de Derrida (1973, 1976), Foucault ([1972] 1996; [1975] 1995, [1976] 1994), Kristeva (1984) ainsi que Lacan (1977). Le poststructuralisme permet, entre autres, d'analyser en détails les relations de pouvoir tributaires des constructions discursives (Price & Cheek, 1996). Le discours doit être entendu ici, non pas seulement comme un langage parlé (oral), mais plutôt comme un corps de connaissances spécifiques (prenons les cas de la psychiatrie et de la pénologie par exemple). Au discours s'ajoutent les pratiques (non-discursives) qui sont toutes aussi importantes que celui-là. Ainsi il existe selon Foucault des pratiques discursives (le discours parlé) et des pratiques non-discursives (souvent dites pratiques tout court). Quoi qu'il en soit, le discours doit être analysé stratégiquement, c'est-à-dire non pas en terme de ce qu'il énonce mais plutôt en regard des effets qu'il a dans notre vie quotidienne (Halperin, 1995). Peu importe leurs intentions, ce sont les effets des discours qui nous intéressent. Selon Foucault (1977) le discours est :

Characterized by the delimitation of a field of objects, the definition of a legitimate perspective for the agent of knowledge, and the fixing of

norms for the elaboration of concepts and theories. Thus, each discursive practice implies a play of prescriptions that designate its exclusions and choices (p.199).

Les poststructuralistes se méfient de ce qui doit être considéré, dans une discipline ou dans une institution, comme étant la vérité ou la voie à suivre (Dzurec, 1995). Pour eux, tout est politique (Dzurec, 1989, 1995; Guba & Lincoln, 1998; Sarup, 1993; Weedon, 1997). Débusquer ce qui se cache derrière un discours ou une pratique est fondamental pour comprendre les effets de ceux-ci. La déconstruction constitue une activité analytique privilégiée par les poststructuralistes, puisqu'elle permet de mettre à jour, au plan des discours et des pratiques, une toute autre réalité que celle qui nous est présentée (Derrida, 1976; Norris, 1993, 1996; Sarup, 1993), en tant que cette réalité est socialement construite et cristallisée dans les institutions sociales.

Les effets de la déconstruction des discours dominants et prescriptifs sont, selon Watson (1995), émancipatoires et libérateurs. L'objectif des poststructuralistes est de démasquer et de lever le voile sur les pratiques discursives dominantes et d'en spécifier les effets. Pour les poststructuralistes, la « vérité » est synonyme de ce qui peut être fait, écrit, dit et pensé (McHoul & Grace, 1993). Mais la vérité, nous dira Foucault (1980b), doit être comprise comme un

System of ordered procedures for the production, regulation, distribution, circulation and operation of statements. Truth is linked in a circular relation with systems of power which produce and sustain it, and to effects of power which induces and which extend it : A « regime » of truth (p. 133).

Par conséquent, Watson (1995) et Rodgers (1997) nous invitent à remettre en question les énoncés hégémoniques en sciences infirmières, tout en étant conscients (donc sensibles politiquement) que :

Each society has its regime of truth, its « general politics » of truth : that is, the type of discourse which it accepts and makes function as true; the mechanisms and instances which enable one to distinguish true and false statements, the means by which each is sanctioned; the techniques and procedures accorded value in the acquisition of truth; the status of those who are charged with saying what counts as true (Foucault, 1980b, p. 131).

Le chercheur qui utilise une perspective poststructuraliste, et c'est précisément ce que nous avons fait, étudie un phénomène en le situant dès le départ dans un champ politique où les relations de pouvoir sont intimement liées à l'objet d'étude. Nous avons donc étudié l'exercice infirmier en contexte de psychiatrie pénitentiaire dans sa dimension politique.

Par ailleurs, la définition que propose la perspective théorique « poststructuraliste » en regard de la personne (sujet) nous semble pertinente compte tenu de la problématique de recherche soulevée. Pour les poststructuralistes, le sujet (personne) est construit par différents discours souvent oppositionnels (compétitifs) (Foucault, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d; Francis, 2000; McCormick, 1997; Weedon, 1997). Par conséquent, le sujet n'a pas d'identité fixe et précise. Contrairement à la perspective humaniste qui définit la personne comme étant consciente, unifiée et rationnelle, le courant « post » théorise le sujet (personne) comme étant un site de discontinuités et de conflits et situé au coeur de luttes politiques multiples (Weedon, 1997). Le sujet est « positionné » par les discours tout comme il se positionne lui-même dans ceux-ci. L'identité du sujet, loin d'être statique, est plutôt fluide, précaire, contradictoire, en processus de création et surtout, continuellement transformée par les discours (Shildrick, 1997).

Par exemple, le sujet peut être positionné comme étant une personne dominante dans le cadre d'un discours mais peut être à la fois positionné comme personne dominée dans le cadre d'un autre discours (Foucault, 1980c). Selon Francis (2000) « this helps to explain the ways in which an individual's power position appears to shift depending on the interactive environment » (p. 22). Ces discours véhiculés dans diverses organisations sociales, peuvent pour plusieurs entrer en compétition au sein d'une même organisation (Francis, 2000). La personne peut donc être simultanément dominante et dominée. Les discours prennent forme dans les structures et les pratiques institutionnelles et constituent une forme de pouvoir non négligeable dans la mesure où ils construisent, de manière particulière, les objets (clientèles, personnel, etc.) dont ils parlent (Foucault, 1980c).

Cette perspective théorique soutient par ailleurs que le sujet (la personne) est actif et influence le monde qui l'entoure et qu'il a la capacité de changer continuellement de visage (Weedon, 1997). Les discours produisent donc des personnes (ils définissent leur identité) et à leur tour ces personnes influencent le monde dans lequel elles vivent. Ainsi, « the self is not simply a passive recipient of socialisation, but actively constructs

and impacts upon the world » (Francis, 2000, p. 21).

L'expérience clinique du chercheur dans le domaine de la psychiatrie légale de même que la phase terrain de cette recherche ont aussi permis d'apprécier dans quelle mesure le genre constitue un élément important à considérer. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs remarqué que cette dimension est fondamentale en sciences infirmières dans la mesure où la profession infirmière est composée majoritairement de femmes (91% au Canada) et que la discrimination sur la base du sexe aurait eu des effets déterminants sur l'exercice infirmier en milieu hospitalier (Allen, 1986; Bunting & Campbell, 1990; Hugues, 1990, McCormick, 1997). Il est donc, à notre avis, essentiel de considérer les rapports sociaux de genre, dans ses interfaces avec le pouvoir, dans le cadre d'une étude qui met en scène des infirmières et des infirmiers oeuvrant au carrefour des dispositifs psychiatrique et pénal, là, justement, où le pouvoir serait omniprésent (Goffman, [1968] 1998; Foucault, [1975] 1995; Mason & Mercer, 1998, 1999).

Dans le cadre de cette recherche, une perspective poststructuraliste combinée à une perspective féministe (les données recueillies nous y ont elles-mêmes conduit) ont guidé la collecte et l'interprétation des données. L'approche féministe, tout comme le poststructuralisme, a critiqué « l'objectivité » positiviste. Leurs positions épistémologiques et ontologiques étant compatibles (Weedon, 1997; Francis, 2000), nous les considérerons toutes deux dans le cadre de cette recherche. D'une part, l'ouvrage de Weedon (1997) en grande partie soutend notre approche. D'autre part, nous acquiessons avec Francis (2000) que les sciences infirmières trouveraient profit à utiliser une perspective poststructuraliste comme cadre d'analyse théorique.

Poststructuralist discourse analysis can provide a useful tool in description or critical research in nursing and other progressive research, and can be extremely productive in deconstructing formally taken-for-granted narratives and constructions... poststructuralist theory can provide a useful analytical tool for research which seeks to examine, disrupt or deconstruct discourses in nursing and healthcare (p. 26).

Ayant discuté au préalable de la perspective poststructuraliste, nous définirons maintenant dans quel cadre féministe notre démarche s'inscrit.

1.4.5 Féminisme

Les perspectives féministes sont multiples (libérale, marxiste, radicale, culturelle, « standpoint », poststructuraliste) mais toutes partagent certaines constantes à savoir que :

- a) On reconnaît l'état de subordination des femmes et on partage le désir d'y mettre un terme;
- b) On reconnaît le rôle de premier plan joué par le pouvoir dans sa capacité de perpétuer des relations inégales entre les genres;
- c) On reconnaît qu'une vision patriarcale contribue à l'établissement de règles et de normes qui reproduisent le statu quo;
- d) On reconnaît que les multiples identités du sujet (personne) représentées par le genre, la classe sociale, l'âge, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le statut de santé physique et mentale, etc. ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres et qu'elles doivent être situées dans des contextes socio-politique, culturel et historique variés;
- e) On reconnaît que les structures sociales, politiques et économiques ont des effets qui structurent l'expérience individuelle des femmes.

(McCormick, 1997)

Tout comme les poststructuralistes, les féministes sont convaincus qu'il est impossible d'effectuer une recherche sans que celle-ci ne soit, à priori, teintée de perspectives théoriques, conceptuelles ou méthodologiques. Les chercheurs qui adhèrent à une perspective féministe croient fermement que toute recherche est politique (Allen & Wolfgram, 1988; Chinn, 1995; Wolf, 1996). Le pouvoir qui constituerait un élément central dans toute perspective féministe (Mowforth, 1999) se trouve par ailleurs au coeur de la théorie poststructuraliste. Comme nous l'avons déjà spécifié, les deux perspectives ne sont donc pas incompatibles.

1.4.6 Féminisme poststructuraliste

La perspective poststructuraliste, nous en avons discuté plus haut, offre des outils différents qui permettent d'appréhender autrement les relations de pouvoir. C'est pour cette raison que plusieurs chercheurs féministes (Clough, 1992; Davies, 1989, 1993; Francis, 2000; McCormick, 1997; Ramazanoglu, 1993; Weedon, 1997) se sont tournées vers cette perspective théorique pour étudier certains phénomènes d'intérêt. Selon Weedon (1997), le féminisme poststructuraliste est un mode de développement des connaissances libérateur et émancipatoire.

Uses poststructuralist theory of language, subjectivity, social processes and institutions to understand existing power relations and to identify areas and strategies for change. Through a concept of *discourse*, which

is seen as a structuring principle of society, in social institutions, modes of thought and individual subjectivity, feminist poststructuralism is able, in detailed, historically specific analysis, to explain the working of power on behalf of specific interests and to analyse the opportunities for resistance to it (p. 40).

Ainsi, la perspective féministe tire profit de la vision politique proposée par le poststructuralisme dans la mesure où cette vision procure une façon de conceptualiser les relations entre les discours, les institutions sociales, et les consciences individuelles tout en tenant compte de la manière dont le pouvoir s'exerce et sur les possibilités de changements (Francis, 2000; Weedon, 1997). Cette perspective considère que les représentations sociales sont le produit des pratiques discursives institutionnelles à travers lesquelles les personnes (sujets) sont construites. À cet égard, Weedon (1997) soutient que :

Social meanings are produced within social institutions and practices in which individuals, who are shaped by these institutions, are agent of change, rather than its authors, change which may either serve hegemonic interests or challenge existing power relations (p. 25).

Donc, si l'identité des personnes est construite par les différents discours institutionnels, Weedon (1997) soutient que cette identité est souvent tiraillée par des discours qui sont en opposition les uns avec les autres. Selon cette auteure, la perspective féministe poststructuraliste permet au chercheur d'apprécier dans quelle mesure « the individual is always the site of conflicting forms of subjectivities » (p. 32). Même si ces discours sont souvent contradictoires, elle ajoute que les personnes assument souvent les identités « troubles » qui sont imposées par ces discours.

The individual is both the site for a range of possible forms of subjectivity and, at any particular moment of thought or speech, a subject, subjected to the regime of meaning of a particular discourse and enabled [or forced] to act accordingly (Weedon, 1997, p. 35 [emphasis personnelle]).

Nous sommes d'avis, tout comme Meleis (1997), que la pluralité paradigmatique et méthodologique est fondamentale en sciences humaines. Il existe plusieurs approches méthodologiques possibles et ce, dépendamment de la question de recherche mais aussi de la lentille (paradigme) à travers laquelle le phénomène est

appréhendé (Guba & Lincoln, 1998). Rêver d'un paradigme unique et intégrateur serait d'ailleurs, selon Meleis (1997), dangereux et antithétique à la nature même de la science. La créativité nécessite des modes de pensée, des visions du monde, des valeurs et des outils diversifiés; les disciplines scientifiques et professionnelles se doivent de favoriser toute une gamme de traditions de recherche (Laudan, 1981). L'hégémonie d'un paradigme cantonnerait notre démarche scientifique dans certaines perspectives théoriques et méthodologiques et cela serait, à notre avis, incompatible avec la discipline infirmière qui compose au quotidien avec des réalités complexes nécessitant des approches variées. Le phénomène d'intérêt identifié dans le champ de la psychiatrie légale est multiforme et les outils choisis pour l'appréhender doivent être pluriels.

Nous croyons que la synthèse de théories émergeant de divers cadres théoriques permettra l'utilisation et le développement des savoirs (clinique, conceptuel et empirique) dans la discipline (Schultz & Meleis, 1988). C'est pourquoi nous avons choisi de privilégier une approche éclectique de développement des connaissances pour guider et supporter l'étude du phénomène complexe qui nous intéresse.

Le courant « post » considère comme étant fondamentaux les savoirs qui sont pragmatiques (Boisvert, 1996; Reed, 1995, 1996). Il n'y a pas de scission entre la recherche et la pratique. La pratique alimente la recherche et la recherche, à son tour, doit retourner à la pratique. Ce sont deux entités différenciées mais qui se rejoignent dans un dialogue constant. Les événements quotidiens sont sources de savoirs et ceux-ci constituent des phénomènes ou des problématiques qui, bien souvent, retiennent l'attention des chercheurs (Reed, 1996). Les savoirs développés à partir des phénomènes identifiés et congruents avec la substance d'une discipline sont reconduits dans le champ clinique. Pour les chercheurs qui utilisent une perspective « post », le développement des connaissances s'opère en fonction des besoins du terrain. Bref, la recherche actuelle s'effectue dans le but ultime de mieux comprendre une problématique inscrite dans une discipline professionnelle investie d'un mandat social (Boisvert, 1996). Pour eux, le mérite d'une théorie renvoie à sa capacité de servir la pratique au quotidien (Meleis, 1991; Reed, 1995). La pratique ne doit pas être considérée comme un lieu où la théorie doit s'imposer; la pratique est plutôt le site où naît la théorie. C'est dans cet esprit que ce projet doctoral s'est inscrit.

Théoriser à partir d'un phénomène précis, localisé dans un contexte bien défini, conduit vers des méthodes comme la « théorisation ancrée ». Il s'agit donc de formuler

une proposition théorique qui soit ancrée dans la substance empirique d'un milieu social déterminé (Benoliel, 1996). Cette méthode de recherche demeure pragmatique et centrée sur les phénomènes quotidiens (Annells, 1996). Cette particularité de la théorisation ancrée s'aligne avec les postulats du courant « post » en sciences infirmières valorisant une recherche critique mais pragmatique. Mais une recherche enracinée dans un milieu précis ne saurait faire fi de déterminants comme le genre, la culture, l'orientation sexuelle et la classe sociale dans les rapports de pouvoir entre les différents acteurs sociaux (Annells, 1996). Selon Strauss et Corbin (1998) la théorisation ancrée est particulièrement utile pour étudier des domaines de recherche, comme le nôtre, où le pouvoir et le genre constituent des éléments déterminants. À cet égard, ils soulignent que le chercheur doit se demander :

What is the influence of gender (for instance), or power, or social class on the phenomena under study? What is power in this situation and under specified conditions? How is it manifested, by whom, when, where, how...? Not to remain open to such a range of questions is to obstruct the discovery of important features of power *in situ* and to preclude developing its further conceptualization (p. 276).

Nous sommes donc convaincus que la méthodologie choisie pour appréhender le phénomène d'intérêt pourra non seulement respecter la complexité de ce dernier mais qu'elle est tout à fait congruente avec la position épistémologique (féministe poststructuraliste) énoncée (Annells, 1996; Guba & Lincoln, 1998; Keddy, Sims, & Stern, 1996). Le degré de congruence entre la théorisation ancrée et notre position épistémologique ne fait aucun doute comme en fait foi ce passage de Strauss et Corbin (1998) :

Researchers utilizing grounded theory have undoubtedly been much influenced by contemporary intellectual trends and movements, including ethnomethodology, feminism, political economy, and varieties of postmodernism (p. 276).

Cette affirmation d'auteurs influents au plan méthodologique nous conforte dans la légitimité de nos choix. Dès lors, nous sommes assurés que le choix méthodologique s'inscrit logiquement avec la question de recherche de même qu'avec notre position épistémologique. L'investigation proposée permet, selon nous, de nourrir la substance disciplinaire dans la mesure où le soin est au centre du phénomène appréhendé. Nous avons conceptualisé le service infirmier (mandat social), et plus précisément le soin,

dans un milieu de psychiatrie pénitentiaire. Nous avons étudié le soin dans un contexte marginal et souvent hostile à ce type de rapport à l'autre (Alexander-Rodriguez, 1983; Willmott, 1997). Nous avons tenté de révéler les formes sous lesquelles il se manifeste (ou pas) et par conséquent les conditions de possibilité de ce dernier. Le soin (ou l'absence du soin) à la personne du détenu-psychiatrisé constitue la pierre angulaire de cette recherche. Notre recherche s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique et une perspective féministe poststructuraliste s'est avérée un choix judicieux compte tenu de la question de recherche, de la méthode de recherche utilisée ainsi que de la nature des données recueillies.

Cette position épistémologique devrait avoir situé le lecteur en regard des prédispositions du chercheur (plus communément appelés biais). Nous croyons aussi que cette position épistémologique permet au chercheur de mieux saisir les relations de pouvoir ainsi que les rapports sociaux de genre qui sont apparus comme étant déterminants dans cette recherche qualitative. Nous sommes d'accord avec l'idée de Francis (2000) qui soutient que ce qui importe en sciences infirmières, c'est d'arriver à développer de nouvelles perspectives théoriques qui pourront rendre compte de la complexité de la nature des relations de pouvoir entre les personnes, en même temps que de permettre l'émergence d'effets émancipatoires pour différents groupes vulnérables. Cette auteure, qui fonde sa réflexion sur les travaux de Davies (1989, 1997) et de Sutton (1996) souligne que « poststructuralism can offer nursing researchers a framework for understanding relationships between individuals and the social world, and for conceptualising change in nursing » (Francis, 2000, p. 22).

Dans la section suivante, nous ferons état d'une recension des écrits en rapport avec des thématiques précises et qui se rapportent à la problématique de recherche que nous avons explorée.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La théorisation ancrée suppose que les concepts explicatifs émergent progressivement des phases successives de notre recherche. Par conséquent, l'adoption d'un cadre théorique préalable ne serait pas congruent avec les principes de cette méthode de recherche (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Toutefois, une brève recension des écrits est suggérée au début de l'étude afin de situer le niveau des connaissances actuel en regard de la problématique (Strauss & Corbin, 1998). Forcément, ce contact avec les écrits expose le chercheur à des orientations conceptuelles et théoriques qui serviront à accroître la sensibilité théorique de celui-ci, ce qui sera ultérieurement bénéfique lors de l'analyse des données. La recension des écrits devrait permettre au chercheur d'accentuer sa « sensibilité théorique » en regard de divers concepts relatifs à l'objet d'étude, élément essentiel lors de la collecte et lors de l'analyse des données (Strauss & Corbin, 1998). La méthode de comparaison constante, composante cruciale de la théorisation ancrée, nous obligea à nous documenter en recensant des articles scientifiques relatifs à notre objet de recherche et en cherchant des concepts susceptibles d'expliquer les données et ce, au fur et à mesure que la recherche suivait son cours. Voilà donc pourquoi certaines conceptions théoriques sont apparues comme étant nécessaires à la compréhension du phénomène à l'étude. Nous discuterons davantage des considérations méthodologiques au Chapitre suivant.

2.1 Recension des écrits

Cette brève recension des écrits s'articule autour d'un cadre minimal de référence incluant les huit concepts suivants :

- ① *Relation gardiens-gardés*
- ② *Contrôle social*
- ③ *Gouvernementalité*
- ④ *Risque*
- ⑤ *Asiles et prisons comme institutions « totales »*
- ⑥ *Soins infirmiers psychiatriques*
- ⑦ *Soins infirmiers psychiatriques en milieux correctionnels*
- ⑧ *Pouvoir*

Cependant, nos lectures en regard de ces huit thèmes n'ont pas limité notre ouverture en ce qui a trait à l'émergence de thématiques nouvelles et imprévues surgissant durant la phase empirique de cette recherche.

La recension des écrits et la définition progressive de l'objet de recherche qui y est étroitement liée ne visent pas nécessairement, en recherche qualitative, l'opérationnalisation des concepts permettant de débiter la recherche, mais plutôt la délimitation (construction) progressive de l'objet de recherche (Deslauriers & Kérisit, 1997). En regard de la recension des écrits, le chercheur qui opte pour une méthodologie qualitative adopte une attitude souple. Il importe de passer en revue les diverses contributions sur le sujet de la recherche et les thèmes qui s'y rapportent, en plus de « sonder les champs théoriques pouvant éclairer la question et les sous-questions de recherche » (Deslaurier & Kérisit, 1997, p. 93). Le chercheur s'emploie ensuite à acquérir « des connaissances topologiques; connaître l'histoire du milieu étudié, sa structure, son idéologie » (p. 93). Il importe de retenir que, s'il est primordial de connaître, il n'est pas nécessaire ici de tout connaître. Il faut utiliser les écrits sans entretenir avec eux une trop forte dépendance (Becker, 1986). La recension des écrits alimente la connaissance intime de l'objet de recherche et contribue à éclairer l'analyse des données (Deslauriers & Kérisit, 1997).

La recension des écrits est ici un acte itératif qui prend place tout au long de la recherche, lors des phases de collecte et d'analyse des données. En théorisation ancrée, le chercheur se tourne constamment vers les écrits au fur et à mesure qu'il collige les données du terrain. Il continuera donc de lire afin de se sensibiliser aux concepts existants et qui se rapprochent possiblement de ceux qu'il aura identifiés. Ce contact soutenu avec les écrits lui permettra par ailleurs de mieux définir « des catégories provisoires d'analyse et se donner des pistes d'interprétation » (Deslauriers & Kérisit, 1997, p. 107). Marshall et Rossman (1989) soutiennent que :

La recension des écrits... aide à formuler une explication, à la fois durant la collecte des données et leur analyse, qui permettra d'éclairer et d'évaluer les données ainsi que d'établir des liens entre les données à différents moments. Au fur et à mesure que progresse la théorisation ancrée, la recension des écrits fournit les construits théoriques, les catégories et les propriétés qui servent à organiser les données et à découvrir de nouveaux liens entre la théorie et le monde réel (p. 41).

Ceci étant dit, la recension évolue tout au long de la recherche et se rédige ordinairement, de manière plus complète, à la toute fin de la recherche (Strauss & Corbin, 1998). Fidèle à ce constat, nous avons finalisé la recension des écrits à la fin de notre recherche.

On se souviendra que la prison a fait l'objet de nombreux travaux et débats (Rostaing, 1997). Il serait fastidieux d'entreprendre ici le résumé analytique de tous ces travaux. Seuls ceux qui se rapportent à l'objet d'étude, donc aux huit thèmes énoncés antérieurement (*relation gardiens-gardés, contrôle social, « gouvernementalité », risque, asiles et prisons comme institutions « totales », soins infirmiers psychiatriques, soins infirmiers psychiatriques en milieux correctionnels* et enfin, *pouvoir*) et qui constituent notre cadre minimal de référence (Figure 2.1), retiendront notre attention.

Ce cadre minimal de référence, élaboré au fil des lectures entreprises, est aussi le produit de l'expérience professionnelle du chercheur en milieux cliniques de psychiatrie légale (institutionnels et communautaires). Si cette pratique professionnelle a permis l'identification de la problématique de recherche, elle aura aussi orienté nos lectures autour de huit thèmes dominants et reliés à la problématique de recherche. Le chercheur a donc été exposé, pendant une période relativement longue, à des milieux divers de psychiatrie légale. Ce cadre minimal de référence est une lunette ou une grille préliminaire influencée par cette pratique professionnelle. Cette grille préliminaire a servi de guide afin d'orienter les entrevues semi-directives, l'observation directe et la recherche documentaire. Elle aura aussi servi de cadre de référence pour la constitution d'un aide-mémoire (Annexe 1). Cet aide-mémoire s'est modifié à mesure que la recherche s'est déroulée afin de respecter la nature des données recueillies.

Figure 2.1

Cadre minimal de référence

- ① **Relations gardiens-gardés**
- ② **Contrôle social**
- ③ **Gouvernementalité**
- ④ **Risque**
- ⑤ **Asiles et prisons comme institutions «totales»**
- ⑥ **Soins infirmiers psychiatriques**
- ⑦ **Soins infirmiers psychiatriques en milieux correctionnels**
- ⑧ **Pouvoir**

Rostaing (1997) soutient que trois périodes distinctes caractérisent les études sur la prison en Occident. D'abord, à partir des années 40, on procède aux premières enquêtes dans cet univers fermé : on étudie la « culture » carcérale. Environ vingt ans plus tard, des travaux portent sur l'institution « totale » et sur la place de la prison dans la société : c'est le moment des travaux critiques (Rostaing, 1997). Aujourd'hui, la prison s'est ouverte à la recherche et, conséquemment, aux chercheurs : c'est la période des travaux thématiques (Rostaing, 1997).

Les études réalisées à partir des années 1940 ont permis de décrire la « sous-culture » carcérale. Le concept de « prisonnérification » est pour la première fois défini par Clemmer (1940). Ce chercheur relève le caractère enveloppant de l'institution pénitentiaire et décrit minutieusement comment le détenu assimile les moeurs et le langage du « carcéral » afin d'assurer sa survie au sein de cette institution fermée et, à maints égards, coupée du monde. Le concept de « prisonnérification » fut ensuite au centre d'une recherche menée par Sykes (1958) qui étudie la prison comme une société

dans la société (Rostaing, 1997). Selon Sykes (1958), les détenus parviennent à réduire les effets de leur peine d'emprisonnement en s'intégrant à cette « sous-culture carcérale ». Cette recherche insiste aussi sur le pouvoir total qu'impose cette institution sur ses pensionnaires. Si, pour Sykes (1958), la prisonnérification est haussée au rang de « mécanisme d'adaptation positif » permettant la survie du détenu, Morris et Morris (1963) concluaient, au contraire, que cette forme d'adaptation est pathologique et néfaste.

Dans cette étude réalisée en Angleterre, Morris et Morris (1963) avancent par ailleurs que le personnel des prisons, plus que les détenus, constitue les « vrais prisonniers » de ce milieu austère et coercitif. Les agents de correction entretiendraient avec les autorités de la prison des relations tendues, subissant la monotonie des journées et seraient exposés à un niveau de stress très important qui résulte des mandats de garde et de correction dont ils sont investis auprès de criminels qu'on enferme. D'autres études micro-sociologiques s'ajoutèrent à cette tendance dont l'analyse repose principalement sur la « culture carcérale » (Burns, 1969; Carroll, 1974, 1977; Clemmer, 1940; Cressey, 1960; Davidson, 1974; Irwin & Cressey, 1962; Irwin, 1970, 1980; Jacobs, 1977; Manocchio & Dunn, 1970; Sykes, 1956; Weinberg, 1942).

Un autre courant initié durant les années quarante instaura une analyse structurale de la prison (Cloward, 1960a, 1960b; Duffee, 1979; Garabidian, 1963; Haynor & Ash, 1939; McKorkle & Korn, 1954; Sykes, 1956; Sykes & Messinger, 1960; Thomas & Petresen, 1977; Wright, 1973). Ces approches structuraliste et structuro-fonctionnaliste mettent en perspective la structure et les fonctions de la prison, de même que les aspects culturels de ce milieu de correction (Owen, 1988; Rostaing, 1997).

Selon Owen (1988) ces deux courants de recherche examinant le contrôle social échouèrent à comprendre la prison comme un système actif et vivant ou comme une machine articulée et vivante où le contrôle social est reproduit parfois de manière excessive. Rostaing (1997) ajoutera que ces études « ont contribué à accentuer les spécificités du milieu carcéral et à l'isoler du reste de la société » (p. 57). Par exemple, l'approche culturaliste repose sur l'hypothèse que la prison est un système fermé, coupé du reste du monde, générant des lois, des conduites et des valeurs autonomes. Cependant, l'existence d'une « idéologie » homogène chez les groupes de surveillants et de surveillés n'aurait pas été démontrée dans ce cadre (Rostaing, 1997). À l'intérieur de ces deux groupes existent en effet des disparités qui ont été identifiées par d'autres recherches, ce qui indique l'absence d'une « idéologie commune » même à l'intérieur

des mondes parallèles du personnel et des reclus (Chauvenet, Orlic, & Benguini, 1994; Faugeron, Chauvenet, & Combessie, 1996).

2.1.1 Relation gardiens-gardés

À l'aube des années 1970, une nouvelle tendance émerge. Le surveillant devient objet d'études scientifiques et de réflexions (Rostaing, 1997). Certaines études célèbres (Cormier, 1975; Goffman, [1968] 1998; Lhuillier & Aymard, 1997) décrivent dans quelle mesure les gardiens et les gardés, bien qu'entretenant entre eux des rapports étroits, constituent deux groupes dont les « réalités », règles et fonctionnements diffèrent. Un fossé traditionnel sépare ces deux groupes. Ce fossé serait d'ailleurs désiré et imposé par l'institution carcérale (Goffman, [1968] 1998). Cormier (1975) qualifiera cette relation de « paranoïde ». Par exemple, le gardien perçoit le détenu comme un être manipulateur, dangereux et imprévisible; le détenu à son tour voit le gardien comme étant tyrannique, inhumain et « peu intelligent » (Lemire, 1990). Ces deux groupes entretiennent, l'un à l'égard de l'autre, une image à la fois hostile et étroite (Goffman, [1968] 1998). Les stéréotypes négatifs modifient en quelque sorte le sens des actes et des mots (Lemire, 1990). Au-delà de ces perceptions négatives bilatérales et réciproques, il faut considérer une citation révélatrice de Goffman ([1968] 1998) puisqu'elle est essentielle à la compréhension du fonctionnement des institutions totales : « les institutions totales établissent un fossé infranchissable entre le groupe restreint des dirigeants et la masse des personnes dirigées... la distance qui les sépare est immense et la plupart du temps imposée par l'institution » (p. 49). Deux univers se créent de part et d'autre sans que jamais (idéalement et théoriquement) ils ne s'interpénètrent. Le fossé qui existe entre ces mondes parallèles est « l'une des conséquences majeures du maniement bureaucratique d'importantes masses de gens » (p. 51). Il y aurait donc en prison des rapports plutôt tendus et difficiles entre les reclus et leurs surveillants.

Les recherches entreprises dans les prisons à partir des années quarante tendent à montrer que rien à l'intérieur de l'ordre carcéral ne semble pouvoir contrebalancer cette réalité. Bien au contraire, tout semble pouvoir concourir à cloisonner les deux réalités ce qui, de toute façon, supporte un postulat d'Horwitz (1990) selon lequel l'exercice du contrôle social pénal est directement proportionnel à la distance relationnelle entre les gardiens et les gardés. Le fonctionnement en vigueur dans les institutions « totales » semble donc concorder avec les propos d'Horwitz (1990). On s'efforce d'élargir le fossé entre le personnel et les reclus afin que puisse

s'infliger plus efficacement la punition. En réponse à cette distanciation désirable et imposée par l'institution carcérale, le reclus n'a bien souvent d'autre solution que de se laisser assimiler par le milieu carcéral. Conséquemment, un processus de « prisonnérification » (Clemmer, 1940) ou de « détentionnalisation » (Léauté, 1990) du criminel s'instaure. Cette assimilation au corps carcéral dépendrait, en partie, de l'incapacité du reclus d'entretenir des contacts avec un milieu social extérieur à la prison et ce, même à travers sa relation avec le personnel travaillant dans cette prison (Lemire, 1990). De toute évidence, la fonction du personnel ne serait pas d'entretenir des liens significatifs avec les reclus. Les agents sont plutôt appelés à imposer des protocoles et procédures ayant souvent pour effet de « mortifier, dégrader, humilier et profaner la personnalité » des prisonniers (Goffman, [1968] 1998, p. 56), sans que ces effets soient nécessairement intentionnels de la part du personnel.

Les rapports de sujétion entre les gardiens et les gardés seraient inévitables dans la mesure où le détenu est contraint de rapporter et de soumettre les détails de ses activités les plus banales au jugement et aux critiques de l'autorité. Selon Goffman ([1968] 1998) le quotidien du reclus serait continuellement violé par les interventions coercitives de ses supérieurs jusqu'à ce que l'obéissance soit automatique. L'intériorisation complète de la répression « est une des conséquences paradoxales de la socialisation institutionnelle lorsqu'elle est menée à son terme » (Castel, [1968] 1998, p. 15). En prison, l'autorité des « agents de la paix » s'exerce sur de menus détails : habillement, tenue, manières d'être et de faire, parole, regard, etc. Toutes ces activités contribueraient à la mortification de la personnalité, la dépersonnalisation, l'embrigadement et l'assujettissement des individus (Castel, [1968] 1998; Foucault, [1975] 1995; Goffman, [1968] 1998).

Bien que les relations gardiens-gardés puissent être teintées de tensions continues et qui sont caractéristiques des environnements carcéraux, il existe, selon Goffman ([1968] 1998), un danger permanent qui vient menacer ces tensions désirées par l'institution. En effet, parce qu'ils sont humains, les reclus possèdent l'aptitude à devenir objet de sollicitude et d'empathie (Goffman, [1968] 1998). Ce rapprochement potentiel risque de marginaliser certains membres du personnel (ces employés de l'institution carcérale qui n'obtempèrent plus aux règles et valeurs de l'institution qui prônent la distanciation avec les reclus) vis-à-vis leur entourage (personnel de correction). Cet employé des services correctionnels qui, en quelque sorte, devient « stigmaphile » (l'expression est de Goffman, [1975] 1996), c'est-à-dire qu'il sympathise

avec les détenus, constitue une menace pour l'équilibre des rapports gardiens-gardés, rapports qui obligent à respecter une distance entre les représentants de la prison et les reclus. Cet individu devient donc un suspect, un écart à la norme institutionnelle. Sa sensibilité constitue un risque puisqu'elle rapproche deux univers parallèles mais exclusifs, celui du personnel et celui des reclus. C'est un risque qu'il faudra surveiller.

Mis à part ces individus marginaux qui semblent frayer avec la délinquance, la majorité des membres du personnel part du principe que tout détenu mérite sa peine et ce qui l'accompagne, justifiant ainsi les traitements coercitifs en vigueur dans l'institution: la prison politique héberge un traître, la prison civile écroue le délinquant et l'hôpital psychiatrique enferme le fou (Léauté, 1990). Ces identités quasi-automatiques ne sont pas seulement des moyens de donner un nom aux « délinquants » mais constituent l'un des facteurs essentiels du contrôle social (Goffman, [1968] 1998).

2.1.2 Contrôle social

La prison occupe depuis longtemps une place centrale dans l'étude du contrôle social (Owen, 1988). On appelle contrôle social le processus visant à produire la conformité aux normes et modèles établis (Cohen & Scull, 1983; Landreville, 1983, Sumner, 1997). Le contrôle social viserait à assurer une conformité aux normes pour sauvegarder, entre les membres d'une même collectivité, un consensus nécessaire à la cohésion et au fonctionnement de cette collectivité (Rocher, 1969). Selon cette conception, la déviance suscite le contrôle social. Dans pratiquement toutes les sociétés, le phénomène du contrôle social se manifeste sous différents styles, différentes formes, au sein d'organisations particulières et différentes les unes des autres; il y a des niveaux de complexité propres à cette notion (Black, 1984). À mesure que l'on tente de définir le contrôle social, émerge la notion de régulation sociale qui est souvent utilisée comme un synonyme.

Selon Lipietz (1988), la théorie de la régulation sociale repose sur l'articulation « sujet-reproduction sociale ». Selon cette perspective, le sujet existe à l'intérieur des structures sociales dans un espace où il dispose d'une marge de liberté. Malgré cela, l'organisation des rapports de production et de distribution se caractériserait par une relative stabilité historique de l'ordre social, attestant de la domination des classes bourgeoises sur les classes populaires. Faugeron et Robert (1980) appellent « régulation sociale » tout ce qui concourt au maintien et à la production d'un système. Selon Landreville (1983), cette définition doit englober la production de normes et de représentations sociales, la socialisation, le renforcement des normes via les pratiques

idéologiques, mais n'implique pas la réaction aux comportements définis comme déviants, comme c'est le cas pour le contrôle social. Et c'est en quelque sorte ce qui différencie les deux notions (contrôle social vs régulation sociale).

Cette dernière définition de la régulation sociale s'apparente par contre aux définitions du contrôle social proposées par Ross ([1901] 1970) et Gurvitch (1947). Landreville (1983) souligne d'ailleurs la difficulté de faire consensus en regard de ces deux définitions qui, souvent, comme on l'a souligné antérieurement, sont confondues. Selon certains écrits consultés (Horwitz, 1990; Landreville, 1983; Robert, 1981; Sumner, 1997), la définition du contrôle social proposée par Ross ([1901] 1970) et Gurvitch (1947) est plutôt limitative et renvoie à la prise en charge spécialisée des comportements déviants. Autrement dit, il y aurait contrôle social quand entre en jeu un mécanisme d'inclusion-exclusion dont la finalité culminerait avec l'instauration d'organisations étatiques spécialisées dans la prise en charge des déviants et des déviances (Robert, 1981). Le contrôle social est donc focalisé, selon cet auteur, sur l'intervention efficace de réseaux de contrôle qui sont à la fois spécialisés et étatiques.

Le terme « contrôle social » tel qu'employé par les sociologues américains depuis le début du siècle, a toujours eu et garde encore aujourd'hui un sens ambigu (Horwitz, 1990; Landreville, 1983; Sumner, 1997). Initialement, le contrôle social référait à la capacité d'une société à se régulariser elle-même en fonction des valeurs et principes correspondant à des comportements estimés acceptables socialement (Janowitz, 1975).

Nous retiendrons, dans le cadre de cette recherche, la définition conceptuelle proposée par Landreville (1983), et qui est inspirée de l'étude de Clark et Gibbs (1964). Selon cette définition, le contrôle social désigne l'ensemble des processus et des actes par lesquels des individus interprètent ou réagissent à un comportement spécifique considéré comme déviant (Landreville, 1983). Horwitz (1990) ajoutera que ces processus et ces actes sont inévitablement ancrés dans les conflits inter-groupes, la manipulation et la coercition. Ces définitions, influencées par l'approche interactionniste, situent le contrôle social en relation avec les structures de pouvoir établies dans la société (Landreville, 1983). La définition du contrôle social telle que proposée par Landreville implique la notion de norme. Sumner (1997) partage cet avis. Une fois que des personnes ont discriminé entre ce qui est conforme aux normes ou ce qui ne l'est pas, il y a application de sanctions : c'est le contrôle social. Le contrôle social est complexe et s'exerce par le biais de sanctions polymorphes. C'est aussi un processus

où se succèdent une série de décisions basées sur des règles, des valeurs morales, des principes de justice naturelle, etc. (Landreville, 1983). La définition privilégiée par Landreville (1983) rend possible deux manières d'exercer le contrôle social. Le contrôle social s'exerce formellement et informellement. La distinction entre l'exercice d'un contrôle social formel et l'exercice d'un contrôle social informel reposerait sur la présence ou non d'une relation d'autorité dans l'exercice du contrôle social (Landreville, 1983).

Le contrôle social formel existe là où l'agent en autorité est censé contrôler la conduite de l'élément subordonné, ce qui implique des personnes assujetties au contrôle et des domaines bien définis dans le cadre desquels ce contrôle est admissible (Landreville, 1983). Le second, quant à lui, réfère et s'exerce dans des relations sociales, par des individus qui peuvent imposer leur volonté, leur définition de la situation et la réaction sociale qu'ils proposent, uniquement à cause du pouvoir lié à leur personne et non aux rôles qu'ils exercent (Landreville, 1983).

Le contrôle social formel pourrait être quant à lui subdivisé en contrôle social étatique et non-étatique (Landreville, 1983). Le premier s'exerce au sein d'appareils étatiques (prisons, pénitenciers, camps de prisonniers, hôpitaux, etc.) par des personnes habilitées à exercer le contrôle, généralement en fonction de normes légales. Le second s'effectue en fonction de relations d'autorité, au sein d'associations régies par l'autorité autre que l'État, ordinairement en fonction de normes ou de règles formalisées (églises, syndicats, écoles, partis politiques, entreprises, famille, etc.) (Black, 1984; Landreville, 1983).

Ayant distingué ces deux types de contrôle social formel (étatique et non-étatique), nous poursuivons en discutant des styles de contrôle social. Hulsman (1981) et Landreville (1983) recensent cinq styles à savoir : pénal, éducatif, thérapeutique, compensatoire et conciliatoire. Cependant, dans le cadre de cette recension des écrits nous nous référerons aux quatre styles proposés par Horwitz (1990). Les travaux d'Horwitz (1990) en arrivent essentiellement aux mêmes conclusions qu'Hulsman (1981) et Landreville (1983) à la différence qu'on intègre le style « éducatif » aux quatre autres styles de contrôle social.

Tout d'abord, il conviendra de souligner que le style de contrôle social renvoie aux types de réponses engendrées par la violation d'une norme (Horwitz, 1990; Landreville, 1983; Sumner, 1997). Chaque style de contrôle social a son propre langage et sa propre logique. Chaque déviation ou infraction à la norme établie entraînerait

l'application d'un style de contrôle social ou une combinaison de styles par la personne, le groupe ou l'institution habilités à appliquer la sanction (Landreville, 1983). S'il est vrai que chaque infraction entraîne un style ou une combinaison de styles de contrôle social, il faut considérer aussi que la perception de la situation (déviante), par les différents acteurs impliqués dans l'exercice du contrôle social déterminera le style à utiliser. C'est ainsi que l'épouse, le juge, le policier, le médecin ou l'infirmière interpréteront un comportement de façon bien différente et, tout en tentant d'imposer leur définition de la situation, privilégieront un style de contrôle social plutôt qu'un autre (Black, 1984; Landreville, 1983). Les styles de contrôle social sont omniprésents au quotidien et ce, à tous les niveaux de contrôle (Black, 1984; Horwitz, 1990; Landreville, 1983; Sumner, 1997). Ils s'appliquent en effet aux niveaux informel, formels étatique et non-étatique (Landreville, 1983). Le contrôle social prend forme dans un nombre important d'institutions normalisantes (asiles, prisons, famille, etc.) et s'applique du plus formel au plus informel de sa forme (Black, 1984). Les styles de contrôle social, selon Horwitz (1990), se lisent comme suit : pénal, conciliatoire, compensatoire et thérapeutique. Les organisations spécialisées dans la prise en charge des déviants sont caractérisées par une combinaison de certains de ces styles (Horwitz, 1990; Landreville, 1983).

Seuls deux styles de contrôle social seront explorés dans le cadre de cette recension (puisque ce sont eux qui touchent à l'objet d'étude) : les contrôles sociaux pénal et thérapeutique. Le tableau 2.1 présente les quatre styles de contrôle social identifiés plus haut. Ce tableau fait aussi état d'indicateurs (4) servant à distinguer chacun des styles de contrôle social. Les éléments de ce tableau récapitulatif, proposé par Horwitz (1990), ont été tirés et adaptés des recherches de Black (1976; 1984) sur les styles de contrôle social.

Tableau 2.1
Éléments des principaux styles de contrôle social

Indicateurs	<i>Pénal</i>	Compensatoire	Conciliatoire	<i>Thérapeutique</i>
Tort	<i>Inestimable</i>	Matériel	Relationnel	<i>Personnalité</i>
Imputabilité	<i>Individuelle</i>	Collectivité	Partagée	<i>Aucune*</i>
Objectif	<i>Vengeance</i>	Dédommager	Réconcilier	<i>Normaliser</i>
Solution	<i>Punition</i>	Paieement	Négociation	<i>Traitement</i>

Horwitz, A. (1990)

Dans les sociétés modernes, par exemple, le style pénal s'applique en droit criminel et le style thérapeutique en justice juvénile et en soins psychiatriques (Black, 1984). Chacun de ces styles attribue une identité propre (une étiquette), aux individus ou groupes qui sont sous sa juridiction. Pour le style pénal, le sujet est défini comme délinquant, alors qu'il sera défini, pour le style thérapeutique, comme un sujet à aider (Horwitz, 1990). Parler d'un sujet à traiter serait plus juste à notre avis, puisqu'il s'agit bien d'une aide conséquente à un diagnostic. Cette aide relève d'une étiquette. Il s'agit de normaliser, de reconduire les individus à l'intérieur des normes établies.

Il est important de souligner ici que le contrôle social pénal se concentre sur un acte alors que le contrôle social thérapeutique s'attarde à la personne. Le deuxième implique que l'individu n'est pas responsable des actes posés (Black, 1984). Aux styles de contrôle social, qu'on vient d'exposer, il faut ajouter les formes. Selon Black (1984), les formes sont les mécanismes selon lesquels un individu exprime ses doléances. Il existe quatre formes: la cour de justice, la discussion face à face, la protestation publique et l'acte de violence (Horwitz, 1990). Ceci étant dit, il nous faut distinguer de manière explicite les styles qui se rapprochent de notre objet de recherche en milieu de psychiatrie pénitentiaire.

Le contrôle social pénal

Le contrôle social pénal constitue un élément distinct au sein des styles de contrôle social. Bien souvent, ce style est perçu comme étant équivalent au contrôle social comme tel (Murashin, 1976). Le but premier de ce style de contrôle social est de

venger la société, victime d'un acte répréhensible commis par un individu. Cette vengeance prendra diverses formes. On retient cependant qu'elle doit engendrer soit une souffrance, soit une conséquence désagréable sur celui qui a posé l'acte (Hart, 1968). Il s'agit donc de punir un délinquant (par rapport aux normes sociales établies), pour avoir transgressé les limites du comportement socialement acceptable. Selon Horwitz (1990), la société moderne actuelle est marquée par un souci constant d'appliquer efficacement le contrôle social pénal. Wacquant (1999) ajoutera que les sociétés néolibérales contemporaines investissent massivement dans le système pénal au détriment de d'autres secteurs, comme la santé et les services sociaux. Nous serions passés, selon cet auteur de « l'État-Providence à l'État-Pénitence » (Wacquant, 1999). Dans nos sociétés contemporaines, qui appliquent le contrôle pénal, le délinquant est perçu comme ayant délibérément violé une règle morale établie (Hart, 1968; Sumner, 1997). Parce que ce style réfère à la punition d'individus, il est considéré coercitif plutôt que persuasif. Le style pénal s'est enraciné dans l'application obligatoire des sanctions. On remarque aussi que plus le type de société ou d'institution est le siège de règles rigides, plus important sera l'exercice du contrôle pénal (Gross, 1984; Sumner, 1997).

Il existe, selon Horwitz (1990), des conditions élémentaires précises afin de rendre l'exercice du contrôle social pénal efficace. Il décrit ces conditions sous la forme d'énoncés théoriques. 1. Le contrôle pénal est directement proportionnel à la distance interpersonnelle / relationnelle entre le délinquant et sa victime. Ce style de contrôle social s'appliquerait donc plus sévèrement et plus efficacement si le délinquant et la victime ne se connaissent pas et s'il n'y a pas de liens émotifs entre eux. 2. Le contrôle pénal est directement proportionnel à la distance interpersonnelle / relationnelle entre le délinquant et l'agent de contrôle social. Par exemple, plus la distance interpersonnelle entre les détenus d'une prison et le personnel est importante, mieux pourra s'appliquer la punition. 3. Le contrôle social pénal est directement proportionnel aux inégalités entre deux groupes. Par exemple, les classes dominantes pourraient mieux imposer les normes auxquelles elles adhèrent, par le biais du contrôle pénal, aux classes dominées parce que ces dernières disposent de moins de ressources (économiques, politiques, etc.) que ces premières.

En résumé, l'efficacité du contrôle social pénal dépendrait de plusieurs variables. L'application et l'efficacité de ce style de contrôle s'accroissent à mesure que la distance interpersonnelle augmente, que les liens entre les individus s'affaiblissent et que s'accroissent aussi les inégalités socio-économiques (Sumner, 1997). De plus en plus,

ce style de contrôle social tend à s'imposer à mesure que croît l'individualisation et les relations impersonnelles entre les individus composant une société. L'individualisation, sans cesse croissante dans notre société actuelle, favorise l'utilisation du contrôle social pénal plutôt qu'un autre style de contrôle social (Horwitz, 1990).

Le type de punition s'est radicalement transformé au cours des siècles (Horwitz, 1990). Soulignons que la transformation du type et de l'intensité des punitions révèle des informations importantes sur les structures de base du fonctionnement d'une société à un moment donné de son histoire. À cet égard, Foucault rappelle que l'histoire témoigne de quatre types de sociétés punitives : les sociétés qui excluent (exil forcé du condamné), les sociétés qui organisent un rachat (la justice prend la forme d'une rétribution), les sociétés qui marquent (c'est sur le corps du supplicié que prend effet la pénalité) et enfin les sociétés qui enferment (la prison) (Gros, 1996).

Quelle qu'en soit la forme, la punition se veut l'imposition autoritaire, délibérée et planifiée d'une douleur ou privation quelconque, en réponse à un écart par rapport aux normes fixées (Grabosky, 1984). Cette définition, suffisamment large, embrasse plusieurs actions punitives allant de la sanction appliquée à l'enfant impoli, jusqu'à l'incarcération d'un individu reconnu coupable d'une infraction à la loi. Souvent, l'application de la punition sera déléguée à une agence. Ainsi, la punition, telle qu'elle est appliquée dans les sociétés occidentales, est la responsabilité d'un ensemble d'institutions spécialisées possédant le pouvoir légitime de l'appliquer (Cohen & Scull, 1983; Cohen, 1985).

La punition est liée directement aux organisations sociales qui prévalent (Durkeim, [1900] 1969). Elle se veut la réaffirmation symbolique d'une conscience collective violée. Évidemment, les sociétés caractérisées par l'autoritarisme tendent à punir plus sévèrement les personnes ou groupes de personnes qui menacent ou défient l'autorité (Durkeim, [1900] 1969). Les sociétés où le pouvoir est centralisé, comme c'est le cas pour plusieurs sociétés modernes actuelles, constituent des exemples typiques où le contrôle social pénal s'applique le plus rigoureusement (Bergesen, 1977; Cohen & Scull, 1983; Fabbro, 1978; Gillin, 1934; Sumner, 1997; Walter, 1969). On souligne aussi qu'à mesure qu'il y a accroissement démographique et que la distance interpersonnelle s'accroît, il y a diminution des punitions informelles (Black, 1976). Dans ce cas, le contrôle social pénal formel étatique prévaut (Black, 1984).

Le contrôle social thérapeutique

Le contrôle social thérapeutique constitue une autre forme différenciée des autres styles de contrôle social et répond à des exigences exclusives (Horwitz, 1990). Selon Horwitz (1990), ① la thérapie doit être « volontaire ». Pour qu'une thérapie réussisse, le principal intéressé doit consentir au traitement, sinon aucun changement significatif ne pourra s'opérer. La thérapie est un style de contrôle social « volontaire », si on veut que son action soit efficace. ② Le contrôle thérapeutique est inversement proportionnel à la distance interpersonnelle / relationnelle entre deux partis. Ainsi, le style thérapeutique risque d'être remplacé par le style pénal si la distance interpersonnelle / relationnelle entre le thérapeute et le client s'accroît. Le fossé qui émerge entre le personnel des établissements carcéraux et les détenus entraînerait donc inévitablement le déclin du style thérapeutique au profit du style pénal (Horwitz, 1982, 1990). ③ Le contrôle thérapeutique est directement proportionnel au statut social. Par exemple, les personnes exerçant une profession dans le champ des sciences humaines (thérapeutes) réagissent sur un mode considéré « plus thérapeutique », en regard de leurs propres difficultés et face à celles des autres, que les personnes étant peu scolarisées et de classe socio-économique inférieure (Horwitz, 1982). Toujours en rapport avec le statut social, Baumgartner (1988) souligne que, pour être efficace, le contrôle social thérapeutique doit impliquer un thérapeute du même niveau socio-économique (ou supérieur) que le client; si l'agent de contrôle thérapeutique est de classe inférieure au client, ce style de contrôle est voué à l'échec.

L'objectif principal du contrôle social thérapeutique, dans le cadre d'un traitement psychiatrique, serait de modifier la « personnalité » d'individus déviants au sens pathologique du terme (Horwitz, 1982, 1990). Cette déviance est donc « pathologisée ». Selon Horwitz, l'individu visé par le contrôle thérapeutique n'est pas responsable (ou coupable) des actes posés puisqu'il souffre d'une affection particulière qui l'exempte de l'imputabilité de ses gestes. Sa déviance, manifestée par des comportements et des attitudes, enfreint la normalité (Horwitz, 1990) et défie la raison (Foucault, [1972] 1996).

Les individus soumis au contrôle social thérapeutique présentent donc des comportements qualifiés de « bizarres et étranges ». Ces derniers sont difficilement compréhensibles pour la majorité des individus qui les entourent. Mais parce que leurs actes sont involontaires et hors de leur contrôle, ils ne constituent pas, dans les sociétés occidentales modernes, des candidats à punir. Le but du contrôle social thérapeutique vise donc à permettre aux individus affligés d'une maladie mentale de donner un sens à

leur expérience; les actions dérangeantes et incompréhensibles pour autrui sont expliquées à l'intérieur d'un cadre conceptuel ou théorique capable d'expliquer les phénomènes vécus par ces individus (Horwitz, 1990). Évidemment, ce cadre de référence diffère d'une discipline à une autre. Le cadre conceptuel fourni par la médecine domine actuellement et prétend pouvoir expliquer tous les écarts à la raison.

Foucault ([1972] 1996) critiquera les fondements de ces savoirs médicaux sur la folie. Les travaux historiques de ce philosophe français ont permis de critiquer l'exercice du pouvoir médical, diffus et omniprésent en rapport avec la folie (Russ, 1979). Nous nous permettons de limiter notre exposé sur le contrôle social thérapeutique au monde de la psychiatrie et à son principal lieu d'observation, l'asile, puisqu'il est clairement souligné que le contrôle social thérapeutique renvoie principalement au « traitement » de sujets psychiatisés (Horwitz, 1990).

Le contrôle social thérapeutique ne vise pas à punir mais à modifier et à apporter certains changements à une personnalité dérangée (Horwitz, 1990). Les agents de contrôle social thérapeutique ont la tâche de restituer, à leurs clients marginaux, une certaine « normalité » (Horwitz, 1990). Foucault ([1972] 1996), quant à lui, voit dans la psychiatrie traditionnelle une forme de violence, une méthode pour contraindre par la force les personnalités non-conformistes à se soumettre aux règles sociales établies (Russ, 1979). Le pouvoir psychiatrique et l'asile s'associent pour discipliner la folie (Gros, 1996).

En psychiatrie, le contrôle social thérapeutique fait office de traitement (Laplante, 1997). Ce rapprochement entre contrôle social thérapeutique et soins psychiatriques, observé par certains auteurs (Laplante, 1997, Mason & Mercer, 1998), soulève plusieurs questions : Comment s'initie le traitement ? Quelles sont les péripéties de son parcours ? Comment se fait-il moyen de normalisation, de contrôle parfois excessif mais aussi moyen de compromission sociale ? (Laplante, 1995).

Tout comme la punition, l'image et l'application (volontaire ou non) de la thérapie, quelle qu'elle soit, a évolué au fil du temps. Suivant ces transformations historiques de l'action « thérapeutique », la prison et l'asile, deux architectures d'exclusion et d'enfermement, sont apparues à l'âge classique et continuent d'exister encore aujourd'hui. C'est dans ces lieux clos, à l'abri des regards extérieurs, qu'on tentera vainement de normaliser deux formes d'écart, le délinquant et le « fou », en rapport aux normes sociales établies.

Laing (1969) soutient que la psychothérapie est l'exemple extrême de ces « pratiques et théories schizoïdes » qui prétendent penser et agir uniquement en fonction de l'autre, sans tenir compte de la personnalité du praticien et du client, en fonction d'objets et non de personnes. La thérapie pourrait dès lors être une technique de non rencontre, de manipulation, de contrôle et de normalisation (Laing, 1969).

Pour Horwitz (1982, 1990), la thérapie serait une méthode pour modifier la personnalité d'individus déviants, en même temps qu'elle aide ces derniers à trouver un sens à leur problématique. Les vertus thérapeutiques du contrôle social avancées par Horwitz (1982, 1990) ne pourraient être qu'euphémisme si elles étaient confrontées à la perspective foucauldienne en regard de l'examen (thérapie) et de ses buts. Selon Foucault, l'examen constitue une technique-clef du pouvoir disciplinaire (Foucault, [1975] 1995). Pour Foucault ([1976] 1990), il est clair que le pouvoir fonctionne comme un mécanisme d'appel, il attire et extrait des étrangetés sur lesquelles il veille. L'examen constituerait une étape déterminante vers la docilisation de l'homme par l'homme et la thérapie comprise comme une injonction à produire de plus en plus de discours sur l'état de l'âme (Foucault, [1976] 1994). Tout ceci s'opère à partir de l'idée que l'individu peut, avec l'aide d'experts, dire la vérité sur lui-même, avouer à l'autre et à lui-même une vérité (Dreyfus & Rabinow, 1984). Foucault ([1972] 1996) souligne par ailleurs que les sciences médicales, paramédicales et humaines permettent la constitution d'une vaste banque de données par l'examen clinique qui, lui, fait partie intégrante de la thérapie.

Le concept de contrôle social, bien que largement étudié (Black, 1984; Clark & Gibbs, 1965; Cohen, 1985; Cohen & Scull, 1983; Garland, 1990; Gibbs, 1981, 1982; Hobbes [1651] 1968; Horwitz, 1990; Lemert, 1972; Melossi, 1990; Rothman, 1983; Thomas, 1984; Sumner 1997; van Krieken, 1991), mériterait d'être aujourd'hui reconsidéré (Dean, 1999; Rose, 1996, 1999; Sumner, 1997). En effet, le contrôle social tel que défini par la majorité des auteurs en criminologie, et qui ont été présentés dans le cadre de cette recension des écrits, renvoie à la punition, la transformation, la neutralisation, la répression, etc. Tout ceci en réponse à la déviance quelle qu'en soit la forme, soit pour la punir ou tout simplement pour la corriger. Entendu comme tel, le contrôle social peut difficilement être associé à une forme de pouvoir « positif », capable d'engendrer une réponse désirable de la part du déviant (Dean, 1999). À titre d'exemple, selon Cohen (1985), la peine d'emprisonnement peut être remplacée, dans certains cas, par un séjour en maison de transition. Il s'agit bien là d'une alternative à une forme de contrôle social pénal : le passage, en fait, de l'institution étatique fermée (prison) à une

agence ouverte (maison de transition). Il est clair avec cet exemple (et il en existe bien d'autres) que

Alternatives to the social control system result in a gradual expansion and intensification of the system; a dispersal of its mechanisms from more closed to more open sites and a consequent increase in the invisibility of social control and the degree of its penetration into the social body (Cohen, 1985, p. 83-84).

Cette dispersion du contrôle social et son application par des agences serait de plus en plus en vogue et contribuerait à donner l'impression qu'il a disparu ou à tout le moins que son application est plus souple, plus diffuse. Il faut plutôt voir ici une transformation de son application et non sa disparition (Rose, 1996, 1999).

Nous croyons qu'il faille pousser plus loin notre réflexion en regard de ce concept et ce, dans le cadre d'une perspective capable d'englober différentes formes de pouvoir susceptibles de punir un comportement déviant mais aussi de produire un comportement désiré. En ce sens, le concept de « gouvernementalité » constitue une perspective que nous avons choisi d'explorer.

2.1.3 Gouvernementalité

Bien que le concept de contrôle social puisse avoir attiré l'attention de nombreux auteurs, nos lectures nous ont permis d'apprécier dans quelle mesure ce concept était réducteur (Dean, 1999; Rose, 1999; Rose & Miller, 1992). Une perspective foucauldienne nous permet d'appréhender autrement la problématique de recherche mise en évidence et ce, avec un tout nouveau concept. Selon toute vraisemblance, le concept de contrôle social ne peut prendre en compte d'autres manifestations du *gouvernement* de la conduite des autres (régulation, etc.) que celle de la répression par l'intermédiaire de la punition ou du traitement. Mais plusieurs formes de gouvernement s'inscrivent dans des rationalités historiques multiples, dans des savoirs et des technologies politiques polymorphes, tout en ne nécessitant pas obligatoirement une intervention étatique directe et répressive. Mais, parce qu'il entretient des rapports inévitables avec l'État et qu'il est bien souvent associé à la répression ou au traitement, le concept de contrôle social nous semble aujourd'hui trop limitatif pour éclairer le phénomène de recherche complexe de l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers psychiatriques que nous nous proposons d'étudier.

Ce n'est qu'à la fin des années 1970 que Foucault entreprit l'étude du *gouvernement*, terme dont il a conservé le sens littéral : gouvernement des conduites,

tant publiques que privées (Haroche, 1994). Selon McNay (1994), Foucault envisage la gouvernementalité comme un système complexe de pouvoirs liant, de manière tripartite : souveraineté-discipline-gouvernement. Cette affirmation nous permet d'apprécier dans quelle mesure Foucault intègre, dans cette définition de la gouvernementalité, les états de domination, le pouvoir disciplinaire, le gouvernement des autres et de soi (Dean, 1999). La gouvernementalité implique des techniques de domination et de discipline aussi bien qu'une éthique du gouvernement de soi (Deflem, 1998). Foucault nous rappelle que ce gouvernement de soi est indispensable au gouvernement des autres. À l'ère de la « gouvernementalité », l'exercice du pouvoir consiste à conduire des conduites : celles des autres et les siennes propres (Haroche, 1994).

Les travaux de Foucault en regard de la gouvernementalité ne sont pas articulés clairement dans une proposition conceptuelle ou théorique systématique. Il a plutôt jeté les bases de ceux-ci, dans le cadre de différents articles, sans toutefois achever le travail entrepris (Deflem, 1998). Ce qui semble toutefois assez clair à la lecture d'écrits sur la gouvernementalité, c'est son souci d'intégrer l'ensemble de ses réflexions et analyses sur le pouvoir, sous la notion intégratrice de la gouvernementalité. « The thematics of sovereignty, of discipline and of bio-power are all relocated within the field of governmentality » (Rose, 1999, p. 23).

Par gouvernementalité, Foucault (1994a, p. 655, *ajout personnel*) signifie trois choses :

L'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, bien que complexe, de pouvoir, qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir, l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité; tendance, ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a 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 (*la gouvernementalité transcende ces deux formes de pouvoir, sans les exclure*); ce 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; processus ou, plutôt, le résultat du processus par lequel l'État de justice du Moyen Âge, devenu au 15^{ème} et 16^{ème} siècles État administratif, s'est trouvé petit à petit gouvernementalisé.

Foucault nous rappelle l'existence de trois époques du politique en Occident : ① État de justice, ② État administratif et enfin, ③ État de gouvernement. La première époque renvoie à un fonctionnement qui repose sur la loi; la deuxième à une société de règlement, ce qui permet d'assurer la discipline au sein d'un territoire, et enfin; la troisième époque sera marquée par le dispositif diplomatico-militaire, la police et le pouvoir pastoral (Bouretz, 1994). Par souci de précision, reprenons en détail chacune de ces époques dont le passage de l'une à l'autre débuta quelque part au Moyen-Âge (Foucault, 1997).

État de justice

Au Moyen-Âge, le pouvoir de l'époque s'articule autour de la personne du souverain. Pour le prince ou le roi, la souveraineté s'exerce en rapport avec un territoire et conséquemment sur les sujets qui l'habitent. Le souverain n'a pas de lien étroit avec la population. Il est d'abord occupé à conserver sa principauté avec laquelle il entretient un rapport de singularité, d'extériorité et de transcendance (Foucault, 1991). Les lois constituent les instruments fondamentaux du pouvoir souverain. De fait, elles sont la manifestation quasi exclusive du pouvoir royal ou princier.

État administratif

La deuxième époque se différencie de la précédente dans la mesure où la représentation du pouvoir diffère de celle du pouvoir souverain. À cet égard, il est indescriptible dans les termes du premier. La notion de pouvoir souverain n'est pas évacuée, tout au contraire. Ainsi, aux 17^{ième} et 18^{ième} siècles, c'est de discipline dont il est question. Celle-ci vient s'ajouter au fonctionnement de l'État de justice. L'émergence du pouvoir disciplinaire introduit un discours nouveau qui diffère du discours de la loi. La discipline définit un code qui sera non pas celui de la loi mais de la normalisation. À cet égard, elle se réfère à un champ théorique étranger au droit et plutôt apparenté aux sciences humaines. La discipline sera le maître-d'oeuvre de la constitution d'un savoir clinique (Foucault, 1997).

État de gouvernement

À partir du 18^{ième} siècle apparaît une nouvelle forme de pouvoir qui embrasse les deux formes (souveraine et disciplinaire) issues des époques précédentes. La gouvernementalité constituera en dernier lieu le concept intégrateur de ces formes de pouvoirs diversifiées mais complémentaires. Pour illustrer cette ère de gouvernementalité, Foucault fait un rapprochement avec la gouverne d'un navire (1994a, p. 644) :

Qu'est-ce que gouverner un bateau ? Bien sûr, c'est prendre en charge les marins, mais c'est prendre en même temps en charge le navire, la cargaison; gouverner un bateau, c'est aussi tenir compte des vents, des écueils, des tempêtes, des intempéries; et c'est cette mise en relation des marins qu'il faut sauver avec le navire qu'il faut sauvegarder, avec la cargaison qu'il faut porter au port, et leurs relations avec tous ces événements que sont les vents, les écueils, les tempêtes, c'est cette mise en relation qui caractérise le gouvernement d'un bateau.

Même chose pour une famille, une population ou un État (Foucault, 1994a). Ce récent et nouvel art de gouverner (État de gouvernement ou gouvernementalité) vise à disposer, le plus efficacement possible, des Hommes et des ressources (McNay, 1994). Ce type de pouvoir s'oppose à la notion de pouvoir souverain. Cette *gouvernementalisation* de l'État sous la forme de la gouvernementalité est rendue possible grâce à un appareil de sécurité (instrument technique essentiel) liant le dispositif diplomatico-militaire, la police et enfin le pouvoir pastoral (soin des autres) (Foucault, 1991, 1994a).

Le dispositif diplomatico-militaire

Le dispositif diplomatico-militaire, première dimension de l'appareil de sécurité de l'État, est indispensable dans la mesure où il permet à ce dernier de se protéger contre les menaces extérieures et de conserver son intégrité territoriale, par le biais de la représentation diplomatique (visant un système d'alliances qui le protège), d'une armée permanente (afin de protéger ses frontières) et l'établissement d'une politique de guerre (pour prévenir les atteintes à sa souveraineté) (Gros, 1996). Ce premier point renvoie donc aux rapports de l'État avec le monde extérieur (Foucault, 1978). Ces relations entre l'État et d'autres nations incluent une gamme d'activités d'ordre politique. Les activités de ce dispositif pourraient bien être applicables à des sites particuliers où, par exemple, des groupes professionnels s'allient à d'autres dans une lutte commune pour la réalisation d'un objectif commun. Des alliances entre syndicats pourraient constituer un autre exemple de l'application de ce dispositif dans un sens élargi ou métaphorique.

La police

Pour se protéger des menaces intérieures, l'État se dote d'une police. Au tout début de la création de cette institution, la police c'est l'agence ou l'organisme qui se donne comme objet ce que font les Hommes, leurs activités (moeurs, production, corps), toutes formes de coexistence ou de communication entre eux (Gros, 1996). Bref, au 18^{ième} siècle, le domaine de la police comprend : la religion, la famille, la moralité, la

santé, les arts libéraux, etc (Foucault, 1994a). Elle occupait aussi des fonctions plus contemporaines. Elle assumait, par exemple, un rôle d'auxiliaire de justice dans la poursuite des criminels et dans le contrôle des mouvements de révolte (Foucault, [1975] 1995). Dès l'apparition de cette institution, tout est affaire de police et « le souverain par une sage police accoutume le peuple à l'ordre et à l'obéissance » (Foucault, [1975] 1995, p. 250).

Aujourd'hui, la police s'est éloignée de certaines fonctions du passé. Elle s'est progressivement transformée pour assumer maintenant, quasi exclusivement, des fonctions relatives à la préservation de l'ordre social (Moss, 1998). Son intervention est quasi illimitée : police de la langue, police des transports, douanes, etc. « On est, avec la police, dans l'indéfini d'un contrôle qui cherche idéalement à rejoindre le grain le plus élémentaire, le phénomène le plus passager du corps social » (Foucault, [1975] 1995, p. 249). Selon Foucault (1997), la police est à la fois un appareil de discipline et un appareil d'État. Elle s'adonne au contrôle des conduites et à cet égard elle s'associe sous forme de tandem au troisième et dernier instrument de l'appareil de sécurité : le pouvoir pastoral.

Le pouvoir pastoral

À travers l'organisation du pastorat, apparu dans la société chrétienne à l'aube du 3^{ème} siècle après Jésus-Christ, s'est développée une forme nouvelle et très importante de pouvoir : le pouvoir pastoral. Afin de se représenter de manière originale ce type de pouvoir, la métaphore du berger et de ses brebis est utile. Le pastorat implique une sorte de pasteur, de gourou, un individu ou un groupe d'individus (bergers) que l'on ne peut précisément définir par leur statut, leur profession, leur qualification individuelle, intellectuelle ou morale. Ces personnes servent de guide pour une population précise (brebis). Selon Foucault (1994a), le pouvoir pastoral s'oppose au pouvoir politique habituel. Il n'est pas préoccupé par des problématiques territoriales mais plutôt par une multiplicité d'individus; « il règne sur des moutons » (p. 561). De fait, le pouvoir pastoral n'a pas pour fonction de combattre les ennemis (comme on pourrait s'y attendre dans le cadre des deux autres instruments de l'appareil de sécurité) mais plutôt de « soigner » ceux sur qui il pose son regard bienveillant. « Ce n'est pas un pouvoir triomphant mais plutôt un pouvoir bienfaisant » (p. 561).

Introduit en Occident avec le christianisme, le pouvoir pastoral est une forme de pouvoir individualisant. Le pasteur veille sur les éléments de son troupeau un par un. Il s'agit d'un pouvoir qui connaît dans le détail les sujets sur lesquels il applique son « soin

de l'autre ». Le pouvoir pastoral porte sur une multiplicité d'êtres qu'il arrive à diriger parce qu'il a investi chacune des parties de ceux-ci et, à cet égard, on peut dire du pouvoir pastoral qu'il est individualisant. Foucault (1994a) décrit quatre grands traits de ce pouvoir bienfaisant et individualisant :

Qu'il y ait un pasteur implique que, pour tout individu, il y a obligation de faire son salut (p. 562). Faire son salut veut dire aujourd'hui : ... santé, bien être, sécurité, protection contre les accidents... (Foucault in Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 306). ... ce salut obligatoire... ne peut se faire que si on accepte l'autorité d'un autre. Accepter l'autorité d'un autre, ça veut dire que chacune des actions que l'on pourra commettre devra être connue, ou en tout cas, pourra être connue du pasteur, qui a autorité sur l'individu et sur plusieurs individus, qui par conséquent, pourra dire, c'est oui ou c'est non... Aux vieilles structures juridiques que toutes les sociétés, depuis très longtemps, connaissaient – à savoir qu'il y a un certain nombre de lois communes dont les infractions sont punies – vient s'ajouter une autre forme d'analyse du comportement, une autre forme de culpabilité, un autre type de condamnation, beaucoup plus fin, beaucoup plus serré, beaucoup plus ténu... Le pasteur qui peut obliger les gens à faire tout ce qu'il faut pour leur salut et qui est en position de surveiller, d'exercer en tout cas, par rapport aux gens, une surveillance et un contrôle continu (p. 563)... le pasteur est celui qui peut demander aux autres une obéissance absolue... Le pasteur peut imposer aux individus, et en fonction de sa propre décision, sans même qu'il y ait de règles générales ou de lois, sa volonté... (p. 564). ... le pasteur chrétien est aussi un maître de vérité... Il doit savoir tout ce que font ses brebis, tout ce que fait le troupeau à chaque instant, mais il doit aussi connaître de l'intérieur ce qui se passe dans l'âme, dans le coeur, au plus profond des secrets de l'individu. Cette connaissance des individus est absolument requise pour l'exercice du pastorat (p. 564).

Si la connaissance détaillée des individus est indispensable à l'exercice de cette forme de pouvoir et de gouvernement, le pasteur devra disposer de moyens d'analyse, de réflexion et de détection (Foucault, 1994a). En contrepartie, le sujet sur lequel le pouvoir pastoral s'exerce devra, de son côté, offrir à la connaissance de son pasteur tout ce qui se passe à l'intérieur de lui-même. Il est condamné à un aveu complet et permanent. L'obéissance inconditionnée, l'examen ininterrompu et l'aveu forment une combinaison puissante dont chaque élément est inextricablement lié aux deux autres. La manifestation verbale de la vérité, jusqu'ici celée au fond de soi, constitue une pièce maîtresse dans le gouvernement des Hommes par les autres (Foucault, 1994b).

Bref, cette dernière dimension de l'appareil de sécurité repose sur une technique de pouvoir qui, pour s'exercer, doit pénétrer les âmes, déchiffrer les coeurs, les contraindre à révéler leurs secrets les plus intimes. Elle cherche le dévoilement des consciences : elle entend pénétrer le for intérieur de chacun, et le diriger (Haroche, 1994). C'est dans cette logique que le pouvoir pastoral s'est joint aux deux autres dispositifs de sécurité sur lesquels s'appuie la gouvernementalité. Il deviendra alors une technique de régulation (et de surveillance) fondamentale dans les sociétés contemporaines. Ce type de pouvoir, introduit en Occident par le christianisme, ayant pris forme institutionnelle dans le pastorat et qui renvoie au gouvernement des âmes, se constituera dans l'Église chrétienne comme une activité savante, indispensable au salut de tous et de chacun (Foucault, 1994a). « The pastoral model is adopted and vastly elaborated by Christianity, as the care of souls » (Gordon, 1991, p. 8). Les techniques de confession ont maintenant quitté l'enceinte de l'église pour investir des lieux divers où logent les anatomistes de la souffrance. Le pastorat est donc passé de l'institution religieuse au monde laïc; il y a eu sécularisation du pouvoir pastoral. La nouvelle rationalité gouvernementale repose donc sur l'invention « of a form of secular political pastoral which couples individualization and totalization » (p. 8).

La confession, et l'aveu qui en fait partie, éléments essentiels du pouvoir pastoral, entraînent une intensification des contrôles régulateurs sur les citoyens. La confession et les techniques qui y sont associées (entrevues, relations d'aide, techniques d'intériorisation, de prise de conscience, d'éveil de soi-même, etc.) font partie d'un pouvoir « qui fonctionne comme un mécanisme d'appel »; il attire, séduit et extrait des étrangetés sur lesquelles il veille (effet individualisant du pouvoir pastoral) (Foucault, 1976] 1994, p. 61).

Jusqu'ici on a compris que la gouvernementalité s'applique à l'ordonnement des Hommes en rapport aux choses (Foucault, 1994a), mais elle atteindra ce but, entre autres, en manipulant la conscience des individus et en connaissant leur âme (Foucault, 1991). C'est bien à ce niveau, précisément, que le pouvoir pastoral et une de ses techniques (la confession – et l'aveu qui en fait partie –) servent.

° Pour être efficace, le pouvoir pastoral, qu'on appelle communément le soin de l'autre, devra connaître l'intérieur de la pensée des Hommes, explorer leurs âmes et extirper d'eux leurs plus profonds secrets (Foucault, 1976] 1994). L'État veut soigner ses sujets. Ce pouvoir implique ainsi la connaissance des consciences individuelles et l'habileté à les diriger pour d'autres fins (Ransom, 1997). « Professions investigating

psychic states could be extremely useful to a Bio-power construct intent on managing the variables associated with population » (Ransom, 1997, p. 65). « Le pouvoir ne cesse de questionner, de nous questionner; il ne cesse d'enquêter, d'enregistrer; il institutionnalise la recherche de vérité, il la professionnalise... » (Foucault, 1997, p. 22).

En somme, le pouvoir pastoral constitue une forme de pouvoir :

Which makes individuals subject, subject of someone else by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience of self-knowledge (Ransom, 1997, p. 67). There is no need for arms, physical violence, material constraints. Just a gaze. An inspecting gaze, a gaze ... which each individual thus exercising this surveillance over and against himself (Foucault, 1980e, p. 155).

L'aveu, on l'a remarqué antérieurement, constitue aussi un élément crucial du pouvoir pastoral. À cet égard Foucault ([1976] 1994, p. 82-83) écrira :

L'aveu est un rituel de discours où le sujet qui parle coïncide avec le sujet de l'énoncé; c'est aussi un rituel qui se déploie dans un rapport de pouvoir, car on n'avoue pas sans la présence au moins virtuelle d'un partenaire qui n'est pas simplement l'interlocuteur, mais l'instance qui requiert l'aveu, l'impose, l'apprécie et intervient pour juger, punir, pardonner, consoler, réconcilier; un rituel où la vérité s'authentifie de l'obstacle et des résistances qu'elle a eu à lever pour se formuler; un rituel enfin où la seule énonciation, indépendamment de ses conséquences externes, produit, chez qui l'articule, des modifications intrinsèques.

L'aveu ne saurait être la simple énonciation de fautes commises ou un exposé global sur l'état de l'âme; « il doit tendre à la verbalisation permanente de tous les mouvements de la pensée » (Foucault, 1994b, p. 120). Cet aveu permet au pasteur ou au directeur de conscience de donner des conseils et aussi de porter un diagnostic par exemple. Par la confession et l'aveu, tout un savoir est ainsi créé. Le pouvoir pastoral fait partie d'un mécanisme de contrôle et de pouvoir qui produit un savoir inestimable sur les sujets gouvernés. Les savoirs acquis par le biais de la confession et de l'aveu sont recodifiés et intégrés dans les discours spécialisés de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la sexologie, de la criminologie, des soins infirmiers, etc. Les étrangetés (secrets) et les conduites individuelles polymorphes que l'on s'efforce d'extraire, se voient intensifiées, isolées, et incorporées dans des discours experts puissants (Foucault, [1976] 1994). La combinaison de la confession, de l'aveu et de

l'examen, par exemple, permettra l'émergence d'un ensemble de signes et de symptômes déchiffrables. L'aveu est ainsi impliqué dans un « champ d'observations scientifiquement acceptable » (Foucault, [1976] 1994, p. 87). Ces savoirs maintenant acquis contribuent, par ailleurs, à la constitution de champs normalisateurs et à la dissémination de régimes de vérité. À partir de là, l'étiquetage des individus en tant que normaux ou déviants (en rapport à la norme) est rendu possible et une intervention professionnelle devient quasi inévitable (Moss, 1998).

Les travaux de Foucault en regard de la gouvernementalité démontrent que la centralisation du pouvoir, dans la figure de l'État, existe. Cependant le pouvoir ne se limite pas à cela (Dean, 1999; Rose, 1999). Il implique des surveillances, des examens détaillés et minutieux à travers lesquels les êtres humains sont transformés en objet et en sujet avec des modes d'objectivation et de subjectivation précis. Il s'investit même dans le soin de l'autre. Notons ici la complexité de ce nouveau concept (gouvernementalité) comparativement au contrôle social. Il faut maintenant parler de gouvernement et non plus d'État. Gouvernement entendu en tant que « conduire la conduite des autres ». « The concept of government implies all those tactics, strategies, techniques, programmes, dreams and aspirations of those authorities that shape beliefs and the conduct of population » (Nettleton, 1991, p. 99). Pour préciser cette définition, la stratégie c'est ce qui renvoie à certaines transformations du champ social en champ d'interventions, tandis que la tactique s'attarde au déploiement des forces nécessaires pour atteindre les visées des stratégies (Patton, 1998).

Avec la gouvernementalité, Foucault dit vouloir explorer un nouvel espace de réflexion en regard de la conduite des Hommes; cette notion englobe

The domains of ethics, government, and politics, of the government of self, others, and the state, of practices of government and practices of the self, of self-formation and political subjectification, that weaves them together *without a reduction of one to the other* (Dean, 1994, p. 158 – *emphase personnelle*).

Gouverner renvoie aujourd'hui à un processus actif qui joint les rationalités politiques (objectifs plus ou moins clairs du gouvernement) aux technologies du gouvernement de la conduite (pratiques et techniques pour la transformation des actions, des conditions et des sujets dans un champ d'intervention précis) (Rose & Miller, 1992). L'articulation des rationalités gouvernementales et des technologies du gouvernement des conduites repose en grande partie sur le savoir d'un champ

d'intervention précis et sur la présence d'un expert (professionnel) qui sert de médiateur entre les objectifs politiques et les activités autonomes d'un sujet sur lequel s'effectue l'intervention professionnelle. Cette médiation n'est pas nécessairement en lien direct avec des objectifs d'État même si on sait qu'elle le sert. Le pouvoir opère ainsi à l'intérieur de ramifications fines, subtiles et complexes, établies par des autorités compétentes, et à travers lesquelles on induit chez les sujets certains comportements désirables et désirés par ces mêmes autorités compétentes. Ainsi, le pouvoir, dans le cadre de la gouvernementalité, dépasse l'État et ses appareils. Il repose aussi sur d'autres agents qui, du coup, assurent eux aussi, et bien souvent sans en être nécessairement conscients, le fonctionnement optimal de ce nouvel art de gouverner (Curtis, 1995). Ceci permet à l'État de gouverner à distance (Rose & Miller, 1992).

Dans ce cadre, les lois ne sont donc plus les instruments privilégiés par l'État pour gouverner. Il faut maintenant considérer l'utilisation efficace et efficiente des stratégies, des tactiques et des ruses pour gouverner les conduites des citoyens (Foucault, 1991). Les lois ne sont maintenant que de simples tactiques (Foucault, 1994a). Dès lors, la punition ou la sanction intimement liées au concept de contrôle social ne sont plus les seuls outils pour modifier ou pour rétorquer à la déviance et à l'écart. « Les sociétés de sécurité constituent une forme de pouvoir plus habile et plus subtile que celui du totalitarisme » (p. 386).

Foucault (1991) énonce clairement que la notion de gouvernementalité implique l'articulation de différents éléments, à savoir : les procédures, les analyses, les stratégies et tactiques, les discours et les institutions. Selon Lupton (1999) tous ces éléments autour desquels s'articule la notion de gouvernementalité sont directement impliqués dans la construction des populations dites « à risque ». Les détenus-psychiatisés constituent une population dite « à risque » qui se trouve en contact direct avec le personnel infirmier rencontré dans le cadre de notre recherche. Dans la prochaine section nous explorerons la notion de risque qui s'inscrit dans une perspective de gouvernementalité. Suivant cette perspective, « risk is governed via heterogeneous network of interactive actors, institutions, knowledges and practices » (Lupton, 1999, p. 87).

2.1.4 Risque

Le concept de risque constitue un terme fréquemment utilisé, tant dans le discours populaire que dans le jargon des experts. Dans nos sociétés modernes occidentales ce concept a engendré une prolifération d'écrits, notamment ceux des

experts qui ont permis que le « risque » puisse expliquer toutes les déviations par rapport à une norme ou qu'il soit associé à une situation malencontreuse, à la malchance ou à un événement dramatique susceptible d'advenir (Lupton, 1999). Cette notion implique, de manière implicite, qu'on puisse s'en prémunir moyennant l'adoption de comportements ou d'attitudes préventives. L'être humain est « responsable » de faire ce qu'il peut pour prévenir la malchance, donc prévenir le risque. Aux yeux du public, le jugement et les connaissances de l'expert sont « naturellement » perçus comme des garanties pour contrer le risque (Castel, [1981] 1984). Reposant sur une pensée rationnelle, issue de recherches scientifiques, le savoir des experts, qu'on voit se matérialiser dans des systèmes de prévention bureaucratiques, est brandi pour éviter le pire, gérer les menaces, se protéger d'un accident ou diminuer la probabilité d'un risque.

Dans nos sociétés contemporaines, on a souventes fois utilisé le terme « risque » comme synonyme de danger ou menace. Castel ([1981] 1984) nous offre une définition précise et toujours actuelle du risque :

Le risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par une personne ou un groupe d'individus, mais de la mise en relation de données générales impersonnelles ou facteurs (de risques) qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables. Il peut y avoir des associations de risques, c'est à dire des corrélations de facteurs indépendants : être né par exemple, d'une mère célibataire qui est aussi femme de ménage... de moins de dix-sept ans (ou plus de quarante), ayant eu un taux de grossesse supérieur au taux moyen selon l'âge, etc. La présence de tels facteurs suffit à déclencher un signalement automatique en vertu de l'axiome qu'une « mère à risque » engendre, ou élève, des enfants à risque (p. 145).

Selon Lupton (1999), les écrits relatifs au risque se distinguent selon six catégories principales : les risques environnementaux (pollution, radiation, produits chimiques, feux, conditions des routes, etc), ceux reliés au style de vie (alimentation, types d'activités sexuelles, stress, loisirs, etc), les risques médicaux (chirurgies, grossesses, tests diagnostics, etc), les risques interpersonnels (interactions sociales, amour, mariage, amitié, etc), les risques économiques (chômage, assistance sociale, pauvreté, investissement, faillite, etc) et enfin, les risques criminels (probabilités d'être victime d'actes criminels ou d'en perpétrer un, etc).

À cet égard, la statistique, chère à l'épidémiologie et à la psychologie, constitue un instrument important de prédiction, de mesure et de contrôle du risque (Lupton,

1999). Par des calculs actuariels on peut donc, de diverses manières, estimer le risque qu'un tel événement se produise et, si possible, s'en prémunir. À cet égard, le concept de dangerosité, couramment rencontré en psychiatrie, est un bon exemple d'un risque contre lequel le personnel des institutions aimerait bien se protéger. Mais selon Castel (1981 [1984]), il est discutable de vouloir prévoir la manifestation agressive des clients psychiatisés dans la mesure où, bien souvent, ceux-ci sont taxés de « dangereux » avant même qu'ils n'agissent avec la violence qui leur est d'emblée imputée.

En terme de logique, le diagnostic de dangerosité rabat la catégorie du possible sur celle du réel, sous le prétexte que le possible est – plus ou moins – probable (Castel, [1981] 1984, p. 147).

La question qu'on est en droit de se poser en regard d'un tel glissement est : comment échapper au risque de jugements et d'interventions arbitraires qui pourraient être conséquents aux diverses approximations du risque ? Or, les effets des mesures de risques sont bien réels et ce, particulièrement chez des groupes de personnes qui se distancient des normes, ceux qu'on définit comme déviants ou délinquants par rapport aux normes établies. On a qu'à penser aux populations suspectes (prostituées, utilisateurs de drogues injectables, etc.), détectées statistiquement, et qui feront l'objet d'une surveillance particulière. Cette surveillance minutieuse permettra d'ailleurs d'identifier les cas concrets sur lesquels il faudra intervenir (Castel, [1981] 1984). L'approximation du risque et la surveillance qu'elle entraîne contribuent à la construction d'un cas « à risque ». Le sujet (la personne) disparaît derrière une avalanche de facteurs (de risque) pour être par la suite reconstruit « en flux abstrait de populations » à risque (Castel, [1981] 1984, p. 202). Lupton (1999) ajoute que « the concept of risk, as it is developed through normalization, initially deflects attention away from individuals and their behaviors towards aggregates or populations » (p. 88). La combinaison de facteurs « de risques » et la force de leur corrélation à un événement indésirable suffiront pour déclencher une intervention individualisée dispensée par des experts.

Une perspective poststructuraliste s'inscrivant dans le cadre de la « gouvernementalité » nous permet d'appréhender le concept de risque d'une manière originale et critique. En effet, suivant cette perspective théorique, la notion de risque peut être associée à cette position épistémologique : « nothing is a risk in itself - what we understand to be a risk (or hazard, threat or danger) is a product of historically,

socially, and politically contingent ways of seeing » (Lupton, 1999, p. 35). Ainsi, le risque serait construit dans nos sociétés. Cette construction implique des experts, des discours et des institutions. Ceci inclut des institutions comme l'asile ou la prison qui elles, comme toutes autres, par le biais de leurs experts produisent des discours de vérité sur le risque de leur clientèle respective (le malade mental et le délinquant). Ces discours pourraient ensuite servir à légitimer les interventions privilégiées dans ces institutions (Foucault, [1972] 1996; [1975] 1995). En fait, « particular groups or populations are identified as 'at risk' or 'high risk', requiring particular forms of knowledges and interventions » (Lupton, 1999, p. 87). Lupton (1999) souligne de plus que

Discourses on risk are directed at the regulation of the body : how it moves in space, how it interacts with other bodies and things. These discourses also contribute to the constitution of selfhood, or subjectivity, and thus are part of the panoply and practices or technologies of the self (p. 88).

La perspective poststructuraliste nous permet d'appréhender le risque comme une stratégie de « gouvernementalité », où le pouvoir régularise et gère des individus et des populations à l'intérieur des objectifs du néolibéralisme (Foucault, 1991; Lupton, 1999). « Risk is governed via a heterogeneous network of interactive actors, institutions, knowledges and practices » (Lupton, 1999, p. 87). Inscrit dans la mosaïque théorique de la gouvernementalité, l'individu « à risque » est gouverné par des stratégies diverses qui appellent différentes formes de pouvoir (souverain, disciplinaire et pastoral). Un des aspects cruciaux de cette gouvernementalité est que la régulation et la discipline des individus, puis conséquemment des populations, ont comme objectif ultime l'autonomie des citoyens et leur auto-régulation.

Tant l'autonomie du citoyen que la prise en charge de ce dernier par lui-même nécessitent à priori le travail d'un expert pour amorcer la prise de conscience et induire l'auto-prise en charge. Le travail « sur soi par soi » est donc initié par une intervention experte extérieure. À cet effet, le thérapeute amorce un travail de conscientisation chez la personne à risque en regard de ses comportements. La prise de conscience de la personne à risque, initiée par le thérapeute, est ensuite assurée par des « technologies de soi ». Ces technologies de soi constituent des ressources personnelles (émotives, cognitives, etc.) capables de prendre le relais de l'initiative du thérapeute et, ce faisant, capables de poursuivre le travail amorcé par ce dernier. La personne à risque poursuit donc son travail, seule ou avec l'aide d'experts. Ainsi le porteur de risque est

directement impliqué dans une entreprise de conscientisation (de régulation puis d'auto-régulation) qui deviendra la sienne (ou plutôt qui semble être la sienne); c'est à dire un travail sur soi par soi. La personne à risque est donc active dans le gouvernement de ses conduites et vise un idéal de bonheur, de prospérité et de liberté et tout cela dans son meilleur intérêt (Gordon, 1991).

La question des populations à risque est particulièrement pertinente pour cette recherche dans la mesure où les détenus-psychiatisés, en contact direct avec le personnel infirmier, sont construits comme des personnes « à risque » étant donné leur délit, leur dangerosité, leur violence, etc. (Deflem, 1998; Simon, 1988; Feeley & Simon, 1992). Il convient d'ajouter que la représentation qu'on se fait du risque est dépendante des contextes historique et socioculturel et que celle-ci est véhiculée à travers les discours (Lupton, 1999). Dans les milieux d'exclusion sociale où le risque est confiné, comme c'est le cas pour l'asile et la prison, la construction de l'identité des personnes recluses comme dangereuses ou déviantes n'a pas de quoi surprendre (Castel, [1981] 1984).

On entend souvent par populations à risque certains groupes de personnes qui partagent des caractéristiques communes et qui, de fait, s'exposent à un « événement indésirable » ou « exposent les autres à des événements malencontreux ». L'identité des malades mentaux, des détenus, des prostitué(e)s, des homosexuels, des personnes issues de milieux socio-économiques inférieurs, du parent monoparental, etc. est construite dans les discours savants comme une personne « à risque ». Bref, la liste de ces « risques » est interminable. Autant de catégories que d'écarts aux normes ou à la « nature ». Lupton (1999), dans un ouvrage récent, amalgame toutes ces classes de personnes « à risque » pour les définir comme étant *l'Autre*.

Si, selon Lupton (1999), l'Autre est dangereux parce qu'il défie l'ordre, la nature et par conséquent nécessite qu'on le contrôle, Melucci (1996) soutient quant à lui :

Encountering the other is to expose oneself to the abyss of difference... which attracts us precisely because of the richness it contains, but which is also fraught with risk and instant danger... encountering another always entails putting into question something of ourselves and of our uniqueness and venturing into an unknown land only to discover what we lack (p. 101).

Le dominant et l'exclu (le dominé) partageraient certains attributs communs. Au quotidien, différents groupes à risque font craindre le pire ou sont tout simplement mis

au rancart parce qu'ils sont différents, sales, « dangereux », etc. On a qu'à penser à tous les génocides passés et présents (Lupton, 1999).

Décrire l'Autre avec des caractéristiques ordinairement réservées aux animaux aurait servi à le représenter comme « dangereux » à cause de son supposé manque d'humanité. Les idées de Foucault ([1972] 1996) au sujet de la folie décrivent d'ailleurs bien cette époque où le fou, image de la bête enchaînée dans les écuries, devait être maîtrisé. Ces représentations de l'Autre nous obligent à nous en distancier par crainte d'être « contaminé », affecté, etc. C'est un « risque » qu'il faut craindre. À cet égard, Bauman (1991) soutient que :

Defining the Other as vermin harnesses the deeply entrenched fears, revulsion and disgust in the service of extermination. But also, and more seminally, it places the Other at an enormous mental distance at which moral rights are no longer visible. Having been stripped of humanity and redefined as vermin, the Other is no more an object of moral evaluation (p. 48).

Par ailleurs, l'Autre exercerait une sorte de fascination pour les groupes dominants, bien souvent investis de la tâche de les étudier. L'Autre représenterait aussi une part de soi, un objet sur lequel on peut projeter ses propres carences, ses propres malaises et ses propres perversités.

The marginalized and despised, those social groups which are considered threatening and polluting, are often the subject of fascination and desire by their very difference, their otherness. Rejection and repudiation of the Other, therefore, is not simply about exclusion, but also involves the inclusion of the Other into self-identity (Lupton, 1999, p. 168).

Autrement dit, on serait porté à croire que l'Autre se constitue toujours comme le contraire de soi, par un mouvement d'opposition : stratégie binaire. Mais cette croyance, selon Lupton (1999), mérite d'être reconsidérée. Cette vision radicale mais originale de l'Autre comme « risque » est particulièrement utile dans la recherche qui nous concerne où le fou, le criminel, la soignante et la police, quatre identités distinctes, mais sans être mutuellement exclusives sont incarnées dans deux sujets (personnes) : le détenu (criminel) - psychiatrisé (fou) et l'infirmière (soignante) - agente de la paix (police). Si le détenu-psychiatrisé représente un risque pour le personnel de correction, dont l'infirmière et l'infirmier, ces derniers pourraient, selon cette perspective du risque,

représenter une menace pour l'ordre pénitentiaire.

Bauman (1991) souligne l'inconfort que les « dominants » peuvent ressentir vis à vis des personnes ayant une identité trouble. À cet égard, Lupton (1999) a identifié deux types de personnes « à risque » ayant des identités troubles et limitrophes : l'hybride et le liminal.

L'hybride est une composition de deux ensembles de caractéristiques qui se sont intégrés pour donner naissance à une entité nouvelle, différente des deux ensembles de départ. L'identité de l'hybride est confuse et remet en question l'ordre établi. L'hybride constitue toujours un risque dans la mesure où la classification de sa nature est impossible en vertu de son double statut « intégré ». Il n'est ni l'un ni l'autre mais les deux à fois. Par exemple le détenu-psychiatrisé est souvent construit comme le parfait exemple du délinquant-fou : nouvelle identité (Foucault, 1997). Le « mulâtre » constitue un autre exemple d'hybridité.

La personne « à risque » définie comme liminale a quant à elle une identité trouble mais transitoire, c'est à dire que celle-ci est à mi-chemin entre deux catégories distinctes sans que celles-ci ne soient parfaitement intégrées. Lupton (1999) donne en exemple le travestissement, l'hermaphrodite, les gais et lesbiennes, etc. La personne dite « liminale » constitue un risque pour le groupe dominant parce qu'on ne peut la positionner dans une catégorie ou une autre. La lesbienne est une femme dont le désir sexuel est orienté vers les femmes. Elle est donc femme sans nécessairement être totalement identifiable aux caractéristiques de la femme dite « normale » suivant le discours hétérosexiste (Noël, 1998). « Liminal figures, such as the stranger who crosses borders between inside and outside a social group, are commonly treated as threats to social order » (Lupton, 1999, p. 134).

Ces deux types de personnes « à risque » ont en commun cette impossibilité d'être confinées à une catégorie plutôt qu'à une autre et, de ce fait, suscitent la crainte et parfois même le dégoût (Bauman, 1991). Plusieurs identités de personnes « à risque » provoquent de tels sentiments. Pour plusieurs auteurs, l'exclusion systématique de certaines formes de déviances (ou plutôt de différences) continue d'être une stratégie de gestion des populations « problèmes » (Castel, [1981] 1984; Foucault, 1991; Lupton, 1999).

L'exploration du concept de risque à travers ces différentes perspectives nous permet d'apprécier la pluralité de sa représentation. L'approche poststructuraliste, exemplifiée dans la perspective de la gouvernementalité, nous sensibilise au fait que la

notion de « risque » est socialement construite, qu'elle entraîne la production et la prolifération de discours experts, qu'elle contribue à la formulation d'objectifs (rationalités) et la mise en place de stratégies et enfin, façonne l'identité de certains groupes de personnes, la plupart du temps marginaux. De fait, le stigmate associé au risque a pour effet de renforcer la position d'infériorité dans laquelle sont placés les marginaux (Goffman, [1975] 1996). On reconnaît ici différents types de groupes tels les détenus, les malades mentaux, les travailleurs et travailleuses du sexe, les homosexuels, etc. Il existe donc plusieurs clientèles à risque.

À titre d'exemple, les enfants ont été et demeurent encore aujourd'hui une population qui préoccupe l'État (Walker, 1997), et qui, de ce fait, est soumise à des contrôles régulateurs. La seule présence de facteurs de risque suffit pour sonner l'alerte chez les différents intervenants de la santé et des services sociaux. Ces facteurs de risques (maladie de la mère, statut socio-économique de la famille, statut marital des parents, nationalité, etc.) devront être scrupuleusement mesurés par divers « agents » (médecins, psychologues, pédagogues, infirmières, travailleurs sociaux, etc.). Ceux-ci auront tôt fait d'identifier la zone de risque et l'intensité de celui-ci. Cette nouvelle forme de surveillance et d'évaluation du risque a pour objectif ultime la détection précoce d'événements indésirables (maladies, anomalies congénitales, comportements déviants, négligence, etc.). Cette ingérence dans la vie et le développement des enfants permet par ailleurs une classification de ces derniers. Cette classification résulte des comparaisons entre les comportements observés et les normes en vigueur. Toute une taxonomie peut alors émerger : « the nervous child, the delicate child, the difficult child, the enuretic child, the neuropathic child, the maladjusted child, the neurotic child, the over sensitive child, the unstable child and the solitary child » (Armstrong, 1983, p. 396). Tous ces types d'enfants commandent une surveillance particulière, si ce n'est une intervention, tout simplement. Les agents qui font partie de l'appareil de surveillance ont le mandat (parce qu'ils ont le savoir nécessaire) de recommander et souvent d'intervenir. Les écarts à la norme et à la moyenne sont des risques dans la mesure où le risque est une menace à l'ordre social et au bien-être collectif en plus d'être un potentiel en perdition (Castel, 1991). Fous et délinquants constituent deux groupes à risques qui sont, encore de nos jours, exclus (pour fins de traitement ou de correction) dans des institutions comme l'hôpital psychiatrique ou la prison.

2.1.5 Asiles et prisons comme institutions « totales »

En 1961, Foucault, dans l'Histoire de la folie à l'âge classique expose magistralement la « généalogie » de l'asile. On comprend rapidement que l'asile est devenu, et demeure encore aujourd'hui, un lieu de normalisation pour le « fou ». L'asile, parallèlement à la prison, devient un lieu privilégié de l'expérimentation disciplinaire, un carrefour dangereux où se mélangent des corps et des esprits déviants (Dreyfus et Rabinow, 1984).

Au 15^{ième} siècle, la folie est une expérience tragique et associée au Diable ou à la Fin du monde (Foucault, [1972] 1996). La *Nef des fous*, bateau bondé de malades mentaux et errant de rivière en rivière, constitue une image forte de cette époque sombre où la folie fait peur. En 1656, on assiste à la fondation de l'hôpital général de Paris, instance de l'ordre monarchique et bourgeois, destiné à prendre soin des malades souffrant de maux physiques mais aussi à isoler les éléments asociaux dont le comportement est qualifié de dérangeant en regard de l'ordre social et de la morale (Russ, 1979). C'est d'abord là que le médecin cherche à mesurer la déraison selon un écart à la norme sociale (Laplante, 1997). À cette époque, le « fou » condense toutes les formes de violence qui échappent à la définition rigoureuse du crime et à son assignation juridique (Foucault, [1972] 1996). À ce moment de l'histoire de l'enfermement, fous et condamnés (aussi les libertins, débauchés, homosexuels [sodomites], etc.) partagent le même domicile : l'hôpital général. C'est le médecin qui fera de l'internement du « fou » un acte thérapeutique, afin de le guérir du désordre qui menace l'ordre social (Laplante, 1997).

Au 17^{ième} siècle, la folie n'est plus seulement une volonté perverse mais une manifestation de l'animalité, monstruosité aux mécanismes étranges (Russ, 1979). À l'époque classique, le modèle de l'animalité s'impose pour décrire la folie. On maintiendra les insensés par un système de contraintes physiques, on les enchaînera aux murs et aux lits. Pourquoi ce paroxysme de la violence? Pourquoi traiter le fou ainsi? Parce que la folie emprunte alors son visage « au masque de la bête » (Foucault, [1972] 1996). Si la folie, dans ses formes ultimes est animalité, rapport immédiat avec une bestialité déchaînée, « on ne pourra la maîtriser que par le dressage et l'abêtissement » (Russ, 1979). À cette époque, la folie est le scandale par excellence.

Un peu plus tard, au 18^{ième} siècle, le thème de l'animalité est remplacé par un discours sur le désordre des « nerfs » et des « fibres organiques » (Foucault [1972] 1996) et on milite en faveur d'une folie désenclavée du monde hospitalier. On énonce

des discours sur la folie comme on parle de poésie. On s'efforce aussi de tirer la ligne entre folie et déraison. La déraison s'inscrit, selon les sages de l'époque, dans une expérience spirituelle totale (Russ, 1979). Toute une critique politique de l'internement se met en branle. « De plus en plus, la folie devient la hantise des internés, l'image même de leur humiliation, de leur raison vaincue et réduite au silence » (Foucault, [1972] 1996, p. 479). Malheureusement, ces protestations n'amèneront guère la libération de la folie. Échapperont à l'internement : les misérables, les débauchés, les libertins et les homosexuels. Mais il faut cacher à la société ceux qui ont perdu la raison, écrivait Mirabeau. À la fin du 18^{ième} siècle, la folie est donc seule et détachée de ses anciennes parentés (Russ, 1979). C'est alors que « quelque chose, qui deviendra bientôt le domaine clinique, est en train de s'ouvrir » (Foucault, [1972] 1996, p. 326). L'idée des cures par bains (immersion), douches et purification s'impose. À cette époque de la déclaration des droits de l'homme et de la Révolution, l'enfermement arbitraire est révolu : « nul homme ne peut être arrêté ni détenu que dans les cas prévus par la loi » (Russ, 1979, p. 28).

Certains rêveront de maisons de correction idéales, de forteresses utopiques, sans contact avec le monde extérieur, microcosmes indépendants qui préviendraient toute contagion (Russ, 1979). Un peu à la manière des léproseries d'antan, mais à l'abri des observations furtives; « d'autres imaginent des forteresses pyramidales où le travail de l'interné aurait valeur marchande pour l'administration » (Russ, 1979, p. 28). Tenon et Cabanis, deux médecins de l'époque, imaginent l'internement non plus comme une simple abolition de liberté, mais plutôt une liberté restreinte et organisée (Russ, 1979). La liberté en cage, imposée pour la folie, devrait avoir une valeur thérapeutique. Les assises de l'asile, comme lieu thérapeutique, étaient dès lors énoncées. Cabanis veut remplacer la chaîne par la camisole de force, gilet de toile forte. Ce gilet de force s'intègre dans le jeu mobile de la liberté et de ses limites (Russ, 1979). Avec Tenon et Cabanis, la folie sera désormais transformée en réalité, regardée, mise à distance et devient objet d'enseignement (Foucault, [1972] 1996). On voit déjà poindre la nécessité de lui accoler un savoir spécifique, puis un discours y sera rattaché. La folie : statut de pur objet. « Cette liberté organisée, qui a valeur thérapeutique, est une liberté aliénée » (Russ, 1979, p. 29). Le projet « thérapeutique » des deux médecins est demeuré pendant longtemps théorique (Russ, 1979).

C'est à la fin du 18^{ième} et au début du 19^{ième} que Pinel concrétisera le projet de Tenon et Cabanis. L'asile, tel qu'il existe encore aujourd'hui, est né, dira Foucault ([1972] 1996). On répète bien souvent que Pinel et ceux qui l'ont suivi, libérèrent le « fou »; ils l'ont en réalité aliéné, abolissant toute expression propre et spontanée de la folie (Foucault, [1972] 1996), pour resituer le « fou » à l'intérieur des normes sociales établies. À l'époque, le projet de Pinel est considéré comme un grand mouvement d'humanisation des soins psychiatriques; ce que la plupart des historiens d'aujourd'hui se contentent de rapporter. C'est ainsi que Pinel remplace le boulet, le carcan et la chaîne par les murs de l'asile. Le fou est contenu dans un espace qui deviendra, plus tard, un lieu propre au monde médical (Foucault, [1972] 1996). En fait, Pinel et son collègue anglais Tuke n'ont nullement dénoué les anciennes pratiques de l'internement, « ils les ont au contraire resserrées autour du fou » (Russ, 1979, p. 30). Dans l'asile de Pinel, le regard sur le « fou » est ininterrompu. Il sera surveillé à tous les niveaux, traqué et rabaissé au statut d'objet d'observation (Foucault, [1972] 1996). Ses moindres gestes – du plus inhabituel au plus banal – seront consignés dans un dossier qui constituera ensuite le cas.

Tout un ensemble de techniques disciplinaires se déploiera dans l'asile. À l'intérieur de l'asile, tout comme c'est le cas dans la prison, se mettra en place une micro-pénalité en rapport avec le temps, l'activité, la manière d'être, le corps et la sexualité (Dreyfus & Rabinow, 1984). Les techniques disciplinaires, vecteurs du pouvoir disciplinaire, ont investi l'asile. Un système de récompenses et de punitions se constitue dans l'enclave asilaire, car ici aussi la sanction normalisatrice doit punir immédiatement tout écart à la norme établie. Il faut guider le « fou » vers une réaffirmation des normes sociales, au moyen de différentes « techniques de recyclage », de transformation de la conscience, de discipline du corps et de l'esprit (Dreyfus & Rabinow, 1984). Ces pratiques (récompenses et punitions) prennent plusieurs formes : contention, techniques de modification de comportements, pertes de privilèges si refus de se rendre aux activités, restriction des mouvements et libertés, imposition du traitement pharmacologique (Castel, 1976). C'est un devoir de la nouvelle gouvernementalité que de se saisir de tout le corps pour le transformer (Laplante, 1997).

De toute évidence « la science des maladies mentales, telle qu'elle pourra se développer dans les asiles, ne sera jamais que de l'ordre du classement..., elle ne sera pas dialogue (Foucault, [1972] 1996, p. 507). Gauchet et Swain (1994) nuanceront l'analyse de Foucault en spécifiant que le projet « humaniste » de Pinel s'est en quelque

sorte perdu dans le projet asilaire, projet dont les aboutissants trahissaient la vision de Pinel. Mais selon Foucault, préoccupé par les effets et non les intentions, la psychiatrie pourrait donc être un monologue de la raison sur la folie sans nécessairement être une écoute authentique (Russ, 1979). Toujours selon Foucault ([1972] 1996), la raison constitue une des innombrables figures du pouvoir, un des pouvoirs singuliers permettant à l'Homme de dominer l'Homme. La raison constituerait un instrument majeur dans le cercle tragique du grand renfermement (Russ, 1979).

Dans l'asile, raison et savoir créent des effets de pouvoir. Dans cet univers de surveillance, des techniques spécifiques se mettent en place pour débusquer la folie, la faire avouer et pour la discipliner. Plusieurs figures d'autorité se dessinent. À l'époque de Pinel, comme aujourd'hui, le souci humanitaire tente d'écarter les mauvais traitements aux fous. Pourtant il n'ouvrira pas à l'intelligence de leur souffrance (Laplante, 1997). Pinel et Tuke auront permis la naissance d'une institution rigide, l'asile, où sont symbolisées les grandes structures massives de la société bourgeoise et ses valeurs : rapports famille-enfants autour de l'autorité paternelle; rapports folie-désordre autour du thème de l'ordre social et moral (Foucault, [1972] 1996). L'aliéné, minorisé, infériorisé, infantilisé est maintenant prêt à être livré à l'homme de raison (Russ, 1979). Ainsi Pinel et Tuke ont-ils introduit, dans l'asile, un personnage (le médecin) dont les pouvoirs sont synonymes d'ordre et de moralité et prennent racine dans un nouveau rapport : le fou considéré comme un enfant, un mineur (Russ, 1979). « Privé de sa volonté, le fou est aliéné dans celle du médecin » (Russ, 1979, p. 33). Le couple médecin-malade (et, plus tard, le couple professionnel de la santé-malade), s'enfonce dans un monde étrange (Russ, 1979). Au fil de l'hospitalisation, le malade mental acceptera l'abandon de sa volonté dans les mains du médecin et dans celles des autres professionnels de la santé (Foucault, [1972] 1996).

En somme, l'asile n'est pas sans paradoxe : on laisse s'exprimer la liberté du « fou », mais dans un espace plus fermé; on le libère de ses anciennes parentés avec le crime, la débauche et le mal, mais pour l'influencer dans les mécanismes rigoureux d'un déterminisme; on détache les chaînes qui empêchaient l'usage de sa libre volonté pour le contenir à l'intérieur de murs. S'il est vrai que Pinel a libéré le « fou », il est aussi vrai qu'il en a fait un prisonnier de l'asile (Foucault, [1972] 1996). Instituer la parole et prendre en charge l'individu malade mental dans un environnement rigoureux, voilà l'objectif de Pinel.

Dans la foulée des travaux de Foucault, ceux de Goffman ([1968] 1998) viennent s'ajouter à une panoplie d'écrits critiques sur les institutions « totales » que sont la prison et l'asile (Rostaing, 1997). La publication en 1975 de Surveiller et Punir (Foucault ([1975] 1995) influencera de manière déterminante les réflexions entreprises au sujet de la prison (Rostaing, 1997). Pour plusieurs, Foucault le philosophe était devenu « le théoricien de l'enfermement, du contrôle social, des appareils de domination et du pouvoir de normalisation » (Rostaing, 1997, p. 66). D'autres ouvrages suivront et inaugureront une ère de revendication pour l'humanisation des prisons (Rostaing, 1997). Dans Surveiller et punir, Foucault ([1975], 1995) expose comment se sont exercées, au fil du temps, les diverses modalités selon lesquelles on punit.

Dans la première partie de son ouvrage, il décrit la cruauté des punitions par les supplices et les mises à mort publiques. Le premier type de punition prend appui sur le droit monarchique. Expression de la volonté souveraine d'un roi, la punition prend comme cible la chair : elle est barbare, spectaculaire, révoltante.

Nous sommes en 1757, Damien avait été condamné à faire amende honorable devant la principale porte de l'Église de Paris, où il devait être mené et conduit dans un tombereau, nu, en chemise, tenant une torche de cire ardente du poids de deux livres, puis dans le dit tombereau, à la place de grève, et sur un échafaud qui y sera dressé, tenaillé aux mamelles, bras, cuisses et gras de jambes, sa main droite tenant en icelle le couteau dont il a commis le dit parricide, brûlé de feu de soufre, et sur les endroits où il sera tenaillé, jeté du plomb fondu, de l'huile bouillante, de la poix résine brûlante, de la cire et du soufre fondus et ensuite son corps tiré et démembré à quatre chevaux et ses membres et corps consumés au feu, réduits en cendres et ses cendres jetées au vent (pièces originales et procédures du procès fait à Robert-François Damien, 1757, t.3; dans Foucault, [1975] 1995, p. 3-5).

L'effroyable supplice de Damien dont Foucault cite le procès-verbal ne fut pas la seule scène du genre à avoir caractérisé l'époque où la punition s'appliquait directement sur le corps du condamné. Jusqu'à la seconde moitié du 18^{ème} siècle, on supplicie à travers des rituels soigneusement codifiés (Russ, 1979). On dépèce, on ampute, on disloque le corps pour punir. La punition utilise les marques rituelles de la vengeance qu'elle applique directement sur le corps du délinquant. La punition constitue donc un cérémonial de souveraineté et elle déploie aux yeux des spectateurs une scène de terreur. La présence physique du souverain et de son pouvoir sont remarquables. Le corps supplicié s'inscrit d'abord dans le cérémonial judiciaire qui doit exhiber, en plein

jour, la vérité du crime. Un supplice bien réussi justifie la justice dans la mesure où elle publie la vérité du crime sur le corps même du supplicié (Foucault, [1975] 1995).

Tout un appareil militaire entoure le supplice : cavaliers du guet, archers et soldats. Tous ces artifices font de cette exécution publique une manifestation de force, de pouvoir; c'est le pouvoir du souverain qui s'y déploie. Le roi est l'adversaire du crime commis. La faute et la punition, ainsi liées dans l'atrocité, reflétaient une certaine mécanique du pouvoir, ce pouvoir pour qui la désobéissance est un acte d'hostilité dirigée à l'endroit du monarque. Ce pouvoir, tantôt écorché, promet donc de montrer, aux yeux de tous, ce dont il est capable de faire pour punir. On souligne aussi que dans la vengeance du souverain se glisse celle du peuple qui humilie et insulte le condamné (Foucault, [1975] 1995).

Il faut attendre la fin du 18^{ième} siècle pour voir disparaître les supplices publics et voir apparaître une autre technologie punitive incluant le recours à l'emprisonnement (réservé à des crimes précis). Avec la disparition des supplices publics, le spectacle s'efface et la prise sur le corps se dénoue. Avant même que les mises à mort ne prennent fin, des hommes de lois, des parlementaires et des philosophes s'étaient déjà arrêtés à définir une nouvelle façon de punir. Le supplice devenu intolérable, pour le peuple et pour les réformateurs, tant il était barbare, il fallait trouver une façon de punir autrement (Foucault, [1975] 1995).

Selon Rostaing (1997), cette réforme n'est pas celle d'une nouvelle sensibilité, mais l'expression d'un désir de mieux punir. Le projet des juristes réformateurs définit la punition comme une procédure de requalification des individus. L'infraction n'oppose plus le délinquant au souverain, mais à la société toute entière. La modulation des peines est le principe directeur des premiers réformateurs. La proportion entre la peine et l'intensité du délit est déterminée par l'influence qu'a la norme qu'on viole sur le pacte (contrat) social (Foucault, [1975] 1995). On n'utilise plus la marque sur le corps du condamné, mais plutôt les signes, les ensembles codés de représentations. Le passage qui suit traduit bien le projet des juristes réformateurs et leur objectif de modulation de la peine en fonction du crime commis.

Le condamné à mort sera acheminé à l'échafaud dans une voiture tendue ou peinte en noir entremêlé de rouge sur laquelle sera inscrit, devant comme derrière le mot « traître »; s'il est parricide, il aura la tête recouverte d'un voile noir et sur sa chemise seront brodés des poignards ou les instruments de mort dont il se sera servi; s'il a empoisonné, sa chemise rouge sera ornée de serpents et d'autres

animaux venimeux (Foucault, [1975] 1995, p. 131).

Idéalement il faut que les lieux (prison, bordures des routes, marchés publics, etc.) où l'on châtie, soient une sorte d'école et qu'ils servent à l'édification morale. Certains rêvent d'y faire déambuler les enfants et les jeunes adultes afin qu'ils saisissent à quel châtiment ils s'exposent s'ils s'avisent de désobéir aux lois. À cette époque, on ne supplicie plus le corps mais plutôt l'âme dont on manipule les représentations (Foucault, [1975] 1995). Les juristes de l'époque imaginaient des punitions adaptées aux crimes commis. Le pire châtiment, imaginé par Vermeil, dépassait tout ce qui avait pu être présenté dans les théâtres où l'on châtiait :

Le coupable aurait les yeux crevés; on le placerait dans une cage de fer suspendue en plein air, au-dessus d'une place publique; il serait complètement nu, une ceinture de fer à la taille...; jusqu'à la fin de ses jours on le nourrirait au pain et à l'eau. Au-dessus de la ville, une araignée de fer (Foucault, [1975] 1995, p. 134).

À cette époque, l'emprisonnement pouvait aussi constituer une punition, mais il était réservée à ceux qui s'en étaient pris à la liberté des autres (Foucault, [1975] 1995). Aujourd'hui, l'attachement de notre société à la primauté de la prison, parmi les sanctions pénales, origine de la dernière moitié du 18^{ième} siècle. Même si la prison nous a débarrassé des autres peines (il y a de cela fort longtemps), il n'est pas certain selon Léauté (1990) que la place qu'elle occupe actuellement soit si utile à la société. Or, la prison est devenue la peine des sociétés civilisées (Foucault, [1975] 1995).

Notons avec Foucault ([1975] 1995) qu'un autre des principaux intérêts de Surveiller et punir est de montrer la continuité historique entre les systèmes punitifs d'hier et d'aujourd'hui.

Le passage des supplices à des peines de prison enfouies dans des architectures massives et gardées par le secret des administrations n'est pas le fruit d'une mutation, ni le signe d'une discontinuité. C'est le passage d'un art de punir à un autre, non moins savant que lui : une mutation technique (Rostaing, 1997, p. 67).

La prison ne signifie pas seulement une simple privation de liberté mais bien une transformation disciplinaire des individus (Russ, 1979). Ce « réformatoire » intégral touche davantage qu'à la liberté. Même si elle échoue dans sa tentative d'amender, la

prison demeure un appareil visant à transformer ceux qui y entrent (Foucault, [1975] 1995). Depuis longtemps, on caresse le rêve d'une architecture fermée pour le contrôle et la discipline de l'Homme. La prison est une de ces architectures où l'on retire l'Homme à « risque », celui qui se distancie de la moyenne, de la norme. Mais cette architecture fermée et austère, où tout se fait à l'insu du regard extérieur, donne selon Foucault ([1975] 1995) un pouvoir presque total sur les détenus; elle a « ses propres mécanismes de répression et de châtement : discipline despotique » (p. 273). La prison, région la plus sombre de l'appareil de justice pénale, est un lieu où le pouvoir de punir n'exerce plus à visage découvert. La prison est le seul endroit où le pouvoir peut se manifester à l'état nu dans ses dimensions les plus excessives, et se justifier comme pouvoir moral. Elle s'est maintenant donnée comme objectif de transformer l'individu dont elle a la charge (Foucault, [1975] 1995). Elle apparaît comme une machine à guérir, à amender, à redresser et non plus seulement à punir. Pour réhabiliter les détenus la prison fait appel à des experts (psychiatres, psychologues, infirmières, criminologues, etc).

L'enfermement en milieu carcéral paraît préférable, si on la compare, aux supplices du passé. Toujours selon Foucault, ce nouvel appareil scientifico-judiciaire constitue une technologie importante de pouvoir (Rostaing, 1997). Selon Foucault, la prison n'a pas été capable de briser le cycle de la production des délinquants (Léauté, 1990). Bien au contraire, elle l'aurait encouragé. La promiscuité entre reclus ne favorise pas le repentir mais plutôt renforce les relations entre délinquants et suscite la prolifération d'actes interdits. La prison serait une machine à produire la délinquance où s'exerce contrôle, quadrillage et pouvoir disciplinaire sur le reclus (Foucault, [1975] 1995). La prison suscite une certaine forme de délinquance par le type d'existence qu'elle fait mener aux détenus : qu'on les isole dans des cellules, ou qu'on leur impose un travail inutile avec lequel les reclus ne trouveront pas d'emploi, c'est ne pas songer à l'homme en société; c'est créer une existence contre nature, inutile et dangereuse (Castel, [1968] 1998; Foucault, [1975] 1995). La prison ne réussit pas à amender ses locataires (Léauté, 1990). Pour Foucault ([1975] 1995), la prison endure et empêche toute réintégration sociale de ceux qui en sont libérés. La réhabilitation n'a pas sa place dans l'enceinte carcérale (Shervington, 1974). La fonction première de la prison c'est de punir et de priver de liberté (Lamothe, 1988, Lemire, 1990). En tant que gestionnaire de la punition, la prison dispose de l'autonomie nécessaire et « témoigne à son tour d'un

supplément disciplinaire qui excède un appareil d'État même s'il le sert » (Deleuze, 1986).

L'asile et la prison répondent bien aux caractéristiques de l'institution « totale » telles que présentées par Goffman. Son caractère enveloppant prend en charge tous les aspects de la vie de l'individu (Goffman, [1968] 1998), ce qui inclut aussi son « dressage », la transformation de sa conduite et de ses attitudes. Son action sur l'individu est ininterrompue, tout comme son regard; elle impose une discipline de tous les instants (Foucault, [1975] 1995). Le contrôle social pénal s'exerce pleinement à l'intérieur de la prison et ce, dans toute sa charge (Horwitz, 1990). En prison on doit redresser le détenu au moyen de techniques disciplinaires en vue de le reconduire à l'intérieur des normes sociales. C'est pourquoi la prison s'autorise à être la machine disciplinaire la plus puissante. Enfin, Foucault ([1975] 1995) définit les disciplines comme 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... la discipline fabrique des corps dociles, des corps soumis et exercés » (p. 161).

La prison laisse sa marque sous forme d'habitudes. Ce qu'on essaie de produire dans un système correctionnel c'est un sujet qui obéit, un individu assujetti à des habitudes, des règles, des ordres, à une autorité qui s'exerce continuellement autour de lui et sur lui et qu'il doit laisser fonctionner en lui (Foucault, [1975] 1995). La pénalité perpétuelle qui traverse tous les points et régit tous les instants des institutions totales compare, différencie, hiérarchise, homogénéise et exclut : en un mot, elle normalise. L'agent de punition doit exercer un pouvoir total, l'individu doit être complètement enveloppé dans le pouvoir qui s'exerce sur lui (Foucault, [1975] 1995).

Selon Foucault ([1975] 1995), aucun tiers ne peut venir perturber l'exercice du pouvoir des agents de punition. Ils possèdent l'autorité nécessaire et voulue pour imposer l'obéissance à ceux sur qui cette autorité s'exerce (autorité conférée par le système légal). Ces agents empruntent une multitude de visages : surveillants, aumôniers, directeurs d'établissements, instituteurs, infirmières, médecins, etc. Tous ces gens sont bien mieux placés que le juge pour exercer une fonction normalisatrice, une fonction corrective. On peut voir se constituer et s'articuler, du côté du personnel, le pouvoir de punir, la gestion de la peine, l'application de la punition et du châtement (Goffman, [1968] 1998; Foucault, [1975] 1995).

Foucault ([1975] 1995) considère ces agents de punition comme de « véritables magistrats » appelés à régner souverainement dans la prison. En prison, n'importe quel membre du personnel dispose d'un droit de sanction indiscutable à l'égard de n'importe quel membre de la classe des reclus (Goffman, [1968] 1998). Le travail du personnel est de pétrir le matériau humain afin de le rendre docile et obéissant (Foucault, [1975] 1995). La tâche du personnel correctionnel ne serait pas tant de dispenser un service ou de prodiguer des soins, mais bien de transformer le détenu en vue d'une réinsertion sociale réussie.

La prison moderne est née vers 1840 en Europe et plus tard aux États-Unis (fin du 19^{ième} siècle) (Léauté, 1990). Un système de détention systématique se met donc en place qui atteste de l'adoption par les gouvernements des pays industrialisés de l'enfermement comme principale sanction pénale (Russ, 1979). L'Europe se couvre, durant cette période (autour de 1840), de pénitenciers et de forteresses remplaçant l'échafaud. À l'échafaud, où le corps du supplicié était l'adversaire du monarque, au théâtre punitif où la représentation du châtement était donnée en permanence au corps social, s'est substituée une grande architecture fermée, complexe et hiérarchisée qui s'intègre au coeur même de l'appareil de l'État (Foucault [1975] 1995).

La prison représente une autre manière de punir, une autre manière d'investir le corps des Hommes. Toutefois les réformateurs modernes n'avaient pas donné à la prison tout l'espace qu'elle occupe maintenant. C'est donc au bout de bien peu de temps qu'elle deviendra la forme principale de punition en Occident. La diversité des peines prônée par les réformateurs, a été remplacée par une punition uniforme quelle que soit l'offense. Avec la prison, il ne reste plus rien des réformes pénales proposées par les juristes réformateurs, réformes qui assignaient un châtement particulier à chaque crime commis. Foucault ([1975] 1995) décrit bien comment le « style » du châtement est passé en Europe (et dans bien d'autres pays) de la torture à la prison (Miller, 1995).

Ce passage de la barbarie (supplices, exécutions publiques) à un certain humanisme (la prison) constitue, pour certains, un progrès (Miller, 1995). Mais, pour Foucault, il y a un danger en puissance quand un « système pénal » supprime la contrainte visible de la punition pour la remplacer par une action en profondeur, un travail souterrain dont le but est de transformer le coeur, la pensée, la volonté, les dispositions du détenu (Foucault, [1975] 1995). L'homme découvert dans le criminel deviendra la cible de l'intervention pénale, l'objet qu'elle prétend corriger et transformer,

le domaine de toute une série de « sciences et de pratiques étranges » - pénitenciaires et criminologiques (Foucault, [1975] 1995).

Les établissements carcéral et asilaire partagent certaines caractéristiques avec d'autres institutions sociales tels les hôpitaux généraux, les couvents, etc. La prison comme l'hôpital psychiatrique répond aux caractéristiques des institutions « totales ». Goffman ([1968] 1998, p. 30) définit l'institution totale comme un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ». Les caractéristiques de l'institution « totale » conviennent aussi bien à la prison qu'à l'hôpital psychiatrique, deux types d'établissement de réclusion, ordinairement involontaire où s'exerce le contrôle social.

Selon Castel ([1968] 1998), l'institution « totale » rassemble la plupart des traits qui caractérisent les établissements spécialisés dans le gardiennage des hommes et le contrôle minutieux de leur mode de vie :

L'isolement par rapport au monde extérieur dans un espace clos (Foucault soutient que l'isolement assure le tête-à-tête du détenu avec le pouvoir qui s'exerce sur lui), la promiscuité entre reclus, la prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, l'observance obligée d'un règlement - et d'un traitement - qui s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, l'irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire, la référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite... tous ces critères conviennent à l'hôpital psychiatrique aussi bien qu'à la prison, au couvent, au cantonnement militaire ou au camp de concentration (Castel, [1968] 1998, p. 11 ajout personnel).

Selon Goffman ([1968] 1998), il existerait, dans nos sociétés actuelles, cinq formes d'établissements « totaux » : les organismes qui prennent en charge les individus inoffensifs incapables de répondre à leurs propres besoins (établissements de soins de longue durée), les établissements spécialisés dans la prise en charge d'individus incapables de s'occuper d'eux-mêmes, mais qui manifestent une dangerosité ou une nocivité sociale (hôpitaux psychiatriques), les institutions destinées à punir et à protéger la société des délinquants, sans que le but visé soit dans l'intérêt de ces derniers (prisons), les établissements qui favorisent les conditions idéales pour la

réalisation d'une tâche (camps de travail) et les établissements ayant pour but d'assurer une retraite du monde extérieur (couvents).

Castel ([1968] 1998) avance que la prison, tout comme l'hôpital psychiatrique, représente pour la recherche un milieu pathogène privilégié, non pas parce qu'elle implique des criminels ou des malades mentaux mais plutôt parce qu'il s'agit d'une institution totale. Pour lui, l'institution totale est organisée sous la forme d'une existence sociale hyper-rationalisée, « elle caricature la vie sociale normale en identifiant l'homme au projet unilatéral qu'elle s'emploie par tous les moyens à faire triompher » (Castel, [1968] 1998, p. 30). L'institution totale crée et maintient une tension importante avec l'univers domestique connu du « pré-reclus ». Ainsi l'institution carcérale utilise cette tension constante comme un levier important pour le « maniement des hommes » (Goffman, [1968] 1998). « Les buts déclarés des institutions totales sont peu nombreux : objectifs économiques, éducation, instruction, traitement médical ou psychiatrique, purification religieuse, défense de la société contre la corruption : neutralisation, sanction, prévention, guérison » (Goffman, [1968] 1998, p. 131). L'institution totale régent l'ensemble de la vie des reclus et soumet ceux-ci à des rapports de pouvoir unidirectionnel; ce pouvoir est théoriquement absolu (Lemire, 1990). (Par là même, notons qu'en pratique la charte canadienne des droits et libertés, et par conséquent certains dispositifs administratifs, protègent le détenu d'abus de pouvoir pouvant être le fait du personnel correctionnel).

Les travaux de Goffman ([1968] 1998) et de Foucault ([1972] 1996, [1975] 1995) ont contribué à orienter la réflexion théorique existante en matière de contrôle social. Leurs travaux ont d'ailleurs une certaine proximité intellectuelle (Turner, 1997) et ceux-ci ont indéniablement guidé notre démarche de recherche. Dans le cadre d'une institution « totale », plutôt que faire l'étude du contrôle social et de la prison de manière statique, Owen (1988) suggère d'entrevoir le contrôle social à l'intérieur de la prison comme un produit de relations entre des personnes. « Social control is a product of relations among human beings, acting and reacting within the institutional context of the prison » (Owen, 1998, p. 5). Owen (1988) précise que dans un cadre correctionnel, le personnel de correction « is both a subject and an object of social control within the dynamics of the prison social order » (p. 5).

Si les travaux de Goffman ([1968] 1998) et ceux de Foucault ([1975] 1995) présentent une certaine similitude, Lagrange (1976) soutient que les deux perspectives pallient les lacunes de l'autre. En effet, dans ses travaux sur les asiles, Goffman ([1968]

1998) étudie la structure interne et le fonctionnement d'une institution « totale » sans toutefois la situer dans une perspective plus globale (macro). La perspective micro-sociologique de Goffman ([1968] 1998) permet donc de décrire minutieusement les rapports sociaux entre les différents acteurs des institutions « totales » et, plus particulièrement, les rapports entre le personnel et les « reclus » ou les « gouvernants et les gouvernés ». L'originalité de Foucault ([1975] 1995) tient du fait qu'il subordonne « l'étude des processus internes (la structure) à l'analyse de ses buts ou fonctions externes, de manière à en réinscrire le fonctionnement dans une stratégie globale » (Lagrange, 1976, p. 704). Pour Foucault, la prison et l'asile constitueraient deux institutions comprises dans deux dispositifs (pénal et psychiatrique) inscrits dans une stratégie globale de « gouvernementalité ». Cette perspective foucauldienne est stratégique selon Lagrange (1976); car suivant Foucault ([1975] 1995), par exemple, l'appareil de justice pénal (qui inclut la prison) transformerait la procédure punitive en technique pénitentiaire. Il soutient par ailleurs que l'asile et la prison ne sont pas de simples institutions mais font partie de dispositifs influents avec leurs stratégies et tactiques (Lagrange, 1976). L'asile et la prison se juxtaposeraient donc à une série d'institutions (Église, école, famille, etc.) impliquées dans le gouvernement des Hommes. Compte tenu de leur complémentarité, les perspectives goffmanienne et foucauldienne ont dès lors été indispensables pour saisir la complexité de notre objet d'étude.

Aujourd'hui, Rostaing (1997) souligne que les études décrivant la « culture de la prison » sont maintenant dépassées et ne permettent pas de comprendre la « société carcérale » dans son ensemble. Les « relations sociales » entre les détenus et le personnel correctionnel méritent maintenant l'attention de la recherche. Cette direction devrait permettre de mieux comprendre certains phénomènes précis qui font partie du quotidien de la détention (que ce soit par l'étude des surveillants ou des surveillés). Les relations carcérales spécifiques entre les détenus et le personnel sont le produit de la contradiction existant entre le régime pénitentiaire et les règles usuelles de la société civile libre (Rostaing, 1997). Le soin infirmier psychiatrique en milieu pénitentiaire, relation carcérale spécifique, doit être situé dans le cadre contradictoire défini par les fonctions carcérales (garde, protection du public, correction, discipline, contrôle, maintien de la sécurité, réinsertion sociale réussie, etc.) et les attentes des autorités correctionnelles et socioprofessionnelles à l'égard des infirmières travaillant en milieu psychiatrique correctionnel. Ainsi, il faut à tout prix situer la problématique de recherche

dans une perspective à la fois macro et micro afin d'étudier l'exercice infirmier psychiatrique en milieu pénitentiaire tout en incluant cette pratique dans un cadre élargi où sont impliqués les dispositifs psychiatrique et pénal, actifs dans nos sociétés contemporaines.

2.1.6 Soins infirmiers psychiatriques

De manière générale, on peut affirmer, du point de vue de l'éthique professionnelle, que l'essence des soins infirmiers psychiatriques, comme tout autre champ de la discipline infirmière, repose principalement sur des valeurs de respect, d'empathie, de souci de l'autre, de service à autrui, de restauration de la santé et de prévention de la maladie (Meleis, 1997). Ces valeurs devraient se manifester, en totalité ou en partie, lors des occasions de soins. Au coeur de ces valeurs de la discipline infirmière, la qualité du partenariat infirmière-client constitue une dimension fondamentale de l'exercice infirmier et, par conséquent, l'établissement et le maintien du lien thérapeutique avec le patient retient l'attention des ordres professionnels (O.I.I.Q., 1996). Selon Watson (1999), le *caring* serait situé au centre de ce partenariat.

Considérons par exemple la conception du soin humain de Watson (1979, 1985) comme un soin optimal ou un soin idéal, conception qui inspire progressivement la formation du personnel infirmier dans plusieurs Écoles ou Facultés de sciences infirmières au Canada. La philosophie qui supporte ce cadre conceptuel s'oppose au discours carcéral dominant que nous avons exposé dans les sections précédentes. Par conséquent, l'adhésion à une philosophie de *caring* marginaliserait le personnel infirmier en milieu de psychiatrie correctionnelle. En effet, les discours, attitudes et comportements du personnel infirmier risqueraient alors de s'opposer à l'idéologie carcérale suivant laquelle il faut redresser le détenu. La conception du soin proposé par Watson, essentialiste et humaniste, devrait baliser, selon cette théoricienne, la pratique du personnel infirmier quel que soit le milieu de soin. Le *caring* est considéré comme un idéal moral (Watson, 1985).

Située dans le paradigme de la transformation (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994), la théorie de Watson (1979, 1985) accorde une importance singulière à la relation *transpersonnelle* de soin entre le soignant et le soigné. Cette relation est un médium fondamental de transmission de sentiments humains à travers une relation thérapeutique co-participative entre l'infirmière et son client (Watson, 1979). Watson estime que la personne du malade est un être indivisible et qu'elle possède un potentiel illimité (Aucoin-Gallant, 1990).

Watson s'oppose donc aux interventions cliniques qui renverraient le client à un statut de pur objet sur lequel une intervention de soin est appliquée. L'infirmière et son client sont partenaires dans cette relation soignant-soigné (Watson, 1985). Ce moment de rencontre implique la prise en compte chez l'infirmière et son client, d'un espace de liberté où chacun d'eux manifeste ses choix. La relation de soin, telle que proposée par Watson, concourt à la protection de l'humanité d'une personne et favorise aussi le respect des autres (George, 1995).

Selon plusieurs théoriciennes des sciences infirmières, les soins infirmiers sont dispensés dans le but de soigner, de protéger, de valoriser et de préserver l'humanité du client en aidant ce dernier à trouver un sens à sa maladie, à sa souffrance, à sa douleur et à son existence (Henderson, 1966, 1978; Leininger, 1980, 1996; Neuman, 1995; Orem, 1991; Peplau, 1952; Orlando, 1961; Watson, 1979, 1985). Par conséquent, les soins dispensés par le personnel infirmier, qu'ils soient physiques ou mentaux, supposent qu'on aide le patient à se connaître davantage et favorisent l'auto-contrôle et l'auto-soin afin qu'il tende vers une harmonie intérieure, quelles que soient les circonstances extérieures. Selon Watson (1979) l'environnement (circonstances extérieures) influence directement la santé de la personne et devrait permettre le développement du potentiel de la personne. Aussi, ces comportements de *caring* manifestés par l'infirmière favoriseraient le rétablissement des malades, même dans les environnements difficiles (Marriner-Thomey, 1994). Selon Watson (1979) le *caring* fait appel à un engagement personnel de la part de l'infirmière.

À première vue, les contradictions entre une philosophie de soin telle que proposée par Watson (1979, 1985) et le fonctionnement carcéral sont nombreuses. Notre recension des écrits relative à l'exercice infirmier en milieu correctionnel nous permettra sous peu d'apprécier la distance qui séparerait le soin « idéal » de la réalité carcérale. Ces articles font état de plusieurs entorses à la philosophie de soin proposée par Watson (1979, 1985) par exemple, laquelle inspire la formation de plusieurs infirmières au Canada. À cet égard, plusieurs questions se posent. Entre ce que Watson nomme « the high value placed on the relationship between the nurse and the person » (Watson, 1985, p. 148) et le traitement du détenu en milieu correctionnel, peut-on concevoir un espace de compromis, de concession, de co-optation ou d'accommodation? La philosophie de soin humaniste proposée par Watson, par exemple, et qui inspire bon nombre d'infirmières et d'infirmiers a-t-elle une place en milieu correctionnel? L'humanisation du soin résisterait-elle au phénomène de

dépersonnalisation observé en prison? Selon Watson, le soin suppose une interaction réciproque entre deux êtres humains. Ce principe de réciprocité (lien thérapeutique) est prioritaire en relation d'aide et s'avère un outil indispensable en soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale (Beck, Rawlins, & Williams, 1988). Le lien thérapeutique entre le personnel infirmier exerçant en milieu correctionnel serait-il différent?

La philosophie de soin selon Watson (1979, 1985) réfère à des valeurs humanistes et à des idéaux en soins infirmiers qui font, de toute évidence, consensus dans la discipline (Meleis, 1997). Cette conception permet de questionner la pratique infirmière en milieu psychiatrique correctionnel dans la mesure où le soin, d'après Watson (1985), ne poursuit pas la même finalité que le contrôle social.

2.1.7 Soins infirmiers psychiatriques en milieu correctionnel

Les études menées en établissements de détention se sont multipliées depuis le début des années soixante-dix et Rostaing (1997) observe une spécialisation des recherches. Comme le souligne celle-ci, « il ne s'agit plus d'adopter une vision générale de l'institution mais de s'intéresser à un thème particulier » (p. 73). L'importance et l'étendue des recherches historiques, criminologiques et sociologiques sur la prison, le détenu et le personnel de correction ont été présentées antérieurement. Cependant, l'étude de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique correctionnel reste relativement négligée (Senior, 1998; Willmott, 1997), même si la prison d'aujourd'hui se veut plus ouverte aux chercheurs. En effet, notre recension établit que la recherche sur les acteurs en milieu carcéral, toutes disciplines réunies, demeure focalisée sur la population des détenus, laissant pour compte le personnel qui y travaille (Rostaing, 1997). Peu de recherches s'intéressent au personnel oeuvrant en prison (Cadamont, 1984; Chauvenet, Orlic, & Benguigui, 1994; Lhuillier & Aymard, 1997). Issues de la francophonie européenne, deux études (Montandon & Crettaz, 1981; Combessie, 1994) s'attardent à décrire les travailleurs de la santé ou les travailleurs sociaux en prison (Rostaing, 1997). Actuellement, la majorité des recherches médicales menées se limitent à des considérations épidémiologiques, diagnostiques et hygiéniques ou s'intéressent à des phénomènes comme la toxicomanie, la morbidité psychiatrique ou les troubles de santé physique (Rostaing, 1997).

Au Canada, comme ailleurs, la recherche sur le personnel infirmier qui travaille en milieu correctionnel en est à ses balbutiements (Senior, 1998). Bien que l'exercice infirmier en milieu correctionnel « is a highly specialized area of nursing practice »

(Peternelj-Taylor & Johnson, 1995, p. 12), la recherche empirique dans ce cadre se fait toujours attendre. Notre recension nous permet de constater que la pratique infirmière en milieu correctionnel est documentée depuis un peu plus de dix ans (Alexander-Rodriguez, 1983; Bernier, 1991; Carraso, 1990; Cushing, 1986; Diers, 1990; Drees, 1994; Guemple, 1990; Gulotta, 1987; Hufft & Fawkes, 1994; Osborne, 1991; Osborne & Thomas, 1991; Peternelj-Taylor & Johnson, 1995; Petryshen, 1981; Reeder & Meldman, 1991; Rynerson, 1989; Senior, 1998; Stevens, 1993; Swanson, 1996; Willmott, 1997).

Les réflexions publiées dans ces écrits se rapprochent sensiblement des conclusions de recherches traitant de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique sécuritaire (Burrow, 1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b, 1998; Martin, 2001; Mason & Mercer, 1998, 1999; Rae, 1993), à savoir que le personnel infirmier concilie difficilement les prérogatives sécuritaires avec celles de l'exercice infirmier. Systématiquement, le personnel de ces milieux de soins sécuritaires est confronté à un dilemme entre « therapy » et « custody » (Crabbe, 1988; Rae, 1993; Willmott, 1997). En outre, ces publications suggèrent qu'il est difficile dans un contexte sécuritaire d'assurer l'établissement d'un partenariat infirmier(ère)-détenu. En effet, les modalités sécuritaires de ces milieux investiraient le lien de confiance d'une dimension d'autorité, de force, de pouvoir et de discipline tel que soulevé par Goffman ([1968] 1998) et Foucault ([1975] 1995).

Bien que ce dilemme « therapy » vs « custody » ait été identifié et documenté par certains auteurs, aucune recherche empirique, à notre connaissance, n'a examiné, de manière systématique, l'exercice infirmier en milieu de psychiatrie pénitentiaire (Senior, 1998). Senior (1998) et Willmott (1997) assurent d'ailleurs que le double rôle, de contrôle social et de soin infirmier, assumé par le personnel infirmier travaillant en milieu correctionnel psychiatrique n'a fait l'objet d'aucune recherche précise.

Bref, tel que le signalent Peternelj-Taylor et Johnson : « the priorities of the correctional system center on confinement and security, and these principles will always come before nursing care » (1995, p. 18). Le droit du public à la sécurité aura toujours préséance sur le bien du détenu (Osborne & Thomas, 1991). Cet aspect constitue en soi un dilemme éthique important, dans la mesure où on peut se demander qui est réellement le client de ce groupe d'infirmières : le détenu-psychiatrisé ou la société ? Peternelj-Taylor et Johnson (1995) renchérissent : « in terms of professional authority, matters of security often override matters of health care, and decisions relating to health

care may be taken away from the nurse, for the greater good of the institution » (1995, p. 18).

Selon Senior (1998) et Willmott (1997) l'exploration d'une telle problématique serait d'une importance cruciale, à cause de la nature des relations professionnelles (infirmier(ère)-client) dans un milieu sécuritaire, d'enfermement, de garde et de contrôle. S'exprimant dans une perspective de soins psychiatriques pénitentiaires, Senior (1998) ajoutera :

This current situation raises the question of how it may be possible, within a penal establishment, to provide mental health care which is appropriate in both quality and quantity; respectful of an individual's rights to make informed and free choices about their receipt of care; and aimed specifically at the well-being of the prisoner-patient, not the demands of the institution (p. 235).

Cet énoncé témoigne du fait que l'expression légitime de l'exercice infirmier peut avoir du mal à répondre au plan de l'éthique professionnelle, dans un milieu pénitentiaire, où la nature des rapports sociaux entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés différerait profondément de la socialisation avec le patient dans des milieux de soins autres que pénitentiaires. La dispensation du soin en milieu psychiatrique pénitentiaire serait modelée par des forces diverses comme par exemple la sécurité dans l'environnement carcéral (Alexander-Rodriguez, 1983; Willmott, 1997). Il est aussi permis de croire que le soin dispensé par le personnel infirmier se modifie dans le temps. Par ailleurs, les multiples aspects du milieu carcéral doivent influencer la représentation que se fait le personnel infirmier du soin psychiatrique à dispenser. Nous postulons que cette représentation « adaptée » du soin infirmier psychiatrique diffère profondément de la représentation courante véhiculée en sciences infirmières et différerait aussi de celle que le personnel infirmier concevait lors de son embauche dans un tel milieu. L'expérience cumulée constitue sans doute une variable importante dans la définition du soin en milieu de psychiatrie pénitentiaire.

Mullen (1993) a établi que les tensions entre les soins et la garde sont intrinsèques à la psychiatrie légale tout comme le sont les rapports de pouvoir (Mason & Mercer, 1998). Sim (1990) précise qu'il existe des rapports de pouvoir continuels entre les professionnels de la santé et leurs clients, quel que soit le milieu d'exercice. Par exemple, l'éducation à la santé pourrait être une façon de discipliner les citoyens déviants pour les inciter à adopter des habitudes « saines » en matière de santé

(Gastaldo, 1997), diminuant ainsi les coûts sociaux relatifs à la santé. Les relations personnel infirmier-clients impliqueraient différentes techniques disciplinaires (Foucault, [1975] 1995, [1976] 1994) inscrites dans des rapports de pouvoir multiformes.

La différence est qu'en prison cette relation est renforcée par l'autorité dont est officiellement investi le personnel infirmier qui peut appliquer une sanction punitive au besoin. Dans plusieurs pénitenciers fédéraux canadiens, le personnel infirmier est aussi agent de la paix (Service correctionnel du Canada, 1993) et non pas un personnel extérieur au Centre correctionnel. Dès lors, « nursing staff in the penal system are embroiled in the duality of psychiatric disorder and social order » (Mason & Mercer, 1998, p. 8). Bien que le personnel infirmier qui travaille en milieu de psychiatrie légale vise à traiter la pathologie plutôt que le crime commis antérieurement par le détenu-psychiatrisé (Martin, 2001), il se trouve investi d'une toute autre responsabilité qui déborde la fonction de soin, à savoir « to prevent relapse into criminal behavior » (Mullen, 1993, p. 217).

Dans le cadre de l'unité psychiatrique pénitentiaire, le personnel infirmier tout comme l'agent de correction détiennent l'autorité nécessaire, conférée par l'État, de punir le détenu au besoin. S'ajoute donc au pouvoir de convaincre (éducation à la santé, etc.) le pouvoir de contraindre (punition, etc.). L'infirmière fait donc partie intégrante du personnel correctionnel. À la lumière des publications recensées, on est en mesure d'estimer à quel point l'exercice infirmier en milieu psychiatrique carcéral est exposé à de nombreux défis. Jusqu'ici les écrits disponibles font état de certaines difficultés rencontrées par les infirmières qui pratiquent en milieux sécuritaires (Alexander-Rodriguez, 1983; Burnard, 1992; Martin, 2001; Niskala, 1986, 1987; Rae, 1993). À ce jour, les écrits recensés indiquent aussi que les infirmières qui exercent dans le domaine de la psychiatrie légale (Forensic Psychiatry), sans parler précisément du milieu psychiatrique carcéral, abandonnent leurs idéaux et leurs attitudes « de soin » pour les remplacer prioritairement par des attitudes et des interventions autoritaires et coercitives, jumelées à une faible empathie (Bear, 1995; Robison & Reed, 1996; Rae, 1993).

L'unité de psychiatrie carcérale répond à la fois aux caractéristiques des prisons et des asiles : elle est l'asile en prison. Le personnel infirmier qui y travaille constitue un groupe socioprofessionnel en contact permanent avec des détenus-psychiatrisés. Ce personnel est placé devant une double tâche pour le moins paradoxale : soigner et punir (Rae, 1993). Ce paradoxe entraîne de nombreux dilemmes et de graves conflits

éthiques (Alexander-Rodriguez, 1983; Burrow, 1991; Gibson, 1986; Martin, 2001; Niskala, 1987; Rae, 1993). Les écrits recensés rapportent d'ailleurs plusieurs anecdotes où les philosophies qui inspirent les soins infirmiers psychiatriques entrent en conflit avec la philosophie sécuritaire et carcérale (Mason & Mercer, 1998; Niskala, 1986, 1987; Senior, 1998). Il est clair cependant qu'on ne peut dispenser des soins psychiatriques en milieu carcéral en faisant abstraction de la réalité pénitentiaire (Lamothe, 1988). La prison est afflictive et infâmante, la prison fait mal et c'est sa fonction (Lamothe, 1988). À la lumière de ce qui vient d'être énoncé, Niskala (1986, 1987) soutient que la marge de manoeuvre du personnel infirmier est réduite et que les conflits éthiques et idéologiques auxquels il a à faire face sont troublants.

Dans l'état actuel de la recherche internationale, le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique pénitentiaire se trouverait engagé dans un processus où sont imbriqués psychiatrie et criminalité, soins psychiatriques et contrôle social. Dormoy (1994) signale que ce processus comporte des distorsions en regard desquelles l'éthique, la clinique et la signification du lien thérapeutique entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatisé paraissent avoir du mal à trouver leur place. Au carrefour de la psychiatrie et du droit criminel se dessine un champ d'expertise complexe : la psychiatrie légale. Au coeur de ce complexe psychiatrico-judiciaire, le pouvoir occupe une place centrale (Mason & Mercer, 1998).

2.1.8 Pouvoir

Selon Mason et Mercer (1998) : « power remains a central and defining construct of the forensic nursing role » (p. 1). Pour faire suite à cette affirmation, il nous apparaît opportun de présenter les apports de certaines perspectives théoriques concernant ce concept. Nous nous limiterons à présenter très brièvement les perspectives théoriques suivantes : Weber, Lukes, Marx, Arendt, courants féministes et Foucault.

Weber définit ainsi le pouvoir : « the probability that an actor will be able to realize his own objectives even against opposition from others with whom he is in a social relationship » (Giddens, 1971, p. 156). Il soutient que le pouvoir est perceptible lorsqu'un parti arrive à faire valoir sa perspective même si, au préalable, une forte opposition était manifeste. Le pouvoir se possède et ceux qui en sont pourvus l'utilisent pour atteindre leur propres fins. La notion de « parti » est importante dans les travaux de Weber. Le parti est un groupe qui a un agenda spécifique dont le but ultime est d'accroître son pouvoir social. Plusieurs moyens sont déployés pour atteindre ce but dont la violence et la représentation parlementaire. Pour Weber, la localisation du

pouvoir n'est pas claire et les formes du pouvoir sont multiples (Weber, 1970).

Lukes (1974) souligne que la perspective webérienne en ce qui a trait au pouvoir est limitative. Bien qu'il soit d'accord avec l'idée que le pouvoir se possède et qu'il est utilisé par le groupe dominant à des fins qui lui sont propres, Lukes ajoute une troisième dimension qui semble s'inspirer du concept d'aliénation chez Marx : ceux qui possèdent le pouvoir sont capables de manipuler les vœux et désirs des autres (groupes dépourvus de pouvoir) de manière à ce qu'ils acceptent les perspectives des groupes dominants même si celles-ci leurs sont dommageables (Lukes, 1974).

La vision marxiste du pouvoir, rejoint en partie les idées de Max Weber. En général, les marxistes adhèrent à l'idée que le pouvoir est détenu par une classe sociale dominante. L'exercice du pouvoir est essentiellement coercitif puisqu'il est au centre des conflits entre la classe bourgeoise dominante et celle des prolétaires. L'État est influencé par les avis de la classe bourgeoise et tend, par le biais de ses politiques, à favoriser cette classe au détriment de la classe pauvre (Wilkinson, 1999). Ce pouvoir étatique, influencé par la classe bourgeoise, arrive à faire accepter à la classe pauvre, par l'intervention de différentes stratégies (publicité, etc), les bienfaits du capitalisme par exemple. L'État est vu, ici, comme le détenteur ultime du pouvoir, une puissante superstructure où le pouvoir est centralisé. La vision marxiste est essentiellement antagonisante et binaire. Il s'agit d'une lutte entre deux classes qui se résoudra par la « Révolution d'un grand soir » et le basculement des forces en faveur du prolétariat qui du coup abolira les classes. Pour Marx, la classe bourgeoise opprime les prolétaires.

Hannah Arendt ([1972] 1995), philosophe et théoricienne du pouvoir, s'est quant à elle intéressée aux régimes totalitaires et à leur violence. Le pouvoir constitue une habileté particulière qui permet « d'agir avec » un groupe. Le pouvoir, selon Arendt, tout comme pour Marx, est la propriété d'une personne qui représente un ensemble de personnes (groupe) et qui se permet d'agir en fonction de ce groupe de personnes. Le pouvoir existe dans les relations et est indissociable d'un groupe. Pour Arendt, le pouvoir est l'essence de tout gouvernement. Ce pouvoir organisé et institutionnalisé est assorti d'un instrument indispensable : la violence (Arendt, [1972] 1995). Ainsi, le pouvoir c'est en quelque sorte l'essence d'un gouvernement, alors que la violence est son arme ultime. Selon Arendt, quand la violence de l'État a finalement détruit son propre pouvoir, c'est la « terreur » qui s'installe. Cette terreur revêt deux formes : la tyrannie (terreur pré-totale) et le totalitarisme (terreur totale). La terreur est totale lorsque celle-ci est indépendante de toute opposition. Cette terreur totale émerge lorsque la

violence a dépassé le pouvoir de l'État et qu'elle se trouve capable de maintenir, sur des groupes de personnes, un état de domination permanent. Arendt ([1972] 1995) souligne que l'essence du totalitarisme, comme forme de gouvernement, est la « terreur totale » et que le régime totalitaire repose sur une idéologie pour guider ses plans. Le lien entre « terreur », « idéologie » et « totalitarisme » se résume ainsi :

La terreur isole les Hommes en ruinant les relations entre eux tandis que l'idéologie ruine les relations des Hommes avec la réalité. Le sujet idéal du règne totalitaire est l'Homme pour qui la distinction entre fait et fiction (réalité de l'expérience) et entre vrai et faux (normes de la pensée) n'existent plus (Arendt, [1972] 1995, p. 143).

Les approches féministes proposent d'autres manières de concevoir le pouvoir. Il existe plusieurs courants féministes tels : le féminisme libéral, le féminisme marxiste, le féminisme radical, etc. (Wilkinson, 1999). Brosse un portrait du pouvoir à travers tous ces courants dépasserait les buts de cette recension des écrits. Bien qu'il existe des nuances propres à chacun de ces courants, tous partagent l'idée que le pouvoir masculin impose sa vision du monde et sa représentation des rôles aux femmes. La notion de pouvoir patriarcal occupe une place centrale dans l'argumentation féministe. Une citation de Rich (1977) détaille bien les éléments sur lesquels s'exerce le pouvoir patriarcal.

Patriarchy is... familial-social, ideological, political system in which men – by force, direct pressure or through ritual law and language, customs, etiquette, education, and the division of labor, determine what part women shall or shall not play, and in which the female is everywhere subsumed under the male. it does not necessarily imply that no woman has power, or that all women in a given culture may not have certain powers (p. 57).

Cette définition n'embrasse pas toutes les nuances propres à chaque courant féministe. Cependant, on peut constater que cette conception du pouvoir binaire et antagonisante par laquelle deux parties s'opposent (classes et genres) dont l'un dominant détient le pouvoir (bourgeoisie, hommes) s'apparente à celle de Weber, Lukes et Marx. Explorons maintenant une vision alternative qui en représentant, comme nous le verrons, le pouvoir sous un angle agoniste va au-delà de sa perception répressive et antagonisante.

Si les figures et les conceptualisations du pouvoir sont multiples et ses effets souvent décrits comme répressifs, il n'en demeure pas moins que l'aspect productif du pouvoir mérite notre attention puisque la productivité du pouvoir constitue un aspect important de la pratique infirmière en milieu de psychiatrie légale (Mason & Mercer, 1998), tout comme dans d'autres milieux de soins (McCormick, 1997).

Foucault propose une conception du pouvoir qu'il n'assimile pas exclusivement à la répression. À partir de travaux historiques sur la psychiatrie, Foucault ([1972], 1996) a dégagé un modèle d'analyse politique fondé, entre autres, sur le pouvoir de l'exclusion. Pour Foucault, le pouvoir a, pendant longtemps, été sous-problématisé (McHoul & Grace, 1993) puisque ses mécanismes n'avaient jamais été analysés comme tels (Foucault, 1980b). La perspective de Foucault sur le pouvoir se distingue radicalement de ses prédécesseurs (Clegg, 1989). Selon Hindess (1996), le pouvoir est respectivement pour Hobbes, Lukes et Marx, la possession d'un souverain, d'un État ou d'une classe sociale dominante.

Or cette conception réfère, selon Foucault, à une appréhension juridico-discursive du pouvoir dont la portée explicative reste limitée (McHoul & Grace, 1993; Weberman, 1995).

On this account, power takes the form of openly articulated (hence discursive) prohibition, coercion, threats and punishment (hence juridical) and has the effect of restricting the activities of the ruled by preventing them from doing what they want to do (Weberman, 1995, p.191).

Selon Foucault, il faut se libérer des obsessions relatives à la souveraineté et à la légitimité si on veut s'offrir une toute nouvelle conception du pouvoir. Il étudiera donc le pouvoir hors du modèle du Léviathan (cf. ouvrage de Hobbes, [1651] 1968), hors du champ délimité par la souveraineté juridique et l'institution qu'est l'État. Selon Foucault : « we need to cut off the King's head : in political theory that has still to be done » (Foucault, 1980b, p. 121). Il faut s'affranchir de la figure du monarque et débusquer, tout autant que l'aspect répressif, les mécanismes subtils et les technologies politiques qui permettent à ce même pouvoir de produire des domaines d'objet et des rituels de vérité (Foucault, 1980a, 1980b). Foucault analysera plutôt le pouvoir en considérant d'abord les stratégies et des tactiques d'où l'originalité de sa conception :

Le pouvoir ce n'est pas une institution et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotés; c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée (Foucault, [1976] 1994, p.123).

Le pouvoir, c'est la capacité qu'ont différentes actions de produire des effets sur soi-même ou sur d'autres personnes (Patton, 1998). Selon Foucault, le pouvoir ne se possède pas, il s'exerce (Gros, 1996). L'ensemble des pouvoirs effectifs correspond à la multiplicité des rapports de force existant dans tout le corps social. Contrairement à ce que plusieurs exégètes lui ont reproché, Foucault n'a jamais nié l'existence d'un pouvoir étatique et répressif. Cependant, il remet en question l'existence exclusive de ce dernier et l'idée commune à l'effet que le pouvoir s'exerce de haut en bas et est imposé par la contrainte. Le méta-pouvoir étatique n'opérerait que dans la mesure où il est soigneusement ancré et supporté par une multitude de relations de pouvoir indéfinies (Foucault, 1980b). Ainsi Foucault voit dans les luttes de classe sociale les formes visibles du pouvoir qui, lui, de manière générale, est plus diffus, polymorphe, insidieux; bref, capillaire (Weberman, 1995). Il s'agit de voir maintenant que :

Les procédés de pouvoir ne fonctionnent pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation, non pas au châtement mais au contrôle et... s'exercent à des niveaux et dans des formes diverses qui débordent l'État et ses appareils (Foucault, [1976] 1994, p. 118).

Ce qui oriente les travaux de Foucault, c'est bien évidemment la saisie et la compréhension du pouvoir à ses extrémités, dans ses derniers linéaments, là où il devient effectivement capillaire. Selon lui il faut étudier les mécanismes du pouvoir là où ils se manifestent, c'est-à-dire dans les institutions régionales et locales. Il faut appréhender le pouvoir dans les institutions (psychiatriques, carcérales, religieuses, hospitalières, etc.) où il prend réellement corps à travers des technologies précises alors qu'il se donne des instruments d'intervention parfois même violents (Foucault, 1997). Foucault refuse d'étudier le pouvoir en cherchant obstinément qui le détient. Il étudiera le pouvoir, là où il se trouve en relation directe avec son sujet, sa cible, son champ d'application; là, finalement, où il produit des effets manifestes.

Loin d'être détenues dans un camp, les relations de pouvoir sont plutôt, par définition, instables et réversibles. Le pouvoir est fluide et consiste en une structure qui repose sur les actions d'individus libres; le pouvoir n'est pas statique (McHoul & Grace,

1993). La liberté des sujets au centre des rapports de forces et donc des relations de pouvoir apparaît comme une condition nécessaire de l'existence même du pouvoir. L'exercice efficace du pouvoir ne requiert pas qu'on prive le sujet de sa liberté, puisque la liberté des sujets est essentielle aux relations de pouvoir (Foucault, 1997). Un pouvoir figé et polarisé, détenu par exemple par un tyran, renvoie plutôt à une forme particulière de pouvoir appelée : domination (Patton, 1998).

Ce type de pouvoir « dominant » se présente comme un mécanisme relativement stable qui bénéficie davantage à un sujet, au détriment d'un autre. La domination n'est pas le pouvoir mais bien une forme de pouvoir parmi d'autres. La domination implique des formes multiples d'assujettissements qui se manifestent et fonctionnent dans tout le corps social (Foucault, 1997).

Foucault insiste : « le pouvoir est partout; ce n'est pas qu'il englobe tout, c'est qu'il vient de partout » (Foucault, [1976] 1994, p. 122). Le pouvoir est polymorphe, multiforme; il transite par les personnes; il ne s'applique pas à eux et ne loge pas en eux; il traverse les corps (Foucault, 1997). Les individus sont des relais du pouvoir et non pas des points d'application, il les traverse de part en part sans même qu'ils en soient conscients (Foucault, 1980d). La conscience n'est pas obligatoirement un relai de ce dernier (Weberman, 1995).

Le pouvoir s'exerce en recourant à des instruments, des techniques, des stratégies et des procédures (Hindess, 1996). Les rapports de force qu'on constate dans nos sociétés occidentales, et qu'on retrouve dans toutes les formes de guerre, se sont insidieusement investis dans l'ordre du pouvoir politique (Foucault, [1976] 1994). Il faudrait appréhender le pouvoir comme un rapport de force, donc comme un rapport de guerre. Pour l'analyser, les outils nécessaires relèvent de la stratégie et s'apparentent à l'art de la guerre (Foucault, 1994b).

Dans Surveiller et punir, Foucault ([1975],1995) expose dans quelle mesure le pouvoir moderne dépasse la simple prise sur le corps (comme c'est le cas avec le pouvoir souverain par exemple). Il décrit le fonctionnement du pouvoir disciplinaire qui se veut une forme de pouvoir productif (Hindess, 1996). « Those modern bodies are not necessary physically constrained, possess legal rights preventing exploitation, and are free from direct forms of control » (McHoul & Grace, 1993, p. 63). Ainsi, le pouvoir ne peut pas être que répressif.

If power were never anything but repression, if it never did anything but to say no, do you really think one would be brought to obey it ? What makes power hold good, what makes it accepted, is simply the fact it doesn't only weight on us as a force that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasures, forces knowledge, produces discourses (Foucault, 1980b, p. 119).

En fait, le pouvoir disciplinaire produit des domaines d'objet et des rituels de vérité tout comme il produit des corps dociles, entraînés et conditionnés à l'obéissance. Ce pouvoir extrait des forces, les amplifie, les conjugue et les multiplie. Les disciplines sont des « méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ces forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité » (Foucault, [1975] 1995, p 161). « La discipline est une anatomie politique du détail » (p. 163). Loin de la simple répression, le pouvoir produit et en ce sens il est positif.

Foucault montre, dans ses travaux sur la naissance de la prison, comment s'est mise en place, à partir des 17^{ième} et 18^{ième} siècles, une nouvelle économie de pouvoir permettant à ce dernier de circuler continûment dans le corps social de manière ininterrompue, adaptée et individualisante (Foucault, [1975] 1995). Les disciplines sont devenues des instruments généralisables du gouvernement (État) (Hindess, 1996). Bref, cette forme de pouvoir peut soustraire, déduire, enlever et contraindre, mais :

Deduction has tended to be no longer the major form of power but merely one element among others, working to incite, reinforce, control, monitor, optimize, and organize the forces under it; a power that bent on generating forces, making them grow and ordering them, rather than one dedicated to impeding them, making them submit, or destroying them (Rabinow, 1984, p. 259).

Il faut donc insister sur les capacités productives du pouvoir. Ce pouvoir est acceptable et tolérable dans la mesure où la majeure partie de ce dernier est indétectable et cachée sous diverses apparences (Bernauer, 1990). « C'est à condition de masquer une partie importante de lui-même que le pouvoir est tolérable » (Foucault, [1976] 1994, p. 113).

Poursuivant son travail, Foucault ([1976] 1994) continue de nous montrer, dans le premier tome de L'histoire de la sexualité, la dimension productive de ce pouvoir. Pour ce faire, il s'oppose à l'hypothèse répressive en regard de la sexualité et soutient plutôt que le sexe était, à l'époque victorienne partout et sur toutes les lèvres, cependant

incorporé dans un discours policé et visible dans des actes dorénavant disciplinés.

Du sexe, on doit en parler, on doit parler publiquement et d'une manière qui ne soit pas ordonnée au partage du licite ou de l'illicite, même si le locuteur en maintient pour lui la distinction...; on doit en parler comme d'une chose qu'on n'a pas simplement à condamner ou à tolérer, mais à gérer, à insérer dans des systèmes d'utilité, à régler pour le plus grand bien de tous, à faire fonctionner selon un optimum... Le sexe, au 18^{ième} siècle, devient affaire de police... Police du sexe : c'est-à-dire non pas rigueur d'une prohibition mais la nécessité de régler le sexe par des discours utiles et publics (Foucault, 1976] 1994, p. 34-35).

Alors, contrairement à ce qu'on pourrait croire, ce n'est pas la pudibonderie qui qualifie le discours sur le sexe, mais bien la variété et le déploiement des appareils utilisés « pour en parler, pour en faire parler, pour obtenir qu'il parle de lui-même, pour écouter, enregistrer, transcrire et redistribuer ce qui s'en dit » (Foucault, 1976] 1994, p. 47). La conception du pouvoir telle que présentée par Foucault se distingue de l'hypothèse répressive. Elle s'y oppose. Le sexe n'est qu'un exemple de ce pouvoir qui produit. La dimension productive du pouvoir est aussi soulevée par Foucault (1980c) en ce qui a trait au monde pénal :

Thus the penal system should not be analysed purely and simply as an apparatus of prohibition and repression of one class. The penal system makes possible a mode of political and economic management which express the difference between legality and illegalities (p. 141).

Ainsi le pouvoir, pour Foucault, consiste en une stratégie ayant des capacités à la fois répressives et productives (Lacombe, 1996). Le pouvoir obéirait à six maximes (Foucault, 1994a) :

Le pouvoir est coextensif au corps social; il n'y a pas, entre les mailles de son réseau, des plages de libertés élémentaires;... les relations de pouvoir sont intriquées dans d'autres types de relation (de production, d'alliance, de famille, de sexualité) où elles jouent un rôle à la fois conditionnant et conditionné; les relations de pouvoir n'obéissent pas à la forme unique de l'interdit et du châtement mais elles sont de formes multiples;... leur entrecroisement dessine des faits généraux de domination, que cette domination s'organise en stratégie plus ou moins cohérente et unitaire; que les procédures dispersées, hétéromorphes et locales de pouvoir sont réajustées, renforcées, transformées par ces stratégies globales et tout cela avec des

phénomènes nombreux d'inertie, de décalage, de résistances... ; il y a donc production multiforme de rapports de domination qui sont partiellement intégrables à des stratégies d'ensemble;... les relations de pouvoir servent en effet, mais non point parce qu'elles sont au service d'un intérêt économique donné comme primitif, mais parce qu'elles peuvent être utilisées dans des stratégies;... il n'y a pas de relations de pouvoir sans résistances... (p. 425).

Et il se résume ainsi :

Ce pouvoir s'exerce plutôt qu'il ne se possède, il n'est pas le privilège acquis ou conservé de la classe dominante, mais l'effet d'ensemble de ses positions stratégiques – effet que manifeste et parfois reconduit la position de ceux qui sont dominés. Ce pouvoir d'autre part ne s'applique pas purement et simplement, comme une obligation ou une interdiction, à ceux qui ne « l'ont pas »; il les investit, passe par eux et à travers eux; il prend appui sur eux, tout comme eux-mêmes, dans leur lutte contre lui, prennent appui à leur tour sur les prises qu'il exerce sur eux. Ce qui veut dire que ces relations descendent loin dans l'épaisseur de la société, qu'elles ne se localisent pas dans les relations de l'État aux citoyens ou à la frontière des classes et qu'elles ne se contentent pas de reproduire au niveau des individus, des corps des gestes et des comportements, la forme générale de la loi ou du gouvernement (Foucault, [1975] 1995, p. 35).

Le corps social n'est pas réduit à la seule domination centrale et visible d'un appareil étatique, mais est traversé par tout un réseau complexe de relations et de forces qui démultiplient la figure du pouvoir. Pour Foucault, le pouvoir :

Seems to include everything from overt forms of coercion and manipulation to the subtle exercise of authority and influence » (Weberman, 1995, p. 193). « The difference between productive and negative power is [that] in the case of negative power, prohibition is explicit and conflict or the frustration of desire ensues, while in the case of productive power, the exercise is unperceived and conflict or desire-frustration is avoided (p. 195).

Pour mieux expliciter la définition du pouvoir proposée par Foucault, le concept de bio-pouvoir a été introduit par l'auteur. C'est en 1976 que l'idée d'un pouvoir sur la vie (bio-pouvoir) apparaîtra (sous sa définition actuelle) dans le lexique foucauldien. Depuis ce temps, le bio-pouvoir est demeuré un élément central dans la mosaïque conceptuelle du philosophe. Dans ses derniers ouvrages (Surveiller et punir, [1975] 1995; Histoire de la sexualité [1976] 1994; L'usage des plaisirs, 1984; Le souci de soi, 1984), Foucault

démontre comment les sociétés modernes occidentales actuelles ont développé une nouvelle forme de pouvoir qui, loin d'être uniquement répressive, a investi la vie de part en part. Ce nouveau rapport de l'État aux individus et aux populations est institutionnalisé à l'intérieur de diverses organisations ou agences, mais s'est aussi propagé dans tout le tissu social.

Du régime militaire aux programmes d'enseignement scolaire en passant par le contrôle des naissances et des maladies contagieuses, l'individu et la population sont soumis à une discipline et à un investissement sans fin où l'on tend vers un fonctionnement optimal. Les concepts traditionnels tel, par exemple, celui d'autorité sont maintenant devenus, selon Foucault, inutiles pour comprendre, analyser et critiquer ce nouveau système de pouvoir dans lequel nous sommes plongés (Foucault, 1991). L'analytique foucauldienne offre une toute nouvelle façon d'appréhender ce système.

Traditionnellement, le pouvoir c'est ce qui se voit, se montre, ce qui se manifeste, et, paradoxalement, « trouve le principe de sa force dans le mouvement par lequel il la déploie » (Ewald, 1988, p. 199). À cet égard les travaux de Foucault dans Surveiller et punir ([1975] 1995) témoignent de cette tradition. Les nombreuses descriptions de tortures, de supplices et de mises à mort dépeintes par l'auteur traduisent, dans quelle mesure l'éclat des punitions, par exemple, concourrait à démontrer la puissance et la force du souverain. Cette forme de pouvoir prend donc appui sur le droit monarchique. Habituellement, à cette époque, cette puissance prend comme cible, la chair. La punition, par exemple, peut être barbare, spectaculaire et révoltante. La majorité des rituels où le corps du condamné était, d'une façon ou d'une autre, supplicié, ont disparu (dans la majorité des pays occidentaux), laissant place à une nouvelle forme de pouvoir (Foucault, [1976] 1994). Il faut toutefois nuancer ce passage.

Bien que la plupart des pays occidentaux aient aboli la peine de mort, il n'en demeure pas moins que certains continuent de l'appliquer (certains états américains par exemple). Mais aujourd'hui les techniques de mise à mort se sont aseptisées, « civilisées ». L'analyse de la peine de mort moderne doit être orientée vers le caractère du déviant plutôt que sur le crime lui-même. Les sociétés modernes actuelles sentent le besoin de se protéger des risques dans la mesure où ceux-ci constituent une menace pour l'ensemble d'une population. Pour plusieurs sociétés les massacres et la torture sont demeurés vitaux puisque c'est comme gestionnaires de la vie et de la survie d'une population que certains régimes se permettent de tuer des Hommes. Il a été possible de maintenir la peine de mort en invoquant la monstruosité du criminel, son incorrigibilité et

la sauvegarde de la société (Foucault, [1976] 1994). « On tue légitimement ceux qui sont pour d'autres une sorte de danger biologique. Pour un tel pouvoir, l'exécution capitale est à la fois la limite, le scandale et la contradiction » (Foucault, [1976] 1994, p. 181).

Depuis la fin du 17^{ième} siècle nous sommes passés au plan historique, d'un droit de mort (détenu par le souverain) à un pouvoir sur la vie (détenu par l'État). Mais un nouveau pouvoir qui prend la vie en charge aura certes besoin de mécanismes continus, régulateurs et correctifs (Foucault, [1976] 1994). Pour la première fois dans l'histoire « le biologique se réfléchit dans le politique »; le fait de vivre n'est plus ce soubassement inaccessible émergeant de temps à autre; « il passe pour une part dans le champ de contrôle du savoir et d'intervention du pouvoir » (Foucault, [1976] 1994, p. 187). Depuis plus de trois siècles : « western man was gradually learning what is it meant to be a living species in a living world, to have a body, conditions of existence, probabilities of life, an individual and collective welfare, forces that could be modified, and a space in which they could be distributed in an optimal manner » (Rabinow, 1984, p. 264). Une des conséquences majeures de ce pouvoir sur la vie, c'est bien cette prise en charge de la vie plutôt qu'une menace de mort, et qui se faisant, donne à ce pouvoir un accès infini au corps (Foucault, [1976] 1994).

Cette nouvelle forme de pouvoir qui cherche à gérer les individus et les populations est une technologie à double face qui s'est développée depuis le 17^{ième} siècle, sous deux formes principales (Foucault, [1976] 1994). Les deux pôles du bio-pouvoir, anatomo-politique et bio-politique, loin d'être mutuellement exclusifs, sont reliés par tout un faisceau intermédiaire de relations. Ils partageraient ainsi, l'un avec l'autre, de nombreuses interfaces. L'articulation des deux pôles, ne se fera pas au niveau d'un discours spéculatif mais elle prendra plutôt la forme d'agencements bien concrets qui constituent cette technologie de pouvoir (Foucault, [1976] 1994; Donnelly, 1988) appelle « gouvernementalisation de l'État » ce réseau de relations inter-polaires.

Le premier pôle à s'être développé (17^{ième} siècle), s'intéresse au corps en tant que machine à dresser et à discipliner. Le corps est donc perçu comme un objet à manipuler (Dreyfus et Rabinow, 1984). Ce pôle, « anatomo-politique du corps humain », réfère à la dimension disciplinaire du bio-pouvoir. Déjà à cette époque, on assiste à la naissance de cette technologie politique cohérente (Foucault, [1976] 1994).

Un peu plus tard dans l'histoire, le second pôle prend forme. Nous sommes à la toute fin du 18^{ième} siècle. La « bio-politique des populations » apparaît. Cette deuxième

dimension du pouvoir sur la vie renvoie aux contrôles régulateurs auxquels une collectivité d'individus (objectivés et « subjectivés » par différentes techniques) est soumise. Sur ces contrôles régulateurs, Foucault a comparativement bien peu écrit (Donnelly, 1988), étant donné sa mort prématurée en juin 1984 (Gros, 1996).

Les pôles anatomo-politique et bio-politique demeureront distincts jusqu'au début du 19^{ième} siècle, époque à partir de laquelle ils s'intégreront l'un à l'autre pour former les technologies de pouvoir telles qu'on les connaît encore aujourd'hui (Foucault, [1976] 1994). Cet agencement concret des deux dimensions du bio-pouvoir permet « la prolifération des technologies politiques, qui à partir de là, vont investir le corps, la santé, les façons de se nourrir et de se loger, les conditions de vie, l'espace tout entier de l'existence » (Foucault, [1976] 1994, p. 189). Le bio-pouvoir, loin d'être uniquement répressif : « optimize, administer, and multiply life, subjecting it to precise controls and comprehensive regulations » (Rabinow, 1984, p. 259) La société normalisatrice telle que nous la connaissons encore de nos jours est « l'effet historique d'une technologie de pouvoir sur la vie » (Foucault, [1976] 1994, p. 190). Cette nouvelle forme de pouvoir qualifie, mesure, apprécie et hiérarchise; elle opère des distinctions à partir d'une norme (Foucault, [1976] 1994).

Bref, cette forme de pouvoir peut soustraire, déduire, enlever et contraindre, mais « deduction has tended to be no longer the major form of power but merely one element among others, working to incite, reinforce, control, monitor, optimize, and organize the forces under it; a power that bent on generating forces, making them grow and ordering them, rather than one dedicated to impeding them, making them submit, or destroying them » (Rabinow, 1984, p. 259). Ce pouvoir est acceptable et tolérable dans la mesure où la majeure partie de ce dernier est indétectable et cachée sous diverses apparences (Bernauer, 1990).

Premier pôle: Anatomo-politique

Le soldat est devenu quelque chose qui se fabrique; d'une pâte, d'un corps inapte, on a fait la machine dont on a besoin; on a redressé peu à peu les postures; lentement une contrainte calculée parcourt chaque partie du corps, s'en rend maître, plie l'ensemble, le rend perpétuellement disponible, et se prolonge, en silence dans l'automatisme de ses habitudes; bref on a chassé le paysan et on lui a donné l'air du soldat (Foucault, [1975] 1995, pp. 159-160).

Cette illustration ne saurait être l'apanage exclusif des services militaires. Bien au contraire, elle pourrait bien être une métaphore applicable à un ensemble d'individus transformés en objets afin de répondre à des besoins spécifiques. L'étudiant, le patient, le détenu et bien d'autres encore sont soumis à des régimes disciplinaires différenciés, et qui tous s'apparentent à celui mis en oeuvre pour la fabrication d'un soldat. Les disciplines sont multiformes.

La discipline fabrique des individus (Foucault, [1975] 1995). En fait, elle façonne, à partir des corps qu'elle contrôle et selon des techniques qui lui sont propres, des types d'individualités. Elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus comme objet et instrument de son exercice (Ewald, 1988). Dans Surveiller et punir, Foucault ([1975] 1995) s'est longuement attardé à cette dimension disciplinaire. Il souligne que l'exercice de la discipline « suppose un dispositif qui contraigne par le jeu du regard; un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent les effets du pouvoir, et où, en retour, les moyens de coercitions rendent clairement visibles ceux sur qui ils s'appliquent » (Foucault, [1975] 1995, p. 201). Cette affirmation nous semble encore bien d'actualité. S'il est vrai que l'action générale et attendue du bio-pouvoir n'est pas nécessairement répressive, il n'en demeure pas moins que différentes institutions étatiques constituent encore des bastions, où la répression et la punition continuent de s'exercer, non pas à la manière d'antan, mais sous des formes beaucoup plus subtiles et toujours à l'abri des regards extérieurs.

Les différents mécanismes de répression de la prison, par exemple, se sont associés par ailleurs à des techniques disciplinaires plus subtiles. Les disciplines s'en prennent au corps, s'attardent à son dressage, à la majoration de ses aptitudes, à l'extorsion de ses forces, à la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, ainsi qu'à son intégration à des systèmes efficaces de contrôle (Foucault, [1975] 1995). La prison, comme bien d'autres institutions étatiques, doit être comprise à l'intérieur de ce pouvoir sur la vie, puisque même si sa mission première est de punir, et en ce sens on peut avancer qu'elle dispose d'un supplément disciplinaire qui somme toute sert l'État (Deleuze, 1986), elle a aussi pour mandat de transformer ceux qui y entrent (Foucault, [1975] 1975). En prison la privation de liberté et les châtements subtils s'accompagnent d'une « transformation disciplinaire des individus » par différentes tactiques (Russ, 1979). Néanmoins, gardons à l'esprit que la prison continue d'être un des endroits où le pouvoir peut se manifester à l'état nu dans ses dimensions les plus excessives (Foucault, [1975] 1995).

À partir de ses travaux sur le monde pénitentiaire, qu'il compare à un « réformatoire », Foucault montre comment s'est opérée l'extension progressive des disciplines à l'ensemble du corps social. Il nous a sensibilisé à cette nouvelle société dite disciplinaire (Ewald, 1988), le tout ayant débuté au 17^{ième} siècle (Foucault, [1975] 1975). L'avènement de la société disciplinaire ne signifie pas, pour autant, la mort des « institutions totales » (asiles, écoles, prisons, etc.), mais plutôt la prolifération des technologies disciplinaires à l'extérieur de leurs murs. En même temps, c'est précisément au moment où ces technologies disciplinaires se localisent dans des institutions particulières que le bio-pouvoir peut prendre effet (Dreyfus & Rabinow, 1984). Maintenant la discipline ne peut plus être identifiée à une institution précise; elle est un type de pouvoir fait d'instruments, de techniques, de procédés, de niveaux d'application, de cibles et de techniciens aussi (Foucault, [1975] 1995). Elle pourra, néanmoins, continuer d'être prise en charge ① par des institutions spécialisées dans la punition et le redressement (prisons), ② par des institutions qui s'en servent comme instrument essentiel pour une fin déterminée (hôpitaux, universités, écoles, usines), ③ par des instances préexistantes qui pourront maximiser leurs mécanismes de pouvoir (famille), ④ par des appareils qui ont fait de la discipline leur principe de fonctionnement (bureaucraties), et pour terminer ⑤ par les appareils étatiques ayant pour mandat de faire régner la discipline à l'échelle sociale (police) (Foucault, [1975] 1995). « Quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, qui tous ressemblent aux prisons » (Foucault, [1975] 1995, p. 264). La différence ici, c'est que la prison porte les techniques disciplinaires à leur apogée. Elle a le mandat d'être la machine disciplinaire la plus puissante. Il faut rééduquer l'individu pervers. « L'opération pénitentiaire, si elle veut être une vraie rééducation, doit totaliser l'existence du délinquant, faire de la prison une sorte de théâtre artificiel et correctif où il faut la reprendre de fond en comble » (Foucault, [1975] 1995, p. 292). La prison est sans extérieur ni lacune; elle ne s'interrompt pas, sauf sa tâche totalement achevée; son action sur chaque détenu doit être sans interruption: discipline incessante (Foucault, [1975] 1995).

Au plan disciplinaire, il semble que nous soyons confrontés à deux images qui, quoique complémentaires, sont aussi distinctes. À une extrémité, la « discipline-blocus », l'institution close (par exemple la prison), établie dans les marges, et principalement occupée par des fonctions négatives: arrêter le mal, les communications et le temps (Foucault, [1975] 1995). À l'autre extrême il y a la « discipline-mécanisme ».

Ici, tout un dispositif vise à améliorer l'exercice du pouvoir en tentant de le rendre plus léger et plus rapide en même temps, « un dessin des coercitions subtiles pour une société à venir » (Foucault, [1975] 1995, p. 244). Deux faces disciplinaires encore bien vivantes: discipline d'exception et discipline s'appliquant à la transformation. L'une n'exclurait pas l'autre.

Retenons donc que les disciplines sont sorties des institutions particulières pour investir l'ensemble du fonctionnement social. « Étatisation, enfin, des mécanismes de disciplines » (Ewald, 1988, p. 196). Au sein du bio-pouvoir, la discipline n'est plus seulement l'arrêt d'un acte; elle est capable de transformer le négatif en positif, et c'est la norme ou le normatif qui permet ce passage de la discipline-blocus en discipline-mécanisme (Ewald, 1988). Sachant que la discipline vise les corps (et aussi bien souvent l'esprit), avec une fonction de dressage, il faut aussi se souvenir qu'elle opère maintenant en rapport à une norme, qui elle est une mesure. Il n'est donc pas étonnant que « l'action des normes dans la vie des hommes détermine le type de société auquel ceux-ci appartiennent comme sujets » (Macherey, 1988, p. 203).

Dans le cadre du pôle anatomo-politique du bio-pouvoir, la discipline signale les interdictions, réprime et contraint tout comme elle produit, exerce et rend utile. Son action est aussi positive. Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose (Foucault, [1975] 1995).

Deuxième pôle: Bio-politique

Afin de bien comprendre l'analytique du pouvoir, telle que décrite par Foucault, il est impératif d'ajouter au pôle disciplinaire, son complément. Jusqu'ici, nous avons vu comment, en termes foucauldien, se définissent les disciplines. Elles se résument à l'ensemble des « micromechanisms of power whereby individuals are molded to serve the needs of power » (Ransom, 1997, p. 59). Cependant, l'exercice de l'État dans sa fonction d'ange-gardien repose, à priori, sur l'établissement d'un contrat entre Hommes. Ce contrat donne comme objet à l'État, devenu État Providence, la vie civile elle-même et comme tâche, la formulation des devoirs de la morale qui doit maintenant régir la vie de chacun dans ce qu'elle a de plus privé (Ewald, 1986). L'extension de plusieurs domaines, autrefois privés, à l'intérieur de la juridiction de l'État suppose et entraîne une accumulation massive et ininterrompue d'informations sur un ensemble d'individus, ce qui permet, entre autres, de classier et de différencier le normal du pathologique (Gastaldo, 1997). Les indicateurs du pôle bio-politique constituent, en partie, les nouveaux domaines d'intérêt des gouvernements actuels.

C'est donc au 18^{ième} siècle que l'autre pôle du bio-pouvoir prend forme en réponse à une explosion démographique soudaine (Foucault, [1976] 1994). Cette masse doit être soumise à des contrôles régulateurs afin de préserver l'ordre et assurer la majoration et la « maximalisation de ses forces vives ». Il ne faudra pas conclure ici que le pôle disciplinaire (anatomo-politique) puisse être évacué des préoccupations de l'État. Bien au contraire, « the managing of a population not only concerns the collective mass of phenomena, the level of its aggregate effects, it also implies the management of population in its depths and its details (...) the notion of government of population render all more acute equally the necessity for the development of discipline » (Foucault, 1991, p. 102). Le pôle bio-politique du bio-pouvoir est donc inextricablement lié au pôle anatomo-politique. Ce dernier est une condition essentielle au maniement efficace de la masse.

Du côté de la bio-politique, on entend démographie, rapport ressources-habitants, longévité, naissances et mortalités, mise en tableau des richesses et leur circulation, santé, niveau et qualité de vie, etc. En fait c'est aussi le domaine des politiques gouvernementales diverses établies sur des normes et qui, plus tard, s'incarneront dans des lois (santé et services sociaux, gestion des ressources naturelles, agriculture, etc). En effet, « the state is increasingly important in the regulation of human bodies through medical legislation concerning such things as abortion, child care..., the regulation of AIDS as a modern epidemic, legislation concerning citizenship rights in terms of sex changes, the state's regulation of surrogate parenthood and so forth » (Turner, 1992, p. 46). La bio-politique des populations se donne comme mandat la prise en charge d'indicateurs précis.

Par exemple, l'éducation à la santé (et les politiques gouvernementales qui y sont associées), peut être comprise comme une stratégie gouvernementale complexe, visant la régulation d'une population, non pas par la répression mais plutôt en induisant chez chacun le souci de sa santé (Gastaldo, 1997). « In Foucauldian terms, the strategy suggested by the guidelines is to develop health education as a constructive power » (Gastaldo, 1997, p. 119). L'État et ses agents privilégient maintenant l'approche participative au détriment d'une approche plus coercitive afin de rencontrer leurs objectifs. Il ne s'agit pas de punir, mais de produire et de voir apparaître des comportements de santé. Des concepts comme « l'empowerment » et la participation aux soins sont aujourd'hui bien à la mode et constituent des exemples de ce nouveau gouvernement des masses par l'intermédiaire d'un pouvoir constructif (Gilbert, 1995).

Soyez responsables de votre santé, évitez le sucre, les gras et le tabac, exercez votre corps et vous verrez celui-ci se raffermir et poindre vers une meilleure santé (Cheek et Rudge, 1997). Selon Lupton (1999) c'est à travers ces slogans et dictons stéréotypés, mais combien puissants, qu'on rejoint toute une collectivité et la sensibilise aux effets de meilleures habitudes alimentaires. Cependant différentes parties de ce discours sont ensuite récupérées par les divers professionnels de la santé qui se chargent de discipliner leur clientèle respective sur une base individuelle. Dans les divers cabinets, la remontrance d'autrefois a laissé place à une approche participative. Mais tout compte fait, que l'intervention soit répressive ou constructive, le résultat n'est-il pas identique : la production d'un corps docile obéissant et répondant aux normes établies ? Ici encore on peut apprécier à quel point le pôle bio-politique se lie à l'anatomo-politique. La discipline d'une collectivité implique la discipline des individus un à un et comme but final, l'intériorisation cellulaire (individuelle) de cette discipline. L'éducation à la santé, dont il est question ici, ne vise pas uniquement ceux qui sont déclarés malades, mais plutôt l'ensemble de la population, ce qui inclut les individus en bonne santé.

Apparaît donc, avec l'ère du bio-pouvoir, une surveillance s'appliquant à une population entière (Armstrong, 1995, Lupton, [1995] 1997; 1999). Cette surveillance impose la fin du marquage binaire des catégories cliniques regroupant d'une part les gens sains et d'autre part ceux en moins bonne santé. La surveillance s'applique à tous, en pleine santé ou pas. Toute la population entre dans ce nouveau champ de visibilité (Armstrong, 1995): médicalisation de la santé par la prévention (Illich, 1975) et problématisation du normal (Armstrong, 1995).

Les exemples d'application du pôle bio-politique sont légion. Permettons-nous un dernier exemple parmi ceux-ci. Le corps des femmes, c'est connu, est maintenant un objet politique et de politiques. Aujourd'hui emprisonné dans tout un dédale d'exams de dépistage, de procédures invasives et d'interventions, le corps féminin est médicalisé comme jamais il ne l'a été auparavant (Harding, 1997; Ramazanoğlu, 1993). On pointe du doigt la médecine moderne. Celle-ci s'applique et s'évertue encore à normaliser des domaines comme les menstruations, l'accouchement, l'allaitement et la ménopause. La femme ménopausée, devenue chose médicalisable, relève désormais d'une technologie de la santé et du pathologique. La ménopause n'est plus simplement une étape dans le cycle de la vie, elle relève de la maladie. C'est alors qu'il nous faut la surprendre et l'investir par nos approches et nos traitements.

Il faut se souvenir que les savoirs de la médecine et des autres spécialistes en santé et en intervention sociale sont fondamentaux dans le processus d'adoption des lois et des politiques gouvernementales diverses, et à cet égard servent le gouvernement en place (par exemple, mammographie annuelle suggérée pour toutes les femmes de plus de cinquante ans). Les savoirs des experts orientent les contrôles régulateurs; ils servent la bio-politique (tout comme ils servent l'anatomo-politique). Voici donc comment le savoir se met au service du pouvoir. Savoir et pouvoir se combinent l'un à l'autre et produisent des domaines d'objet (santé, sexualité, etc.) et des rituels de vérité (bonne / mauvaise santé, « pathologisation » de la sexualité, etc.). « L'individu et la connaissance qu'on peut en prendre relèvent de cette production » (Foucault, [1975] 1995, p. 227).

Bref, c'est donc à partir du 18^{ième} siècle et en réaction à une explosion démographique que naît la bio-politique des populations et avec elle

The necessity of co-ordinating and integrating it into the apparatus of production and the urgency of controlling it with finer and more adequate power mechanisms cause « population » with its numerical variables of space and chronology, longevity and health to emerge not only as a problem but as an object of surveillance, analysis, intervention, modification (Foucault, 1980f, p. 171).

Jusqu'ici les écrits d'infirmières en rapport avec le pouvoir renvoient à une appréhension exclusivement répressive du pouvoir. Une analyse conceptuelle réalisée par Hawks (1991) témoigne de ce constat et cantonne le personnel infirmier dans une position de « dominé » en spécifiant que ce dernier est sans pouvoir. Dans le même ordre d'idée Porter (1996), dans une étude réalisée auprès d'infirmières-visiteuses irlandaises et de soldats britanniques, soutient, dans ses conclusions, que les infirmières ne détiennent que très peu de pouvoir si on les compare à celui des soldats. Porter (1996) ajoutera : « because British soldiers, as agents of a repressive state apparatus can legitimately use coercion...; in this sense, the soldiers possess considerably more power than nurses do » (Porter, 1996, p. 65-66). La perspective foucauldienne à l'égard du pouvoir permet de décrire comment le personnel infirmier exerçant en milieu de psychiatrie pénitentiaire pourrait se constituer comme instrument du pouvoir (en tant qu'objet de gouvernement) et comment il contribue à la réalisation des finalités répressives et productives de ce même pouvoir (en tant que sujet de gouvernement).

Suite à cette recension des écrits, nous poursuivrons avec les considérations méthodologiques qui ont en définitive supporté notre recherche.

CHAPITRE 3

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

3.1 Le milieu d'étude

On ne pénètre pas dans un pénitencier comme on pourrait le faire en milieu hospitalier ou communautaire. Il aura donc fallu quelques semaines d'attente avant que le chercheur ne puisse débiter la recherche, bien que le comité de la recherche du service correctionnel eut accepté le protocole de recherche et que le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal eut aussi approuvé le protocole de recherche. En effet, le chercheur a fait l'objet d'une enquête sécuritaire dite « approfondie » avant de pouvoir s'introduire dans le milieu pénitentiaire désigné pour la recherche. Il a par ailleurs dû se soumettre à la prise de ses empreintes digitales au Bureau du Solliciteur général en plus de deux séances de photographies à l'endroit précité ainsi qu'au pénitencier. L'enquête sécuritaire « approfondie » permettait au chercheur d'obtenir un permis de circuler seul au pénitencier dans les aires autorisées.

3.1.1 Aspects historiques du C.P.C.

Le développement et l'implantation d'un Centre psychiatrique correctionnel fédéral, où la recherche a été conduite, n'a pas suivi le même processus ni les mêmes étapes que les C.P.C. implantés dans les autres régions administratives fédérales. C'est pourquoi, tant sous l'angle de la description que de la méthodologie, la spécificité historique du milieu à l'étude réclame que nous en rappelions brièvement les principaux jalons. En effet, certains changements majeurs dans la gestion des détenus-psychiatisés au Québec s'actualisaient au moment même où nous menions la phase terrain de notre recherche.

Revenons d'abord aux recommandations d'un comité consultatif expert en psychiatrie qui, en 1972, établissait la nécessité de développer cinq Centres psychiatriques régionaux pouvant desservir l'ensemble de la population incarcérée dans les pénitenciers canadiens. Le rapport Clarke a donc initié le développement planifié de services de soins psychiatriques et de santé mentale dans les établissements correctionnels fédéraux canadiens. Le développement de telles ressources constituait une priorité pour assurer l'accessibilité des détenus fédéraux aux services psychiatriques et de santé mentale (Service Correctionnel Canadien, 1999).

Conséquemment, tous les détenus dans chacune des régions administratives du Canada pouvaient accéder à des soins psychiatriques. Or, si les centres de soins psychiatriques des autres régions canadiennes suivent à peu près le même modèle, ce

n'est pas le cas du Québec. En effet, les autres centres régionaux dispensent des services à l'ensemble de la population pénitentiaire en accueillant celle-ci directement dans les pénitenciers où sont situés les centres de traitement psychiatrique. Dans la province de Québec, l'organisation des services psychiatriques offerts aux détenus fédéraux a longtemps été différente.

L'évolution de la prestation des soins psychiatriques et de santé mentale aux détenus fédéraux de la région du Québec se faisait suivant un modèle à deux volets : les services offerts à l'interne (dans le centre psychiatrique correctionnel) et ceux offerts (moyennant des services achetés et négociés) par une institution psychiatrique à sécurité élevée faisant partie du réseau de la santé et des services sociaux (SCC, 1999). Contrairement aux autres Centres psychiatriques correctionnels canadiens, celui du Québec s'est développé en lien avec une institution hospitalière à sécurité élevée, inaugurée il y a plus de trente ans. Cette institution psychiatrique qui, au plan architectural et sécuritaire, n'a rien à envier aux institutions pénitentiaires existantes au Canada, était déjà bien établie dans le paysage de la psychiatrie légale au Canada.

Dès 1977, le Service correctionnel du Canada (SCC) et cette institution psychiatrique sécuritaire (IPS) s'entendaient sur certaines modalités de collaboration et de services. Les détenus du SCC – région Québec avaient accès à plus de 90 lits par jour à l'IPS, totalisant des frais de plus de 3,5 millions \$ par année (SCC, 1999). Puis, malgré une diminution des lits disponibles pour desservir le Service correctionnel du Canada – région Québec, le coût des services rendus par l'IPS augmenta d'environ 230% (SCC, 1999). C'est en réponse à cette hausse et par souci de mieux gérer les sommes attribuées à la santé mentale que le Service correctionnel du Canada – région Québec, décida, en 1993, de concrétiser le projet du Centre psychiatrique correctionnel.

Le nombre de transferts de détenus-psychiatisés vers l'IPS a donc diminué de manière importante, de sorte qu'actuellement un maximum de vingt huit places (quinze pour la délinquance sexuelle et treize pour les soins psychiatriques – hommes et femmes) sont réservées au SCC – région Québec (SCC, 1999). Cependant, cette nouvelle forme de collaboration SCC-IPS survient à la suite de différends opposant les deux établissements. Au printemps 2000, le Centre psychiatrique correctionnel était en mesure d'assurer la prise en charge complète de tous les détenus masculins des pénitenciers fédéraux (région Québec), à l'exception de ceux en provenance de l'Unité spéciale de détention (USD).

Bien qu'il soit de juridiction provinciale, l'IPS a accueilli, jusqu'à tout récemment, plusieurs détenus-psychiatrisés provenant de différentes régions du Canada lorsque les Centres psychiatriques correctionnels fédéraux ne pouvaient plus répondre à la demande. Des ententes de service étaient négociées régulièrement afin d'assurer l'hospitalisation d'une partie de la clientèle du SCC-Québec à l'IPS.

En août 1999, cette entente subissait une transformation historique majeure, modifiant de manière substantielle les rapports entre le Service correctionnel du Canada (région du Québec) et l'institution psychiatrique sécuritaire (IPS), provoquant du même coup une reconfiguration (déjà amorcée) des services offerts au Centre psychiatrique correctionnel, région du Québec. Comme certains de ces changements majeurs s'actualisaient durant notre recherche, notre méthode de recherche devait tenir compte de l'incidence possible de ces changements structuraux sur le milieu d'étude et sur l'articulation des deux mandats confiés au personnel infirmier en particulier.

3.2 Recrutement et échantillon

Une rencontre avec le chef de service du Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.), région du Québec, et plusieurs autres directeurs du pénitencier a eu lieu avant le début de la recherche, afin de convenir des modalités pratiques de ce projet de recherche doctorale mené dans un milieu sécuritaire. En outre, nous présentions aussi aux autorités carcérales un aperçu de notre recherche portant sur l'articulation des rôles de soignants et d'agents de la paix dont est officiellement investi le personnel infirmier du C.P.C.

Par la suite, nous étions autorisé à rencontrer le personnel infirmier en service sur les deux quarts de travail (jour-soir; aucune infirmière ou infirmier de nuit). Nous exposions alors en détail le but de la recherche, son déroulement, de même que la contribution attendue des informants. À cette occasion, nous avons clairement indiqué qu'en aucune façon cette recherche n'évaluerait la prestation des soins infirmiers. Par ailleurs, le chercheur se désolidarisait explicitement de toute imputation politique ou visées syndicales qu'on pourrait faire endosser à sa thèse.

Le personnel infirmier féminin et masculin intéressé à participer à l'étude nous a communiqué son intérêt immédiatement à la fin de la séance d'information. Par ailleurs, le chercheur s'est assuré de rencontrer individuellement toutes les infirmières et tous les infirmiers (jour-soir) absents lors de la rencontre plénière afin d'exposer le projet de recherche. Le recrutement s'est effectué suite à la rencontre d'information et suite aux rencontres individuelles.

Les critères de sélection des informants se libellaient comme suit : être infirmière ou infirmier et travailler au Centre psychiatrique correctionnel du pénitencier à plein temps, ou à temps partiel (incluant aussi des personnes avec un statut de contractuel); y travailler depuis au moins six mois; démontrer un intérêt à participer à l'étude. Tout le personnel infirmier s'est montré disponible et intéressé à participer à la recherche, soit un total de vingt-et-une personnes incluant une infirmière et un infirmier responsable de l'enseignement de programmes, l'infirmière chef-d'équipe et, enfin, les deux infirmières responsables du service des soins infirmiers au C.P.C.. Par ailleurs, une autre infirmière n'exerçant plus au Centre a été rejointe et a accepté de participer à l'étude. Bref, l'ensemble du personnel infirmier, toutes positions confondues a manifesté un intérêt certain à prendre part à notre recherche. En tout, onze infirmières et dix infirmiers acceptaient de participer à l'étude. Deux personnes (infirmiers) n'ont pas été rencontrées parce qu'ils étaient, soit en détachement (1), soit en vacances (1) ou soit, non disponible lors des visites du chercheur. En somme, vingt-et-un membres du personnel infirmier sur un total de vingt trois incluant tous les titres possibles (par exemple : agents de programmes et personnel en détachement), ont été rencontrés pour des entrevues individuelles. Deux infirmiers rencontrés n'ont pas été enregistrés sur bande audio étant donné des contraintes relatives à leur emploi. Ils ont tout de même partagé informellement certains aspects de leur expérience comme infirmier au Centre lors des visites du chercheur. C'est donc vingt-et-un membres du personnel infirmier sur une possibilité de vingt trois qui ont été, d'une manière ou d'une autre, rencontrés par le chercheur.

Même si notre recherche s'appuie majoritairement sur le vécu d'infirmières et d'infirmiers au C.P.C., tous les groupes socioprofessionnels du Centre furent invités à cette rencontre préliminaire. Ainsi, infirmières et infirmiers, psychologues, agents de gestion de cas et certains agents de correction étaient présents. Rapidement, la pertinence d'interviews avec les agents de correction s'est avérée incontournable. En effet, le chef des opérations correctionnelles et supérieur hiérarchique des agents de correction, de même que certains agents de correction présents, ont spontanément demandé que leur groupe soit entendu dans le cadre du projet de recherche. Ainsi, en référant à leur supérieur, un agent de correction a été sélectionné. Puis deux autres agents ont été sélectionnés par le chercheur lui-même afin d'assurer la représentativité des agents de correction rencontrés informellement lors de la phase terrain de la recherche. Le choix de ces trois agents de correction s'est effectué en tenant compte de

leur disponibilité à participer à l'étude, de même qu'en fonction de la qualité des informations qu'ils étaient susceptibles de fournir en regard du projet de recherche, répondant ainsi aux principes de l'échantillonnage théorique.

Après plus de six mois d'observation directe, il est apparu que ces trois agents étaient représentatifs de l'ensemble de leur population (nombre = 41). La participation des agents de correction, qui n'était pas prévue dans le protocole de recherche initial, s'est avérée féconde dans la mesure où des informations émises par le personnel infirmier étaient comparées aux dires des agents de correction, ce qui permettait de valider, par triangulation, les données divulguées par le personnel infirmier. Les trois agents de correction désignés (une femme et deux hommes) acceptèrent d'être enregistrés sur bande audio.

La théorisation ancrée ne met pas d'emphasis sur le nombre (n) de participants. Ce qui intéresse le chercheur, c'est plutôt la nature et la diversité des informations que les informants sont susceptibles de fournir (Morse, 1989; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Concrètement, on ne recrute pas des informants mais plutôt des informations pertinentes en regard du phénomène étudié (Paillé, 1994). Les informants doivent être disponibles pour partager leurs connaissances et expériences personnelles en rapport avec l'objet d'étude (Morse, 1989). Le recrutement des informants a continué aussi longtemps que de nouvelles données émergeaient (douze informants). Les neuf autres informants consultés par la suite précisaient et enrichissaient certains thèmes récurrents isolés lors des premiers interviews. Le but de ce type d'échantillonnage, désigné sous le vocable « d'échantillonnage théorique », est de cerner toutes les catégories relatives à un sujet et d'assurer la saturation des données (Chenitz & Swanson, 1986; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Au besoin, l'échantillonnage se poursuit pour mieux compléter et contraster les catégories entre elles et ce, même si les données semblent déjà saturées (Strauss & Corbin, 1990, 1998). C'est précisément ce que nous avons fait.

Il nous a été impossible de prévoir au début de l'étude et de manière précise le nombre de participants requis (Strauss & Corbin, 1990, 1998). Ce mode particulier de recrutement suppose que les données soient constamment comparées et que la recherche de nouvelles données soit largement guidée par la sensibilité théorique du chercheur (Strauss & Corbin, 1990, 1998). Les écrits méthodologiques décrivant la théorisation ancrée établissent que le nombre (n) de participants généralement requis se situe entre dix et quinze (Wilson et Hutchinson, 1991). Fidèle à ces indications méthodologiques et compte tenu des diverses restrictions, relatives à l'accessibilité au

milieu et à la disponibilité du personnel infirmier, nous estimions au départ qu'environ treize membres du personnel infirmier seraient interviewés pour collecter les données utiles à cette recherche doctorale. Après avoir mené douze entrevues, une certaine saturation des données était constatée puisque les informations recueillies s'avéraient redondantes. Nous avons tout de même poursuivi les entrevues tel que recommandé dans certains ouvrages méthodologiques (Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Notre échantillon « personnel infirmier » compte un peu plus de femmes que d'hommes (onze infirmières et dix infirmiers). Ces professionnels de la santé cumulent des expériences diverses en termes d'ancienneté, de trajectoire professionnelle ou au plan de la formation en sciences infirmières. Notre analyse fera d'ailleurs ressortir les particularités inhérentes à chacun de ces aspects socioprofessionnels. Les tableaux 3.1 et 3.2 présentent de manière synthétique certaines informations sociodémographiques caractérisant nos informants (personnel infirmier et agents de correction).

Tableau 3.1

Profil des informants – personnel infirmier

Sexe:	10 hommes et 11 femmes				
Age:	# de pers.	Ancienneté SCC (année)	# de pers.	Ancienneté CPC (année)	# de pers.
26 à 30	1	0 à 5	11	0 à 1	3
31 à 35	3	6 à 10	6	2 à 3	5
36 à 40	6	11 à 15	1	5 à 5	5
41 à 45	8	16 à 20	3	5 à 6	0
51 à 55	2			6 à 7	8
56 à 60	1				
Formation en soins infirmiers			Expérience antérieure en psychiatrie		
DEC	19			Oui	14
Bacc	1			Non	7
Hôpital	1				

Le tableau 3.1 nous permet de voir que la grande majorité de nos informants (19/21) détiennent un diplôme collégial en sciences infirmières, que dix d'entre eux poursuivent actuellement des études au niveau du baccalauréat et enfin qu'un infirmier poursuit des études supérieures (deuxième cycle) en sciences infirmières. La plupart de nos informants (14/21) avaient une expérience de travail préalable en soins psychiatriques / santé mentale avant leur embauche au C.P.C..

Le profil des informants « agents de correction » est quant à lui présenté dans le tableau 3.2 suivant.

Tableau 3.2

Profil des informants – agent de correction

Sexe:	2 hommes et 1 femme				
Age:	# de pers.	Ancienneté SCC (année)	# de pers.	Ancienneté CPC (année)	# de pers.
26 à 30	1	0 à 5	1	2 à 3	1
41 à 45	2	21 à 25	2	4 à 5	1
				6 à 7	1

Le tableau 3.2 nous permet de voir que les deux informants masculins « agents de correction » ont cumulé respectivement entre 21 et 25 ans d'ancienneté au Service correctionnel du Canada (SCC). Deux des trois informants « agents de correction » sont toujours en poste au C.P.C..

Le moment et le lieu de l'entrevue ont été négociés avec chaque informant. Toutes les entrevues ont eu lieu au Centre psychiatrique correctionnel sauf une, l'informante ayant décidé de nous rencontrer à son domicile. Autrement, le personnel était libéré de ses fonctions pendant une heure afin de participer à l'étude. Les entrevues se déroulaient au Centre dans une pièce fermée où seuls le chercheur et l'informant étaient présents, ce qui favorisait la confidentialité des informations. Toutefois, il faut rappeler ici que le personnel du Centre et les détenus-psychiatisés pouvaient voir le chercheur et l'interviewé puisque tous les bureaux d'entrevue sont installés de manière à ce qu'on aperçoive de l'extérieur tout ce qui se passe dans les bureaux, pour des raisons de sécurité.

3.3 Considérations éthiques

3.3.1 Les menaces

La prison, lieu de souffrance, d'exclusion, de revendications et de violence, demeure un milieu de recherche délicat (Rostaing, 1997). Que ce soit en regard de recherches sur le personnel ou sur les détenus, la recherche en prison est complexe et souvent difficile (Rostang, 1997). Notre projet de recherche répond aux critères de « sensitive issues » ou « sensitive topics » tels que définis par Mason (1997) dans un article sur la censure en recherche. En effet Mason (1997) soutient que certains projets de recherche peuvent être perçus comme étant menaçants par le milieu (et pour les

participants au projet) où s'inscrit cette recherche. Un projet de recherche controversé a été défini comme : « one that potentially poses for those involved a substantial threat, the emergence of which renders problematic for the research and / or the researched, the collection, holding and / or dissemination of research data » (Lee & Renzetti, 1993, p. 26). Selon ces mêmes auteurs, il existerait trois types de menaces précises : « intrusive threat, threat of sanction, and political threat ». Seuls les deux derniers types de menaces s'appliquent au projet de recherche dont il est question ici.

La menace de sanctions

Notre recherche ne visait pas à évaluer la pratique infirmière dans ce milieu de psychiatrie carcérale. Cependant, les informants et les autorités du service correctionnel auraient pu percevoir notre recherche comme une forme d'évaluation de leur pratique professionnelle et craindre que les données recueillies par le chercheur ne soient divulguées à des organisations professionnelles ou de défense de droits des détenus, par le biais d'une intervention directe du chercheur ou par la simple publication des résultats de notre recherche. Cette dimension soulève un dilemme éthique fondamental qui oppose : « the protection of the subjects versus the freedom to conduct research and to publish research findings » (Punch, 1998, p. 167). Encore une fois, le but de cette recherche n'était pas d'évaluer la pratique clinique du personnel infirmier, mais bien de comprendre sa réalité quotidienne et, si possible, d'identifier un processus social dominant faisant partie intégrante de l'exercice du personnel infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire où il doit assumer les deux rôles dont il est investi, soit le rôle de soignant et celui d'agent de la paix. L'identification du processus social dominant à l'oeuvre dans l'articulation de ces deux rôles nous apparaît très importante dans le but de mieux comprendre l'exercice professionnel du personnel infirmier en milieu psychiatrique correctionnel.

La menace politique

La menace politique constitue la deuxième forme de menace qui aurait pu être perçue par les membres de l'organisation où se déroule le projet de recherche. Mason (1997) stipule qu'un projet peut constituer une menace politique si : « the research findings are viewed as dangerous as they may destabilise the existing situation and challenge stakeholders' vested interests » (p. 85). Notre recherche pouvait constituer une menace politique dans la mesure où elle aurait été susceptible de déstabiliser ou de remettre en question les orientations du Service correctionnel ou les procédures établies à l'interne, comme par exemple de favoriser le transfert des clients dont la condition

clinique nécessitait autrefois une évaluation en milieu hospitalier psychiatrique pourvu d'un cadre sécuritaire. Par précaution, le chercheur a donc rassuré à maintes reprises le milieu (informants et dirigeants) où s'est tenue la recherche à mesure que ces craintes s'exprimaient.

La transmission des données de recherche, par le biais de conférences ou de publications tiendra vraisemblablement compte des deux restrictions (menace de sanctions et menace politique) énoncées ci-haut. Par conséquent, le chercheur s'engage à faire preuve de jugement et de discernement dans la transmission des résultats de la recherche.

Répetons que ce projet de recherche n'a pas pour but d'évaluer la pratique infirmière dans un milieu de soin psychiatrique pénitentiaire, mais plutôt de décrire l'actualisation d'une pratique infirmière marginale tout en mettant en évidence un processus social de base (Basic Social Process) à l'œuvre dans l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire.

3.3.2 Le consentement

Après avoir obtenu les informations d'usage relatives au déroulement et au but de la recherche et s'être montrés intéressés à participer à la recherche, les informants ont signé un formulaire de consentement (Annexe 2) et en ont reçu copie. Ce formulaire avait été approuvé au préalable par le comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal et sujet aux modifications exigées par cette instance. Le formulaire de consentement reprend brièvement les éléments-clés du protocole de recherche (but, question, etc). En tout temps, les informants pouvaient se retirer de l'étude, sans préjudice, même après avoir explicitement accepté de joindre celle-ci. Les motifs du retrait seraient demeurés personnels et n'auraient pas eu à être partagés avec l'investigateur. Tous les informants ayant signé le formulaire de consentement ont participé au projet de recherche jusqu'à la fin. Le chercheur s'est par ailleurs engagé à répondre à toutes les questions soulevées par les signataires du formulaire de consentement. Signalons que les observations directes effectuées par le chercheur ne se sont jamais faites alors que le personnel était directement en interaction seul à seul avec un détenu-psychiatrisé. Il avait été indiqué au départ que, si tel avait été le cas, l'informant ou le détenu-psychiatrisé pouvait refuser la présence du chercheur, sans ultérieurement subir de préjudices. Le chercheur n'a rencontré aucun détenu-psychiatrisé seul à seul. L'observation directe du soin, même s'il avait pu constituer un élément supplémentaire intéressant dans la collecte de données, aurait été très difficile

à réaliser étant donné les impératifs sécuritaires en vigueur au Centre et la rareté des contacts spontanés entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés dans la plupart des unités de soins du C.P.C..

3.3.3 La confidentialité

La confidentialité des réponses verbalisées lors des entrevues a été garantie tout comme l'identité des informants a été préservée. Chacun d'entre eux s'est vu attribuer un code numérique afin d'éviter tout rapprochement ultérieur entre le contenu des entrevues enregistrées et l'identité des informants. La numérotation des informants suit un modèle aléatoire d'attribution. Par exemple, l'informant # 1 peut avoir été rencontré par le chercheur à la toute fin de la recherche. Le Service correctionnel de même que les informants ont reçu l'assurance que le milieu où se déroule l'étude demeurera anonyme lors de la transmission des résultats de la recherche. Le contenu des enregistrements demeurera confidentiel en tout temps. La confidentialité des observations directes faites lors de la recherche ainsi que du contenu des documents appartenant au Service correctionnel est aussi garantie. La politique d'accès à l'information de l'établissement a été respectée en tout temps. Aucun document appartenant au Service correctionnel ou au C.P.C.. n'a été partagé par le chercheur avec une tierce personne.

3.4 Type d'étude

Un devis de recherche qualitative de type inductif convenait tout à fait à l'objet de cette recherche en sciences infirmières. La recherche qualitative est particulièrement utile afin de décrire l'expérience humaine au quotidien et dans un milieu de vie précis. La recherche est donc contextualisée. On sait, par ailleurs, que ce type de recherche contribue à l'avancement des connaissances dans des domaines où peu de recherches ont été entreprises (Chenitz & Swanson, 1986), ce qui est le cas de notre recherche. Cette recherche descriptive et compréhensive examine des questions relatives au mécanisme (processus social dominant) et au vécu des acteurs (personnel infirmier en particulier). La recherche doit répondre à ces questions socioprofessionnelles par la précision des détails divers et par des précisions contextuelles complètes pouvant servir de base à des recherches explicatives plus poussées. Cependant, ce type de recherche est complet en lui-même « et n'a pas nécessairement besoin d'être poursuivi par d'autres chercheurs au moyen d'autres techniques » (Deslauriers & Kérisit, 1997, p. 88).

3.5 Méthode de recherche

3.5.1 Théorisation ancrée

Compte tenu de l'état des connaissances actuelles et de la question de recherche, la théorisation ancrée a été privilégiée pour orienter notre recherche au plan méthodologique. L'expression « théorisation ancrée » traduit l'expression « grounded theory », méthodologie de théorisation empirique et inductive développée par Glaser et Strauss (1967), deux sociologues américains de l'Université de Californie à San Francisco (Keddy, Sims, & Stern, 1996). Depuis le début des années 1980, cette méthodologie est largement utilisée en sciences infirmières, comme elle l'est aussi par d'autres milieux scientifiques où l'on tentait, vainement, de quantifier des données essentiellement qualitatives (Benoliel, 1996; Keddy & al., 1996). On rapporte aussi que la théorisation ancrée est particulièrement utile dans de nouveaux champs de recherche et que sa contribution au développement du savoir en sciences infirmières est remarquable (Benoliel, 1996; Chenitz & Swanson, 1986; Strauss & Corbin, 1990). Alors que certains auteurs lui accordent des vertus strictement descriptives et exploratoires, d'autres reconnaissent la valeur de la théorisation ancrée pour décrire et comprendre des phénomènes sociaux complexes (Benoliel, 1996; Bowers, 1987; Forchuk & Roberts, 1994; Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Selon plusieurs tenants du paradigme de la théorie critique, la théorisation ancrée serait idéale pour dégager des constats sociaux (Guba & Lincoln, 1998). Elle permet en effet de conceptualiser des comportements significatifs dans le cadre de contextes sociaux complexes (Chenitz & Swanson, 1986). Keddy et al. (1996) déplorent la sous-utilisation des résultats de ces recherches dans le cadre d'interventions socio-politiques.

La théorisation ancrée implique obligatoirement une étude empirique dans un milieu social précis (Chenitz & Swanson, 1986; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998). Cette méthode de recherche qualitative repose sur les bases philosophiques et théoriques de l'interactionnisme symbolique, courant développé à l'école de sociologie de Chicago (Robrecht, 1995). Fidèle à ces origines philosophiques et théoriques, la théorisation ancrée confère une importance singulière aux comportements observés et ceux-ci seront signifiants dans la mesure où, se répétant, ils s'expriment sous forme de symboles (par exemple au moyen de la parole) ou d'interactions sociales (Benoliel, 1996; Robrecht, 1995). Cette méthode permet au chercheur de se plonger dans un environnement social précis, d'observer l'impact des

rapports sociaux sur les informants et, ensuite, à l'aide de différentes méthodes d'analyse, de dégager (au plan conceptuel ou théorique) le ou les processus sociaux à l'oeuvre dans le milieu considéré, à partir des analyses macroscopiques des données recueillies (Strauss & Corbin, 1990, 1998). La description conceptuelle ou théorique d'un ensemble de comportements et de rapports sociaux propres à un phénomène, permettra possiblement d'identifier un processus social dominant (Basic Social Process – BSP) (Benoliel, 1996; Chenitz & Swanson, 1986).

Ce processus a des propriétés explicatives dans la mesure où il permet de mieux comprendre et de définir les variations dans les comportements individuels (Chenitz & Swanson, 1986). Souvent négligée, l'identification du processus social dominant constitue pourtant un des principaux buts (incluant la théorisation) de cette méthode de recherche (Chenitz & Swanson, 1986; Glaser & Strauss, 1967). Or, ce processus social caractérisant un milieu naturel précis est aussi susceptible d'expliquer les phénomènes sociaux d'autres milieux apparentés à celui où se déroule l'étude. On peut donc présumer que les conclusions (incluant le processus social dominant) de cette recherche dans un milieu psychiatrique carcéral pourraient également s'appliquer dans d'autres milieux de soins où les infirmières et les infirmiers sont investis des rôles d'agent de soin et d'agent de contrôle social (hôpitaux psychiatriques à sécurité élevée, hôpitaux psychiatriques, etc.).

Selon Beloniel (1996), la théorisation ancrée se veut :

A way of thinking about and conceptualizing data toward the goal of developing a theory grounded in the empirical substance of the social area chosen for investigation... the investigators are oriented toward the discovery of the basic social process that proper use deal with the situations in which they find themselves and that, generally speaking, are not understood by them at the conscious level (p. 408).

Cette méthode permet d'identifier des concepts-clés et les processus sociaux qui sous-tendent les comportements observés (Chenitz et Swanson, 1986). Il faut voir la dernière étape, celle de la théorisation, comme une occasion de dégager le sens d'un événement dans un contexte précis, de lier dans un schéma explicatif divers éléments (concepts) d'une situation ou, tout simplement, de renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière (Paillé, 1994). C'est dans cette perspective que le présent projet de recherche s'est inscrit. Afin de permettre l'énonciation de cette théorie, représentation de l'objet à l'étude, notre devis de

recherche qualitative recourt à un certain nombre de méthodes de collecte et d'analyse de données qui lui sont propres et qui ont été détaillées par Strauss et Corbin (1990, 1998). Cette méthode de recherche propose une manière systématique de collecte, d'organisation et d'analyse des données, « collant » bien à la pratique infirmière dans des sites diversifiés (Benoliel, 1996; Strauss et Corbin, 1990). Ces méthodes seront exposées en détail ultérieurement.

Notre méthode de recherche a permis d'élaborer un cadre conceptuel illustrant et, peut-être, expliquant la pratique infirmière dans un lieu d'exercice particulier, en même temps qu'elle aura permis de mettre en évidence des processus sociaux sous-jacents (Strauss & Corbin, 1998). La théorisation ancrée permet le développement d'une théorie intermédiaire à partir de données empiriques, dans un milieu naturel de soins (Strauss & Corbin, 1990, 1998). La théorisation ancrée permet de générer un schéma explicatif (modélisation conceptuelle) du milieu humain étudié en plus de permettre d'identifier un processus social dominant à un niveau d'abstraction plus élevé (Wilson & Hutchinson, 1991). Cette méthodologie de recherche qualitative est pragmatique et s'avère pertinente pour notre recherche :

Grounded theory offers another way of knowing... the interpretive analytic and conceptual schemes which are generated depict, explain... the variations of behavior, given certain contextual conditions. Grounded theory is holistic, parsimonious, dense and modifiable (Wilson & Hutchinson, 1991, p. 445).

Le niveau des connaissances actuelles touchant notre domaine d'investigation, autorise l'utilisation d'une telle méthode, puisqu'elle s'avère particulièrement utile lors d'études exploratoires et descriptives, tout en ayant des propriétés explicatives (Benoliel, 1996; Bowers, 1987). La théorisation ancrée nous apparaît d'autant plus justifiée dans la mesure où elle permet la transférabilité du processus social dominant dans d'autres milieux de soins où se côtoient soins infirmiers et contrôle social (hôpitaux psychiatriques à sécurité maximale, unité de psychiatrie légale, hôpitaux psychiatriques, établissements pour les personnes âgées, santé publique, etc.).

Nous croyions que les membres du personnel infirmier ont en commun une problématique sociale dominante et que celle-ci peut être énoncée sous la forme d'un processus social dominant. Nous étions persuadés qu'il existe un processus social dominant dans le cadre de l'exercice infirmier dans un milieu psychiatrique carcéral et cela a motivé notre choix méthodologique.

Ce devis de recherche, comme toute autre méthode applicable en sciences humaines, comporte des limites. La disponibilité des données et la participation du milieu à l'étude ne sont pas toujours acquises. En outre, la théorisation implique une part d'interprétation des données par le chercheur (les données ne sont pas seules à parler) (Strauss & Corbin, 1990). Une interprétation erronée de ces données demeure possible en raison de l'introduction de nombreux biais (croyances, allégeances paradigmatiques, conceptuelles et théoriques) par l'investigateur (Strauss & Corbin, 1998).

La présence d'un mentor, lors d'un premier contact avec cette méthode de recherche, est conseillée de même qu'un environnement de recherche et d'enseignement qui supporte l'utilisation de celle-ci (Benoliel, 1996). Cette opinion suppose donc que l'absence d'un mentor peut limiter les chances de réussite d'un chercheur-débutant qui choisit une telle méthodologie. Des rencontres bi-mensuelles entre les directeurs de recherche choisis pour ce projet doctoral et le chercheur novice balisaient la démarche d'investigation ainsi que le traitement des données.

3.5.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données

Collecte des données

Afin d'expliquer les variations individuelles dans les comportements sociaux, la théorisation ancrée utilise un ensemble de méthodes de collecte de données. Le chercheur désire identifier l'ensemble des comportements et des perspectives individuelles afin d'expliquer le plus justement possible les variations comportementales dans le contexte naturel. Or, de nombreuses sources de données permettent de « trianguler », c'est à dire de valider les informations recueillies entre différentes méthodes de collecte des données. Dans le cadre de cette recherche nous avons utilisé trois principales sources de données, à savoir : l'observation directe (excluant les interactions personnel infirmier-client), les entrevues semi-directives et la recherche documentaire (philosophie de soin, adhésion à un modèle conceptuel infirmier, descriptions de tâches, plans de soins, rapports, documents divers du Service correctionnel, etc.). Ces nombreuses sources de données nous permettent d'inscrire les confidences des informants dans un tableau d'ensemble plus précis assurant l'identification des constantes et des contradictions dans les perceptions, les comportements, les attitudes, etc.

Les méthodes de collecte et d'analyse des données préconisées par Strauss et Corbin (1998) sont applicables dans le milieu où s'est déroulée la recherche. Ce projet

de recherche s'est inspiré principalement de ces méthodes de collecte et d'analyse, le chercheur se réservant le droit d'utiliser celles-ci avec souplesse.

a) L'observation directe

« Le regard dans l'univers carcéral tient une place centrale » (Lhuillier & Aymard, 1997, p.17). Fidèle à cette affirmation, l'observation directe occupa une place prépondérante dans la phase de collecte de données. Dès les années vingt, l'école de Chicago utilisait cette méthode de collecte de données afin d'observer de manière systématique les modes de vie et d'organisation sociale (Laperrière, 1992). L'observation directe est une méthode de collecte de données efficace pour « cerner des situations sociales dont la dynamique, les processus et les composantes sont à découvrir » (p. 255). Selon Laperrière (1992), le contexte physique doit être relativement restreint, ce qui facilite l'observation directe. Le milieu où s'est effectuée la recherche est fermé et restreint. Par conséquent, il est très bien circonscrit. « Si le découpage d'une situation d'étude ne peut jamais être absolu, il n'en doit pas moins circonscrire un ensemble de lieux, d'événements et de personnes groupées » (p. 256). Le site de la recherche répond à tous ces critères.

Le chercheur s'est intégré lentement dans l'unité de psychiatrie carcérale, de manière à ce que sa présence hebdomadaire n'influence pas le travail du personnel. Cette relative discrétion visait à ne pas troubler le fonctionnement habituel du personnel de l'unité psychiatrique. Le chercheur s'excluait donc volontairement dans un rôle de non-participant au sein des activités du milieu, n'assistant pas aux interactions entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés. Il observa donc le fonctionnement du Centre psychiatrique et plus particulièrement les interactions entre le personnel infirmier et les autres groupes socioprofessionnels à partir d'une position d'extériorité sachant très bien que sa seule présence risquait de modifier le cours des événements. Certaines personnes-clés ont été identifiées, en regard de leur connaissance du milieu et leur enthousiasme à participer à la recherche. Ces personnes ont facilité l'intégration du chercheur dans le milieu. Car le chercheur est en position de demandeur vis à vis du milieu et de la population observée. Aussi, devait-il se comporter comme un demandeur et non comme un client. Le personnel interviewé pouvait compter sur un investigateur novice (mais déjà bien au fait de certaines caractéristiques associées à une telle pratique professionnelle), qui se veut ouvert et sensible.

Le chercheur a été immergé dans le milieu à l'étude au moins une fois par semaine pendant plus de six mois, totalisant 192 heures d'observations directes en sus

des interviews proprement dites. Ces observations directes ne recouraient à aucun moyen audio-visuel. Seules des notes descriptives et analytiques rédigées après chaque séjour consignaient nos observations dans un langage concret, descriptif et neutre comme le suggèrent plusieurs auteurs qui se réclament de la théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967; Laperrière, 1992; Paillé, 1994; Strauss et Corbin, 1990, 1998). Ces comptes-rendus descriptifs, assortis de notes analytiques, témoignent chronologiquement du cheminement théorique du chercheur (Laperrière, 1992). Il va sans dire que, chemin faisant, les observations factuelles et « idéalement » neutres du chercheur faisaient émerger des réflexions d'ordre conceptuel ou théorique qui appelaient des confirmations factuelles. Lors des observations directes, le chercheur était attentif à l'occurrence d'éléments susceptibles de répondre à la question et aux sous-questions de recherche. Ainsi, seuls les faits pertinents à la recherche ont été considérés et consignés dans les notes d'observations.

Tel que mentionné précédemment, afin de faciliter les déplacements du chercheur dans l'établissement pénitentiaire et dans le Centre psychiatrique correctionnel, le Service correctionnel lui avait octroyé, pour une période déterminée, une autorisation spéciale de circulation dans l'établissement. Cette autorisation permettait au chercheur de se déplacer librement dans tous les secteurs du pénitencier, incluant les unités du Centre psychiatrique correctionnel. Par souci de sécurité, le chercheur ne circulait jamais seul au C.P.C..

À chaque visite au Centre, le chercheur effectuait une tournée des unités de traitement. Lors de ses tournées, le chercheur s'est entretenu avec le personnel infirmier et le personnel de correction de manière informelle, afin que ceux-ci puissent répondre à certaines questions quant au fonctionnement de leur unité respective. Lors de ses visites, le chercheur était attentif aux particularités architecturales, à l'application des règles en vigueur au Centre ainsi qu'à la routine de chaque unité. Le chercheur a aussi assisté à des rencontres hebdomadaires pendant lesquelles le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés discutaient de sujets divers soulevés par le personnel et les détenus-psychiatisés. Ce temps de partage d'informations permettaient aux détenus-psychiatisés d'exprimer ouvertement leur mécontentement en regard de certaines règles ou fonctionnement en vigueur au Centre psychiatrique correctionnel. Certains différends entre détenus-psychiatisés ont aussi été exprimés puis résolus par le personnel infirmier en place.

Les impératifs de sécurité ne permettaient pas au chercheur de s'adresser, sans escorte, aux détenus-psychiatisés. En aucun moment le chercheur ne s'est trouvé seul à seul avec un détenu-psychiatisé. Des tournées régulières des unités de traitement, effectuées par le chercheur, ont permis à ce dernier de se faire une meilleure idée du fonctionnement général du Centre psychiatrique correctionnel.

b) Les entrevues semi-directives

Chaque informant a été rencontré pour une entrevue d'une durée comprise entre 60 et 90 minutes, enregistrée sur bande audio. Le but de la recherche a été énoncé à chaque rencontre avec un informant, en insistant sur l'absence d'agenda personnel. En moyenne, nous réalisons deux entrevues par semaine avec deux informants différents. Si certaines questions ouvertes étaient posées pour annoncer l'interview, les informants avaient toute liberté de s'exprimer librement et longuement soit sur le propos visé par chaque question ou soit sur des propos connexes. Toutes les mesures de confidentialité disponibles ont été mises en place pour faciliter des réponses franches et ouvertes de la part des informants. Cependant, certains informants manifestèrent occasionnellement une certaine réticence à s'exprimer sur certaines questions. Trois informantes ont demandé à ce que l'enregistreur soit éteint pour formuler une réponse plus difficile à exprimer. Le chercheur a respecté ces requêtes et a consigné par écrit l'information transmise. Ainsi, dès le départ, le chercheur s'est assuré d'établir un climat de confiance avec les informants et croit avoir obtenu des réponses franches et exemptes de censure. L'établissement d'un climat de confiance constitue un impératif incontournable lorsque certains aspects, lors de l'entrevue, peuvent être perçus comme délicats ou sensibles (Fontana & Frey, 1994). Les entrevues ont eu lieu dans une salle fermée du Centre où seuls le chercheur et la personne interviewée étaient présents. Le chercheur est demeuré ouvert à ce que les entrevues s'effectuent à l'extérieur de l'établissement carcéral. Une seule informante s'est prévalu de cette possibilité.

Toutes les entrevues enregistrées ont été retranscrites par le chercheur en suivant la méthode Labrie (1982). Les entrevues étaient transcrites à mesure que se déroulait la recherche afin d'identifier et de regrouper les propos apparentés des informants sous des concepts révélateurs de ces propos. Soulignons à cet égard le caractère inductif de la méthode : ce sont les propos des informants qui faisaient surgir les concepts émergents. Constamment le chercheur est demeuré attentif à ces concepts émergents qu'il analysait, rapprochait, critiquait et comparait aux données issues d'autres recherches. Le retour aux écrits était donc constant.

La restitution des transcriptions d'entrevues aux informants, prévue comme mesure de validation (ce point est discuté en détail dans la section des critères de rigueur), a été complétée à la fin juin 2000. Après vérification auprès du personnel, aucun informant n'a souhaité modifier le contenu des transcriptions et tous se sont montrés d'accord avec le libellé de leur transcription respective. La première entrevue enregistrée a été soumise aux directeurs du projet de recherche afin d'apporter les modifications nécessaires dans la manière de conduire les futures entrevues.

c) La recherche documentaire

La recherche documentaire, troisième et dernière méthode de collecte de données, constitue un médium largement utilisé en recherche qualitative. Celle-ci s'est terminée à la fin juin 2000, soit lors de la dernière visite du chercheur au Centre psychiatrique correctionnel. Ce matériel regroupe les documents suivants (l'accès en avait été autorisé par le Service correctionnel : notes des infirmières, plans de soins, rapports écrits, politiques départementales, procédures relatives à la dispensation des soins infirmiers et des aspects relatifs à la sécurité, descriptions officielles de tâches des différents groupes socioprofessionnels et non-professionnels rencontrés sur le site de la recherche, organigramme de l'institution et du C.P.C., certains documents protégés, etc.). En anthropologie, les documents officiels constituent des traces qui informent les chercheurs sur les caractéristiques d'une culture. Ils sont souvent le reflet du passé, mais permettent aussi de comprendre et d'expliquer le présent (Denzin & Lincoln, 1998). Les documents écrits constituent donc des données importantes qui viennent, entre autres, éclairer le chercheur sur les modalités de l'idéologie carcérale. De plus, ces documents servent à valider certaines données obtenues lors des entrevues ou lors d'observations directes. Sans parler explicitement de triangulation, il est clair que ce mode de collecte constitue une base importante de comparaison pour les autres sources de données décrites.

Selon Hodder (1998), la recherche documentaire constitue un médium de collecte de données économiquement rentable puisque l'accès aux documents est d'ordinaire facile et gratuit. Toutefois, mentionnons que dans le milieu où s'est déroulée l'étude, l'accès au dossier des détenus-psychiatisés était interdit au chercheur.

Notes de terrain et journal de bord

Tout au long de sa recherche, le chercheur consignait dans un carnet des notes de terrain qui rendaient compte, de manière chronologique, de tout ce qu'il avait fait,

observé et entendu. Selon Morse (1989), ces notes sont de trois ordres : descriptives, théoriques et méthodologiques.

Les notes descriptives, sur lesquelles une partie de l'analyse repose, dépeignent les lieux, les acteurs en présence dans ces lieux et, enfin, décrivent factuellement les événements impliquant les acteurs dans ces lieux. Ainsi, le chercheur prenait note de conversations ou d'interactions entre différents intervenants en présence au Centre et contextualisait cette information dans l'espace où l'action prenait place. Ces notes descriptives faisaient aussi l'objet d'un traitement inductif. Le chercheur regroupait les observations apparentées en en subsumant le sens sous un concept significatif.

Le chercheur formulait ensuite le réseau des liens de cohérence (ou de divergence) entre ces concepts sous forme de notes théoriques. Ces notes théoriques consignaient au vol les premières réflexions suggérées par les observations directes au C.P.C.. Le chercheur y exhibe les liens que ses observations du milieu carcéral y entretiennent avec les écrits sur le sujet. Des concepts émergeaient à travers ces notes et ces premières interprétations constituent les fondements de l'analyse (D'amour, 1997).

Les notes descriptives et théoriques contribuèrent à l'analyse des données. En fait, plusieurs segments d'analyses étaient déjà consignés dans ce carnet. Toutes ces notes descriptives et analytiques étaient retranscrites sur ordinateur le lendemain de la visite au Centre psychiatrique correctionnel. La portion analytique des notes était retranscrite en caractères gras afin d'en faciliter le repérage, et de la distinguer des notes descriptives. Certaines expériences professionnelles du chercheur en rapport avec des données étaient ajoutées à l'analyse mais cette fois en *italique*, permettant de distinguer les données empiriques tirées de la recherche sur le terrain des expériences professionnelles antérieures du chercheur.

Des notes dites « méthodologiques » étaient par ailleurs consignées dans le même carnet de notes de terrain. Ces notes établissaient la chronologie des actions menées par le chercheur lors de ces visites au Centre. Ces notes témoignaient des choix méthodologiques qu'il a fait et des précautions qu'il prenait. Par exemple, nous trouvons dans ces notes l'énoncé des critères ayant présidé aux choix des agents de correction qui seraient interviewés. Ces notes méthodologiques rendent également compte d'éventuels écarts entre les objectifs du chercheur et les buts atteints (D'Amour, 1997).

À ce carnet s'ajoute un journal de bord où le chercheur inscrivait ses réflexions personnelles, ses craintes, ses déceptions, ses interrogations et ses réactions. Ce journal de bord fut le confident du chercheur qui y évacuait certains sentiments négatifs occasionnés, par exemple, par les confidences de certains informants. Ce journal témoigne des biais du chercheur. Il a aussi permis au chercheur de comprendre dans quelle mesure ses émotions peuvent influencer une recherche prolongée. Le contenu de ce journal a été partagé avec les directeurs de ce projet de recherche.

Notre analyse des données a tenu compte des informations consignées dans ces deux outils. Ils se sont avérés une source d'informations cruciales pour l'analyse des données.

Analyse des données

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

À partir des informations brutes amassées par différents médiums (observations, entrevues, recherche documentaire) le chercheur a établi un système de codes (codification) permettant de classer les données. Ces codes ou mots-clés sont ensuite regroupés sous forme de catégories. C'est à partir des catégories que des concepts descriptifs et explicatifs émergent et sont identifiés. Ces catégories sont ordinairement liées entre elles et le chercheur arrive à identifier une catégorie centrale (*core category*) à laquelle viennent se greffer et s'articuler les autres catégories identifiées (Strauss & Corbin, 1990). Selon Chenitz et Swanson (1986), la catégorie centrale constitue souvent le siège du processus social dominant. Les concepts qui chapeautent chaque catégorie

sont liés entre eux sous la forme d'un énoncé théorique, qui permet de tracer une carte (modélisation) conceptuelle. Au-delà de la sensibilité théorique du chercheur, un autre aspect de la collecte et de l'analyse des données en théorisation ancrée mérite notre attention.

La méthode de comparaison constante revêt elle aussi une importance fondamentale en théorisation ancrée (Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Elle s'inscrit dans un processus continu à partir de la collecte et se poursuit tout au long de l'analyse. Cette comparaison constante entre les données recueillies permet le regroupement de celles-ci en une même catégorie ou, au contraire, facilite la création d'une nouvelle (Strauss & Corbin, 1990, 1998). Par ailleurs, les concepts qui émergent spontanément sont aussi comparés avec ceux déjà existants dans les écrits théoriques (Strauss & Corbin, 1990, 1998). La théorie est construite et validée simultanément par la comparaison constante des données au sein de la réalité observée et l'analyse en émergence soutenue par les contributions de d'autres chercheurs sur le sujet; il y a donc simultanément de la collecte et de l'analyse (Paillé, 1994).

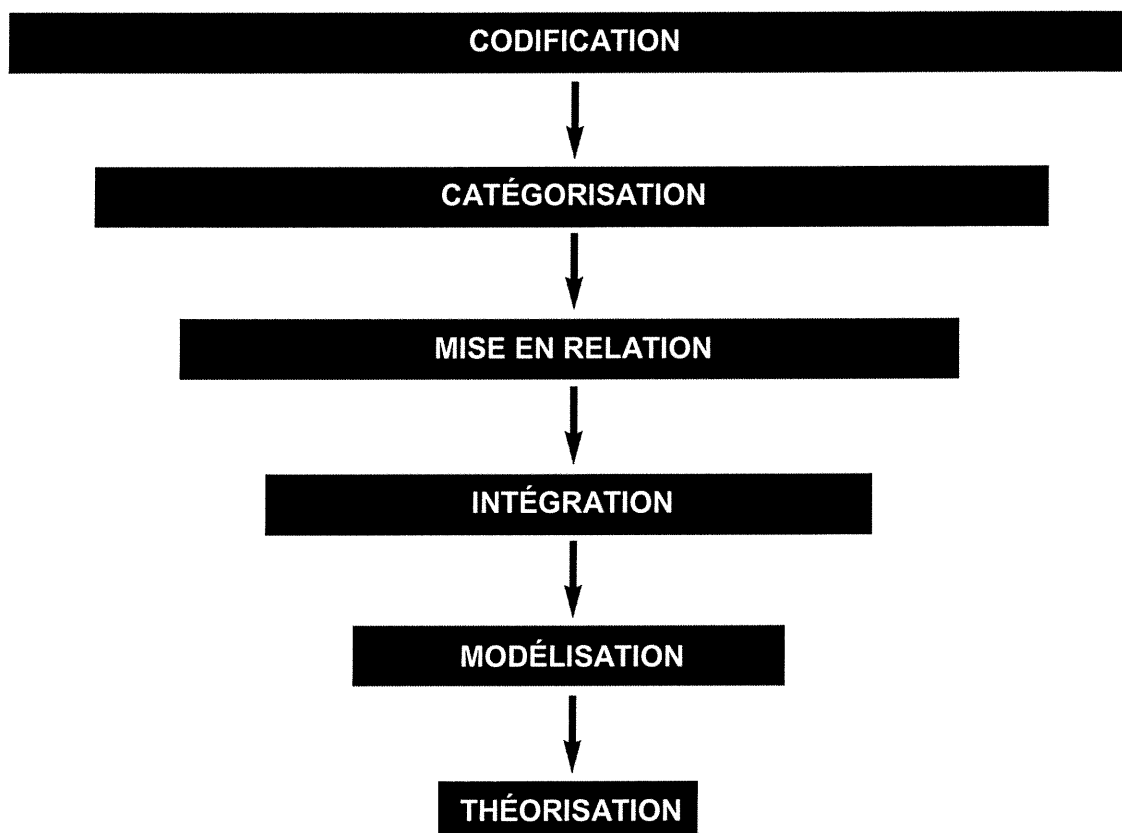
Au cours de l'analyse des données, le chercheur était bien au fait de l'impact de sa position épistémologique sur le traitement des données. Ses allégeances théoriques ont non seulement orienté la formulation de sa question de recherche mais ont aussi affecté le cours de ses observations, la nature des questions posées lors des entrevues et l'interprétation des données recueillies lors de l'observation directe, des entrevues semi-directives et lors de la recherche documentaire. Par conséquent, le chercheur reconnaît d'emblée que la théorie descriptive résultant des données empiriques de cette recherche est une construction humaine même si elle repose sur un traitement rigoureux des données recueillies. Indépendamment de cette rigueur, le chercheur est bien conscient que sa position épistémologique a inévitablement influencé le traitement de ces données.

L'interprétation des données a été influencée au plan théorique par la compréhension du chercheur en rapport avec les travaux de Foucault concernant le discours ([1966] 1997), l'asile ([1972] 1996), la prison ([1975] 1995), le pouvoir ([1976] 1994) et la gouvernementalité (1991); par les travaux de Goffman sur les institutions totales ([1968] 1998), les rites d'interaction ([1974] 1993) et les stigmates ([1975] 1996); par les travaux de Castel ([1981] 1984, 1991) et de Lupton (1999) sur la notion de risque et enfin; par les travaux de Weedon (1997) en regard de la perspective féministe poststructuraliste. Ces perspectives théoriques ont influencé notre analyse des données.

Plus précisément, notre analyse des données s'est effectuée en suivant les étapes et principes proposés par Paillé (1994) et qui se veut une adaptation rigoureuse mais conviviale de la méthode de recherche proposée par Strauss et Corbin (1990, 1998). Paillé propose une méthode pragmatique constituant une méthode d'analyse des données sous formes d'étapes successives. Paillé (1994) propose six étapes d'analyse à savoir : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et, enfin, la théorisation. Les étapes proposées par Paillé (1994) sont représentées dans la Figure 3.1 qui suit.

Figure 3.1

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



Il est clair dans l'esprit de cet auteur que l'analyse par théorisation ancrée peut très bien prendre fin après l'étape de catégorisation. Il souligne en fait que :

On peut très bien concevoir un travail d'analyse qui se terminerait avec la catégorisation. Le chercheur aurait, par exemple, mené une série d'entrevues qu'il aurait transcrites puis codifiées. Il aurait ensuite procédé à une catégorisation du corpus et aurait tenté de bien définir ses catégories, d'en dégager les propriétés, etc. Il serait maintenant en possession de suffisamment de résultats pour produire un compte-rendu riche et détaillé du phénomène questionné, par exemple sous la forme d'une typologie ou d'une description thématifiée (Paillé, 1994, p. 167).

Nous avons décidé de poursuivre l'analyse par théorisation ancrée jusqu'à la sixième étape (celle de la théorisation) proposée par Paillé (1994). Nous rendrons maintenant compte de notre démarche d'analyse suivant ces six étapes.

Codification

Lors de cette première étape d'analyse, toutes les entrevues retranscrites puis incorporées dans le logiciel de traitement de données qualitatives NU-DIST (Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing), ont été codées. Lors de cette codification initiale, chaque ligne d'entrevue faisait l'objet de notre attention. Ainsi il nous a été possible de dégager, résumer, de nommer et de thématifier chacune de ces unités de texte. Nous avons donc codé chaque entrevue, à deux reprises, en utilisant chaque fois une transcription d'entrevue vierge. Durant cette double lecture attentive, le chercheur thématifiait chaque propos. Nous avons donc qualifié, le plus fidèlement possible, chaque ligne du témoignage des informants.

Parfois, les mots ou expressions des informants eux-mêmes ont été utilisés pour cette thématification des données, particulièrement lorsque le chercheur n'arrivait pas à décrire autrement le contenu exprimé par les informants. La codification initiale, étape cruciale et déterminante de l'analyse, ne pourra jamais traduire exactement la totalité du témoignage d'un informant. Selon Paillé (1994), « ce ne serait d'ailleurs plus une analyse puisque, par définition, une analyse est censée dégager les propriétés essentielles de l'objet analysé, selon un angle spécifique » (p. 156). Un danger qui guette le chercheur débutant lors de cette première étape d'analyse, est l'emballage de ce dernier à la lecture des données. Ce réflexe, qualifié de « pétulance interprétative », doit être évité à tout prix afin de s'assurer que les données initiales codées reflètent bien le témoignage des informants. En fait, il faut que la codification soit

ancrée empiriquement (Paillé, 1994); ce à quoi nous nous sommes minutieusement attardés. Cette étape d'analyse est excessivement importante pour assurer la fiabilité de l'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994).

Catégorisation

Par la suite, les codes apparentés ont été regroupés entre eux pour constituer des catégories. Ce faisant, les propos codés ont été questionnés, comparés et classifiés entre eux. Afin d'assurer le succès de cette deuxième étape d'analyse, la codification initiale est déterminante. Suivant les principes de Paillé (1994), la catégorisation s'est effectuée en plusieurs étapes successives, les unes prenant appui sur les autres. Suivant le regroupement des codes, les différentes catégories émergent. Elles ont donc dû être définies de manière spécifique, afin de les distinguer les unes des autres. La définition conceptuelle de chacune d'entre elles permet d'en dégager les propriétés. Lors de cette deuxième étape d'analyse, le chercheur hausse son questionnement initial à un niveau conceptuel plus élevé, plus englobant et, par conséquent, plus abstrait. La catégorisation des données brutes fait obligatoirement intervenir la sensibilité théorique du chercheur (Paillé, 1994), notion abordée précédemment.

En fait, cette sensibilité permet au chercheur de donner un sens aux données obtenues lors des entrevues, de la recherche documentaire et des observations directes. La sensibilité théorique permet au chercheur de nommer les phénomènes en cause et de tisser les liens entre les données en les ordonnant peu à peu et, cela, dès la catégorisation, dans un schéma descriptif ou explicatif (Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Tel que mentionné plus haut, le chercheur a mis à profit sa sensibilité théorique en regard du phénomène étudié et ce, en effectuant continuellement le va-et-vient entre les données recueillies, les cadres théoriques pertinents, de même qu'en mettant à profit son expérience clinique d'infirmier dans un contexte de soins similaire.

Ce faisant, le chercheur a assuré la fiabilité de sa recherche par le biais d'une activité d'analyse réflexive, condition essentielle de rigueur en recherche qualitative (Guba & Lincoln, 1998). Parce que cette analyse par théorisation ancrée s'est effectuée tout au long de la phase de collecte des données, et aussi parce qu'elle impliquait une comparaison constante entre les données amassées et les concepts existants déjà dans les écrits scientifiques, la sensibilité théorique du chercheur s'est raffinée à mesure que le projet de recherche se réalisait. Bref, selon Paillé (1994), « chacune des catégories d'une analyse par théorisation ancrée porte en elle une description riche et une analyse fine d'un aspect important de la réalité étudiée » (p. 167). Le tableau 3.3 met en

évidence les différentes catégories construites à partir des données émergentes. Les catégories ayant été identifiées puis définies, la troisième étape de l'analyse a pris forme.

Tableau 3.3
Catégories principales

1. Le carcéral
2. L'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire
3. Représentations du détenu-psychiatrisé
4. Les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs de la scène pénitentiaire
5. Souffrance et stratégies défensives

Mise en relation

Les catégories ayant été déterminées, le chercheur a ensuite procédé à la mise en relation des catégories entre elles. Lors de cette étape préliminaire, nous avons tenté de rendre compte le plus fidèlement possible de la complexité de la réalité empirique correspondant à la problématique. Cette mise en relation des catégories constitue une étape importante vers la théorisation (Paillé, 1994). Il existe trois types de mises en relation de catégories à savoir : l'approche empirique, l'approche théorique et, enfin, l'approche spéculative (Paillé, 1994).

L'approche empirique de mises en relation implique qu'on se rapporte aux catégories elles-mêmes et aux phénomènes auxquels elles sont associées (Paillé, 1994). À ce stade de l'analyse le chercheur se questionnait sur les liens existants entre les catégories. Bien que cette démarche repose sur les données empiriques, il n'en demeure pas moins que, tout comme les catégories, les liens qui unissent les données empiriques sont proposés par le chercheur et apparaissent comme une construction de ce dernier.

La mise en relation ne saurait faire totalement abstraction de référents théoriques existants auxquels le chercheur avait été exposé au préalable. Alors que la démarche de mise en relation peut avoir obéi à une approche dite empirique, elle a aussi été

influencée par une approche théorique dans la mesure où le recours aux écrits scientifiques vient préciser la relation entre des catégories.

Par ailleurs, l'expérience professionnelle du chercheur a aussi été mise à contribution lors de cette étape de l'analyse. Il a ici fait appel à son expérience clinique comme infirmier dans un milieu de soins psychiatriques similaire lui permettant aussi de dégager des relations entre les catégories. Cette approche, dite spéculative (puisqu'elle renvoie principalement à la logique et à l'expérience du chercheur) est rarement utilisée, mais tout aussi valable et pertinente que les deux autres approches (Paillé, 1994).

Plutôt que de se limiter à une seule approche lors de la mise en relation des catégories entre elles, le chercheur a opté pour une combinaison des trois et, ce faisant, a permis de mettre au profit de l'analyse trois types de sources de connaissances : empirique, théorique et personnelle. L'étape de mise en relation constitue selon certains (Paillé, 1994, Strauss & Corbin, 1990, 1998) une étape déterminante en théorisation ancrée.

Intégration

Suite à la mise en relation des catégories, le chercheur s'est demandé : en face de quel phénomène nous trouvons-nous ? Cette étape de l'analyse a permis de déterminer précisément l'objet de la recherche, et quel phénomène avait été empiriquement observé. Heureusement, les principaux thèmes de la recherche n'étaient pas multiples et, qui plus est, se répétaient bien souvent d'une transcription à une autre. Les thèmes principaux se voient confirmés par la triangulation des données avec la recherche documentaire, l'observation directe et les entrevues réalisées avec les informants. Cette étape a permis en fait de déterminer précisément ce dont il est question dans cette étude. Bref l'objet précis de l'analyse a été cerné.

Modélisation

Avant dernière et cinquième étape de l'analyse des données, la modélisation « consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système, etc. » (Paillé, 1994, p. 174). À cette étape le chercheur se rapproche de l'étape finale de théorisation. Il lui a été possible d'identifier la nature du phénomène, ses propriétés, ses antécédents (causes), ses conséquences pour la pratique des soins infirmiers psychiatriques en milieu pénitentiaire, en plus de pouvoir identifier certains processus sociaux en jeu, dont un processus social dominant (processus de conformation aux mœurs carcérales). Cela aura permis au chercheur d'appréhender le phénomène

d'intérêt dans toute sa complexité et, ainsi, de respecter son dynamisme. Depuis le début de la démarche, le chercheur, respectueux des principes proposés par Paillé (1994), a conduit l'analyse progressive vers la modélisation qui se veut, en fait, la « reconstitution dynamique du phénomène ».

Théorisation

Sixième et dernière étape d'analyse, la théorisation constitue le but visé par la théorisation ancrée. Or, il convient de rappeler que la conception théorique est tributaire d'un ensemble de facteurs incontournables (contexte socio-politique, adhésion du chercheur à un paradigme précis de recherche et à des conceptions théoriques diverses, etc.) et que, quelle que soit la minutie de l'entreprise, celle-ci demeure humaine et donc, relative, parce que construite, partielle et limitée (Paillé, 1994). Le chercheur accepte dès lors la responsabilité de ses interprétations et de la théorisation qui en résulte.

Suivant les étapes proposées par Paillé (1994), le chercheur est en mesure de fournir au lecteur un diagramme complexe qui représente l'ensemble des données empiriques (cf. Chapitre 4) en regard de la question de recherche posée. Cette représentation des données sous la forme d'une théorie descriptive permet d'illustrer l'articulation des soins infirmiers et du contrôle social appréhendée dans un contexte psychiatrique pénitentiaire. La représentation théorique complète sera discutée en détail au Chapitre 4 de la thèse.

Le phénomène que nous avons étudié est complexe et stratifié. Stratifié dans la mesure où tout est intriqué. Nous avons donc dû procéder à une analyse en trois temps afin de dégager, du corpus de nos données, les éléments essentiels qui nous permettraient de répondre à notre question de recherche. Le premier niveau d'analyse est essentiellement descriptif et se veut la démonstration des catégories induites à partir de la codification de nos données brutes. Le deuxième niveau d'analyse renvoie quant à lui au volet analytique de nos données. Bien que ce deuxième niveau d'analyse repose sur le premier, ce volet sert à construire des liens entre les catégories initiales tout en poussant l'analyse vers une conceptualisation théorique plus précise. Enfin, la section discussion de la thèse permet, quant à elle, de compléter le troisième niveau d'analyse en confrontant les découvertes engendrées par notre recherche aux écrits existants sur le sujet.

3.6 Critères de rigueur en recherche qualitative

Comme d'autres méthodologies en recherche qualitative, la théorisation ancrée répond à certains critères de rigueur, notamment en rapport avec la crédibilité, la transférabilité des résultats, la consistance interne et la fiabilité (Guba & Lincoln, 1998).

La crédibilité

Ce premier critère répond à la question suivante : « quelle garantie le chercheur fournit-il quant à la qualité des observations effectuées ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'il établit entre les observations lors de l'interprétation ? » (D'Amour, 1997, p. 75). La crédibilité peut être assurée par les différentes méthodes de triangulation (méthodes, sources, théories, observateurs...) et par la soumission des analyses du chercheur aux participants (Strauss & Corbin, 1990; Wilson & Hutchinson, 1991). En utilisant trois médiums de collecte de données, nous croyons que ce critère de rigueur a été respecté. Par ailleurs, la restitution de la transcription des verbatims à chaque informant qui en était l'auteur, renforce la crédibilité des conclusions de cette recherche doctorale. Il est à noter qu'aucune modification ou correction n'a été demandée par les informants.

La transférabilité

Le respect des principes de l'échantillonnage théorique et la saturation des données permettent aux conclusions de l'étude d'être transférées à des milieux de soins similaires à celui de l'investigation (Pourtois & Desmet, 1989). Une description minutieuse du milieu où s'est déroulée la recherche contribue aussi à juger de la transférabilité possible ou non des conclusions de cette recherche. À cet égard, le milieu où s'est tenue la recherche a été minutieusement décrit.

La consistance interne

La triangulation des observateurs contribue à favoriser la consistance interne de l'étude permettant ainsi une certaine unité dans l'interprétation des observations (Pourtois & Desmet, 1989). Bien qu'idéal, ce moyen d'assurer la consistance interne n'a pas pu être réalisé dans le milieu où s'est tenue la recherche. Des contingences sécuritaires et les difficultés inhérentes à l'entrée d'un chercheur dans un milieu sécuritaire nous ont empêché d'utiliser cette forme de triangulation. En fait, il s'agit ici de voir dans quelle mesure un deuxième chercheur, conduisant la même recherche, arriverait à des conclusions similaires à celles de la recherche initiale. Il importe donc de se voir capable de restituer toutes les étapes de la collecte et de l'analyse des données. En regard de cette exigence, D'amour (1997, p. 79, *ajouts personnels*) souligne que

L'utilisation des notes de terrain, d'un tableau (sic) [*journal*] de bord ainsi que l'informatisation de la codification des données permettent de suivre la trace et la logique des décisions. Lors de l'étape de la codification et de l'analyse des matériaux, la constitution d'une banque de définitions des catégories, concepts et thèmes [permettent] *sic* de garder traces des décisions.

La fiabilité

Enfin, le chercheur doit, dès le départ, faire connaître ses biais et énoncer clairement sa position épistémologique permettant ainsi d'assurer à l'étude une certaine fiabilité. Ce dernier critère de rigueur prend la mesure de l'indépendance des données émergentes d'avec les allégeances conceptuelles, théoriques ou idéologiques du chercheur (Pourtois & Desmet, 1989). Ce critère de rigueur a été assuré, entre autres, par la restitution des transcriptions des entrevues à chaque informant. Ils ont été invités à commenter les transcriptions et à modifier (couper ou ajouter) le contenu de leur verbatim si nécessaire. Aucun ne l'a fait après que le chercheur soit retourné aux informants un à un pour s'enquérir de leur perception.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

L'analyse préliminaire des données colligées durant la phase empirique de la recherche est étroitement arrimée à la description de l'exercice infirmier en psychiatrie pénitentiaire. Notre analyse s'effectuant suivant le cadre méthodologique de la théorisation ancrée a permis, suite à l'émergence des données, de rendre compte d'un très grand nombre d'énoncés signifiants où se révèlent des constantes et des contrastes, des recoupements et des antagonismes, des prescriptions et des chasses-gardées.

D'emblée ces énoncés se répartissent en cinq catégories mutuellement exclusives reliées par des interfaces. Ces catégories, nous les avons désignées ainsi : 1. le carcéral, 2. l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire, 3. les représentations du détenu-psychiatrisé, 4. les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs et enfin, 5. la souffrance et les stratégies défensives.

Tel que mentionné en détail dans le chapitre précédent, les catégories identifiées ont été progressivement constituées à partir de la désignation des codes attribués à des énoncés significatifs tirés des verbatims des informants (infirmières, infirmiers et agents de correction). Rappelons que le regroupement de codes d'énoncés similaires a permis d'induire et de constituer ces cinq catégories, qu'un souci de précision conceptuelle nous amène à détailler au moyen de sous-catégories, souvent désignées dans les termes des informants.

Notre analyse, systématiquement comparative (méthode de comparaison constante oblige), désignait la catégorie # 2, soit « l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire » comme le siège ou le « lieu sociologique » d'un processus social fondamental (*basic social process*), dont l'importance est soulignée par les auteurs dont nous nous réclavons au plan méthodologique. Cette catégorie constitue aussi la catégorie centrale (*core category*), à laquelle viennent s'articuler les quatre autres. C'est cette catégorie qui présente, selon nous, le plus de contradictions. Tel que souligné par Strauss et Corbin (1998), la catégorie centrale (celle à laquelle viennent se greffer les autres catégories) est bien souvent le siège du processus social dominant. C'est aussi ce que nous avons remarqué dans notre recherche.

En effet, nous avons constaté que l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire est l'objet d'un ensemble de processus complexes dont nous tenterons de rendre compte. Si la méthode de comparaison constante des données recueillies (entre

elles et avec les concepts déjà existants dans les écrits sur le sujet) a permis au chercheur de dégager des perspectives non soupçonnées à la pratique infirmière en psychiatrie pénitentiaire, nos questions posées lors des entrevues semi-directives suscitaient également des prises de conscience chez certains informants comme en témoigne ce bref extrait d'entrevue réalisée avec un infirmier.

Ça fait réaliser des choses en te parlant. Tu vois, on n'a pas le temps de s'asseoir et de se poser des questions (I#11, p. 33).

4.1 Présentation des résultats – volet descriptif

Notre recherche aura donc permis d'identifier cinq catégories dont l'appellation reflète le thème général. Chacune de ces catégories sera introduite tour à tour dans l'ordre établi plus haut. Ces catégories seront présentées en détail en suivant un découpage en sous-catégories afin de permettre de cerner chacune de celles-ci avec plus de précision. En conclusion de chacune des catégories, une courte synthèse du contenu présenté mettra en relief les principaux éléments descriptifs. Ces éléments seront ultérieurement repris par le chercheur dans la section analytique de ce chapitre.

La construction des catégories est bien entendu l'œuvre du chercheur et la manière d'y arriver repose sur les bases épistémologiques et les règles méthodologiques discutées dans les chapitres antérieurs. Les connaissances acquises par le biais de la recension des écrits, en regard de thématiques connexes à l'objet d'étude, ont quant à elles aidé le chercheur à distinguer chacune des catégories en les comparant continuellement les unes avec les autres dans le but d'assurer l'exclusivité de celles-ci. Par ailleurs, en consultant régulièrement les écrits, le chercheur a été à même d'observer que certaines découvertes empiriques réalisées lors de la phase terrain trouvaient un écho dans les écrits consultés. Nous débuterons donc cette partie descriptive de la présentation des résultats par la première catégorie construite : le carcéral.

4.1.1 Le carcéral

Le soin infirmier dispensé en milieu psychiatrique correctionnel est forcément influencé par l'environnement dans lequel il s'exerce, l'environnement carcéral. Tel que mentionné dans la recension des écrits, ce fait a été soulevé à maintes reprises. Dès lors, une description du milieu physique et humain où s'est effectuée la recherche est donc fondamentale pour mieux comprendre le contexte où s'exerce le soin infirmier à l'étude dans le cadre de cette recherche. Nous sommes d'avis que la description du

milieu carcéral permettra de mieux comprendre comment s'actualise le soin infirmier, inscrit dans un environnement « extrême ».

Ainsi, le contexte spécifique du milieu où s'est déroulée l'étude et la mission du Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.) seront abordés. Pour ce faire, il s'agira de situer le milieu où s'est effectuée la recherche et ce, en regard de son histoire et de son mandat spécifique. Nous établirons aussi dans quelle mesure le mandat spécifique du Centre s'inscrit dans une stratégie gouvernementale plus vaste de sécurité et de « traitement » dont les buts énoncés sont la sécurité du corps social et la réinsertion sociale du détenu-psychiatisé. Les finalités du Centre s'inscrivent donc dans une entreprise de régulation sociale institutionnelle.

Par la suite, nous décrivons les lieux physiques du Centre et donnerons un aperçu des différents programmes et services spécialisés offerts aux détenus-psychiatisés. Les approches thérapeutiques privilégiées par le Centre seront aussi présentées.

Nous concluons cette catégorie par une description détaillée des groupes socio-professionnels en présence au Centre et présenterons enfin une section sur le carcéral comme milieu masculin, élément d'une importance capitale dans cette recherche.

La plupart des informations obtenues pour construire cette catégorie l'ont été à partir de recherches documentaires et d'entrevues semi-directives réalisées avec des informants principaux (infirmières et infirmiers) et un informant secondaire (agent de correction).

4.1.1.1 Contexte spécifique de l'étude et mission du Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.)

Le C.P.C. a officiellement ouvert ses portes au début de la dernière décennie. Depuis son ouverture, son mandat consiste à offrir « des services d'évaluation et de traitement personnalisés à tous les détenus fédéraux de la région du Québec souffrant de problèmes psychiatriques et / ou de troubles sévères de la personnalité » (SCC, 1998, p. 3). Ces services devraient permettre aux détenus qui en bénéficient de recouvrer une stabilité psychologique, d'acquérir des habiletés personnelles leur permettant de fonctionner en milieu carcéral (et de transposer ces acquis en milieu communautaire) et enfin, d'amorcer leur processus de réinsertion sociale (SCC, 1998). Près de dix ans après son ouverture, le Centre psychiatrique correctionnel voit son mandat s'élargir et le Centre devient un lieu d'expertise responsable d'assurer en totalité

« le traitement intensif des délinquants souffrant de troubles mentaux » (SCC, 2000, p. 2).

Selon le coordonnateur du C.P.C., ce changement est significatif dans la mesure où il implique une « structure d'intervention multidisciplinaire où les volets correctionnels et cliniques se sont installés solidement côte à côte pour mieux répondre aux besoins d'une clientèle lourde » (SCC, 2000, p. 3). Cette structure d'intervention, où les volets correctionnels et cliniques se seraient fondus, résulte directement des objectifs du Service correctionnel du Canada. Désormais, les aspects liés au contrôle social et au traitement des délinquants doivent s'inscrire au cœur des services offerts à cette clientèle. Le but ultime du Service serait, selon les auteurs des objectifs, d'aider le mieux possible, tout en contrôlant si nécessaire (SCC, 1997). À cet égard, l'énoncé de mission du SCC ne peut être plus clair :

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 un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain [emphase personnelle]* (Service Correctionnel du Canada, 1997, p. 4).

Ici, l'intention des autorités correctionnelles est double et prend en compte les volets de l'aide (au sens large : soins de santé physique ou mentale, traitement des facteurs criminogènes, etc.) et du contrôle. Or, le Service correctionnel du Canada mentionne explicitement l'aide en premier, ce qui témoigne clairement de la volonté du service correctionnel vers un traitement efficace, quelle qu'en soit la forme, en vue de retourner à la société des citoyens désormais respectueux des lois. Le SCC ajoute cependant que « le contrôle n'en est pas moins important du fait qu'il est mentionné en second » (SCC, 1997, p. 7). L'énoncé de mission renforce du même coup l'importance qui doit être accordée au volet correctionnel qui inclut le contrôle, la sécurité, les mesures disciplinaires, les retraits en cellule, etc.

Cet énoncé de mission exprime ainsi une nuance importante. Le SCC ne vise pas simplement à gérer des peines, mais bien à travailler sur le comportement des délinquants. Dans un document explicitant en détail la mission du Service correctionnel du Canada, les autorités du SCC affirment que :

Cela signifie que notre rôle ne se limite pas à administrer la peine. En effet, nous devons, à toutes les étapes, aider le délinquant à modifier

son comportement. Nos politiques et nos programmes – en fait, toutes nos activités – visent cette fin (SCC, 1997, p. 7).

Ainsi, le traitement de ce qu'on considère comme étant des psychopathologies (que ce soit en regard de troubles psychiatriques francs ou de troubles de la personnalité) devrait permettre aux détenus-psychiatisés qui reçoivent des services au C.P.C., d'atteindre l'objectif principal du SCC à savoir une « réinsertion sociale réussie ». C'est en ce sens que l'on doit comprendre dans quelle mesure la mission du C.P.C. découle directement de la mission première du Service correctionnel canadien. L'extrait suivant, reproduit à partir du rapport annuel 1999-2000 du C.P.C., explicite bien le lien existant entre les deux missions (SCC et C.P.C.) :

De façon progressive... suivant une orientation stratégique bien définie, nos intervenants ont accueilli, encadré et traité les cas ayant les besoins les plus élevés dans la région : les *délinquants* à très haut risque d'automutilation et de suicide ainsi que ceux qui présentent des problèmes psychiatriques majeurs et des troubles sévères de la personnalité. Bref, une clientèle au potentiel de réinsertion sociale très faible qui, sans un soutien spécialisé, se détériorerait davantage. Toutes les expertises sécuritaires, criminologiques et cliniques ont donc été mises en commun afin de stimuler le potentiel de chaque *délinquant* et d'amener celui-ci vers un *retour sécuritaire en communauté* [emphase personnelle] (SCC, 2000, p. 3).

L'enceinte carcérale où loge le C.P.C. ouvrit ses portes dans les années soixante et abritait une population carcérale dans un environnement à sécurité maximale. Ce n'est qu'au début des années 90 que le niveau de sécurité du pénitencier passa de maximal à moyen. Au delà du contexte spécifique du Centre et du mandat poursuivi, l'histoire de l'établissement pénitentiaire où est situé le C.P.C. garde les stigmates d'un événement particulièrement dramatique survenu il y a un peu plus de 18 ans, événement auquel réfèrent encore plusieurs informants, particulièrement les agents de correction. Il y a près de vingt ans, l'établissement était le théâtre d'une émeute sanglante où trois agents correctionnels et deux détenus trouvèrent la mort. La mutinerie débuta au principal foyer de contrôle de l'établissement.

En effet, alors que tous les détenus de l'établissement réintégraient leur cellule, deux d'entre eux, munis d'armes artisanales (pics) séquestrent deux agents de correction. Un agent, qui servira plus tard de monnaie d'échange, est contraint, sous la menace d'un « pic », à suivre un détenu à un autre poste de contrôle, le dernier avant

de franchir les portes du pénitencier. Dès leur arrivée au dernier poste de contrôle, un détenu ordonna aux agents en place de les laisser sortir. Ceux-ci refusèrent, se conformant ainsi au protocole de l'établissement en cas de tentative d'évasion ou de prise d'otage. Devant l'absence de collaboration des agents, le détenu a donc rebroussé chemin vers son point d'origine où plusieurs autres détenus saccagèrent les vitres de la tour du poste de contrôle. Pendant cet incident, trois agents de correction furent assassinés. Un quatrième agent, laissé pour mort, a finalement pu échapper à ses agresseurs après que ceux-ci eussent tenter de le faire suffoquer en déchargeant le contenu d'un extincteur d'incendie dans sa bouche. Plusieurs autres agents ont été blessés pendant ce soulèvement. Le contrôle « N » était donc devenu la scène d'une révolte sans précédent, qui marquera à jamais l'histoire de cette institution, maintenant à sécurité moyenne. Il aura fallu plusieurs semaines avant que le pénitencier ne retrouve son mode de fonctionnement régulier. Pendant les réparations des lieux et l'enquête, les détenus demeurèrent confinés dans leurs quartiers.

Selon plusieurs informants rencontrés, l'établissement où s'est effectuée la recherche jouit d'une bien mauvaise réputation, étant donné les nombreux incidents violents qui jalonnent son histoire. L'émeute, dont nous tracions plus haut les grands moments, venait s'ajouter à ce palmarès d'incidents violents.

4.1.1.2 Description du milieu psychiatrique pénitentiaire

Géographiquement, le Centre psychiatrique correctionnel est situé dans un établissement pénitentiaire à sécurité médium, qui lui fait partie à son tour d'un complexe pénitentiaire appelé « réserve ». Le service correctionnel du Canada assure l'opération des trois établissements formant ce complexe. Ils sont adjacents les uns aux autres, mais bénéficient d'un fonctionnement et d'une main-d'oeuvre autonomes. Il s'agit donc de trois entités distinctes mais qui partagent le même site. Trois établissements avec des vocations différentes se partagent le territoire de la « réserve ». Comme la plupart des terrains à vocation semblable, l'accès est restreint au personnel des établissements et aux visiteurs. Les établissements, situés en plein champs, sont à une distance approximative de 2 à 3 kilomètres d'une route secondaire.

Blocs pénitentiaires, unités de soins du C.P.C. et services spécialisés

Avec une capacité d'accueil d'environ 500 détenus, l'institution pénitentiaire, où se trouve le Centre psychiatrique correctionnel, est divisée en sections distinctes où sont répartis tous les détenus de l'établissement. Ces sections ou blocs pénitentiaires

abritent les détenus fédéraux qui ont été répartis selon des critères spécifiques et qui correspondent à la vocation pénitentiaire de chaque bloc.

Blocs pénitentiaires

Bloc E

Avec une capacité maximale de 174 détenus et composé de cinq ailes, le bloc E accueille les détenus récemment retrogradés de la cote sécuritaire maximum à médium. Il s'agit souvent des cas « de protection », de personnes qui ont séjourné auparavant à l'établissement à sécurité maximale.

Bloc J

Le bloc J héberge un total de 186 détenus qui sont répartis sur cinq ailes formant une population pavillonnaire uniforme, avec une cote sécuritaire moyenne. Ce bloc abrite aussi deux autres entités : la « détention » (mieux connu sous le vocable : trou) et « l'hôpital » (pour les soins physiques). Ces deux dernières sections ont respectivement une capacité maximale d'accueil de seize et neuf détenus.

Bloc A (Centre psychiatrique correctionnel – C.P.C.)

Le bloc A abrite le Centre psychiatrique correctionnel (Annexe 3 – particularités architecturales). Il est à son tour divisé en cinq ailes distinctes et peut regrouper jusqu'à 140 détenus-psychiatisés répartis sur deux étages. Ceux-ci demeurent au Centre en permanence jusqu'à la fin du traitement. L'entrée au Centre psychiatrique correctionnel est contrôlée par un agent correctionnel en garde vingt quatre heures par jour dans la tour centrale du pénitencier. Cette tour centrale, où convergent tous les « blocs pénitentiaires », constitue un élément déterminant du dispositif sécuritaire. En effet, l'agent correctionnel est responsable de l'ouverture des portes qui donnent accès aux cinq blocs. De sa tour, il voit tout ce qui se passe à l'extérieur de celle-ci sans que de l'extérieur on puisse voir qui se trouve dans la tour. Des vitres unidirectionnelles assurent l'invisibilité de l'agent. Employés et détenus de l'établissement pénitentiaire sont soumis au regard unidirectionnel de ce dernier lors de leur entrée dans les blocs pénitentiaires. Aux plans architectural et sécuritaire, cette tour de contrôle constitue le cœur de l'établissement pénitentiaire. C'est aussi le centre névralgique du dispositif de sécurité.

Après avoir franchi la porte sécuritaire du bloc A, on trouve l'entrée de l'unité psychiatrique comme telle et la cafétéria réservée aux détenus-psychiatisés, suivi de quelques bureaux, dont un poste infirmier et des salles d'entreposage. Le poste de distribution des médicaments est adjacent au poste des agents de correction et fait face

à une salle de séjour accessible à la majorité des détenus-psychiatrisés, sauf ceux de l'unité 2B. Ces derniers n'ont pas accès à la salle du rez-de-chaussée étant donné leur condition de santé mentale précaire et aussi parce que plusieurs détenus sont connus pour une problématique de délinquance sexuelle (ils doivent donc, en quelque sorte, être protégés des autres détenus-psychiatrisés). Une salle de séjour leur est donc réservée à l'étage. Les contacts entre les résidents de l'aile 2B et les autres détenus-psychiatrisés sont donc limités.

Le poste des agents de correction est situé au rez-de-chaussée du C.P.C. et communique simultanément avec la salle de distribution des médicaments, la salle de séjour, l'aile 1C et une agora où sont regroupés les bureaux des professionnels, deux postes infirmiers et quelques salles de classe et de conférence. Un agent de correction assure continuellement la garde de cette agora. Il est en communication constante avec le poste des agents de correction travaillant au C.P.C.. Au plan architectural, le poste des agents de correction occupe une place centrale dans le Centre permettant ainsi une intervention rapide des agents si nécessaire. La section administrative de l'unité psychiatrique pénitentiaire est complètement séparée de la section des professionnels et du milieu de vie des détenus-psychiatrisés par le biais d'une porte verrouillée en tout temps.

Les ateliers, gymnases, salles de conditionnement physique et salles de classe sont regroupés dans une autre section du pénitencier. Les détenus-psychiatrisés qui sont admissibles à ces différentes activités doivent bénéficier d'une autorisation spéciale leur permettant de circuler seul ou avec escorte entre le Centre psychiatrique et les différents plateaux d'activités : scolaires, de production ou sportives. Les particularités architecturales ayant été rapportées, nous présenterons maintenant les services spécialisés offerts aux détenus-psychiatrisés du Centre.

Unités de soins du C.P.C. et services spécialisés

Au C.P.C., chaque aile a une vocation précise qui la différencie des autres. L'unité 1B (capacité : vingt neuf détenus-psychiatrisés), unité transitoire, loge les patients en attente d'un transfert vers une autre ressource, la plupart du temps en milieu communautaire. Elle sert d'étape avant l'admission du détenu-psychiatrisé à l'unité de réinsertion sociale à proprement parler. Ainsi, les patients en attente d'un transfert sont hébergés dans cette rangée. Notons au passage que les plans de soins infirmiers en vigueur sur cette unité de soins s'articulent autour du « respect des règles et du maintien des acquis » (SCC, 1998, p. 27). Soulignons que les détenus-psychiatrisés de cette

partie du Centre sont admis à des activités suivant certaines conditions. Ils peuvent avoir accès, selon leur conduite, à certaines activités sportives et de relaxation » (SCC, 1998, p. 27). Le mandat de cette unité est appelé à être élargi sous peu, après que les modifications architecturales prévues au Centre soient complétées (SCC, 2000).

L'unité 2B (capacité : vingt quatre détenus) abrite une clientèle psychiatriquée considérée « lourde et chronique » et où l'on tente de satisfaire aux exigences d'un milieu de vie « protégé » dans l'enceinte même du Centre psychiatrique. Ce secteur a vu officiellement le jour il y a un peu plus de deux ans, alors que le Centre devait répondre aux besoins d'une clientèle « lourdement hypothéquée » au plan psychiatrique (SCC, 1998, p. 25). De nombreuses modalités de fonctionnement et règles façonnent le quotidien des détenus-psychiatriqués qui occupent cette aile psychiatrique où l'approche behaviorale, entre autres, a été adoptée. À cet égard, un système de récompenses est en vigueur pour certains détenus-psychiatriqués n'ayant pas la capacité de maintenir un travail régulier. « Selon les efforts fournis et l'atteinte ou le respect des objectifs fixés à leur plan de soins, ils reçoivent une paie... une hausse de salaire est toujours possible, selon les activités thérapeutiques et la collaboration au traitement » (SCC, 1998a, p. 27). La particularité de cette unité réside dans le style d'encadrement intensif offert principalement par le personnel infirmier (SCC, 2000). Les interventions du personnel infirmier sont axées sur la prise et la connaissance de la médication psychotrope, la reconnaissance des signes prodromiques d'une décompensation au plan psychiatrique, ainsi que l'apprentissage d'habiletés essentielles à la réinsertion sociale (SCC, 2000).

L'unité 1C (capacité : vingt huit détenus) abrite quant à elle une clientèle psychiatrique en phase aiguë. Le personnel infirmier qui y travaille est donc responsable de l'admission, de l'évaluation, de la détention de même que de la gestion de crise. Étant donné la disparité des problématiques et des niveaux spécifiques de prise en charge on retrouve en conséquence quatre « niveaux d'encadrement » à l'unité d'admission. Ces niveaux d'encadrement sont indépendants des mandats de l'unité. Par exemple deux patients en évaluation pourraient se voir attribuer des niveaux d'encadrement différents. Pour des fins de clarté, nous détaillerons ce que chacun des niveaux implique comme type d'encadrement.

Le premier renvoie à l'isolement en cellule spéciale sous caméra ou sous contentions (la salle de contentions étant adjacente au poste infirmier à partir duquel l'observation du détenu placé sous contentions peut s'effectuer à travers une vitre). Le deuxième niveau permet de courtes sorties humanitaires pour des marches sur l'unité

de soins et pour les soins d'hygiène. Au troisième niveau d'encadrement, le détenu est autorisé à se rendre à la cafétéria pour aller chercher ses repas et à séjourner dans les salles communes durant la journée seulement. Enfin, le quatrième niveau n'exige que le retour en cellule à 21:00.

L'unité 1C est réservée pour effectuer des observations fines et pour assurer une évaluation continue. Le personnel infirmier tente aussi d'y établir les fondements d'une relation thérapeutique durable. Après avoir été évalué par l'équipe soignante, composée d'infirmières, d'un psychologue, d'un agent de libération conditionnelle et d'agents de correction, le détenu-psychiatrisé est transféré dans une unité de traitement du Centre. L'équipe de professionnels de l'unité 1C continue de se doter d'outils de travail qui permettent une prise en charge rapide et complète des détenus nouvellement admis. Aussi, certaines modifications architecturales sont attendues à court terme dans le but de « permettre une observation plus complète des détenus à travers les activités quotidiennes » (SCC, 2000, p. 10).

Les unités 2C et 2D (capacité totale : cinquante neuf détenus) sont destinées aux détenus-psychiatrisés capables de s'investir, étant donné leur stabilité au plan clinique, dans un programme thérapeutique précis tels : gestion de la colère, estime de soi, toxicomanie, etc. Ici, les clients souffrent de troubles sévères de la personnalité, jumelés à des troubles psychiatriques francs (axe-1) mais stabilisés. Nombreux sont ceux qui souffrent d'une problématique de toxicomanie (SCC, 2000). L'individu doit être motivé à s'investir dans un plan de traitement. Les objectifs visés par cette unité renvoient principalement à des acquis en terme de réinsertion sociale. L'approche thérapeutique retenue et appliquée par le personnel infirmier est du type cognitif-comportemental (SCC, 1998a) parce que la modification du comportement est ici un « objectif prioritaire ».

Celle-ci [modification de comportement] se doit d'être considérée sous tous ses angles, en tenant à la fois compte des facteurs criminogènes prédisposants et des aptitudes et/ou habiletés à développer et / ou à faire de nouveaux acquis... la poursuite d'objectifs progressifs à atteindre doit s'inscrire dans le cadre d'une approche multidisciplinaire et ce, en tenant judicieusement compte des plans de traitement individualisés, des plans de soins et des plans correctionnels (SCC, 1998a, p. 32 [ajout personnel]).

L'approche thérapeutique en vigueur est manifeste dans les plans de soins et plans de traitements individualisés élaborés pour chaque détenu (SCC, 2000).

L'approche milieu-thérapie tente de tirer profit d'événements quotidiens dans la vie du détenu pour conscientiser ce dernier à ses difficultés et éventuellement modifier son comportement qu'on dit lié à ses actes délictueux passés. Donc, l'approche thérapeutique privilégiée au Centre s'aligne avec les orientations du Service correctionnel énoncées dans sa mission. Le SCC, rappelons-le, soutient que « nous devons aider le délinquant à modifier son comportement. Nos politiques et nos programmes – en fait toutes nos activités – visent cette fin » (SCC, 1997, p. 7).

Depuis plus d'un an, les réunions matinales quotidiennes du personnel de chaque unité du Centre ont contribué à l'implantation d'une approche multidisciplinaire et permis « d'augmenter le niveau d'encadrement et d'observation de la clientèle » (SCC, 2000, p. 10).

Nous ajouterons à cette description des unités la salle de « préparation des médicaments » parce qu'elle constitue un élément central dans la dispensation des soins pour toute l'unité psychiatrique. Cette salle voisine le poste des agents de correction et est verrouillée en tout temps. Une infirmière y travaille ordinairement seule, en permanence. Elle a la responsabilité de préparer la médication pour tous les détenus des unités psychiatriques et de distribuer celle-ci aux détenus-psychiatisés qui sont autorisés à circuler librement dans les aires collectives du Centre. Certains clients de l'unité 1C et tous ceux de l'unité 2B reçoivent leur médication des infirmières travaillant spécifiquement sur ces unités de soins.

Parallèlement aux services déjà offerts dans les unités de soins décrites précédemment, le Centre offre aussi des programmes « thérapeutiques » animés par différents professionnels, dont des infirmières (appelées agentes de programmes). Parmi la clientèle visée, on note les détenus-psychiatisés des unités 2B et 2C-2D. Les programmes offerts sont nombreux et comprennent : le programme pré-libératoire pour toxicomanes, connaissance de soi, santé et sexualité, gestion du stress et de l'agressivité et enfin, l'expression par le dessin. La clientèle de réinsertion sociale, quant à elle, bénéficie des programmes suivants : acquisition des compétences psychosociales, maîtrise de la colère et des émotions ainsi que le programme pré-libératoire pour toxicomanes.

Les autres activités offertes aux détenus-psychiatisés comprennent : des activités de groupe avec thématiques animées par l'éducatrice spécialisée ou le personnel infirmier, le programme de prévention du suicide, le programme sidamitié, le jardin communautaire, la formation scolaire (dans l'enceinte du Centre) et enfin, les

ateliers protégés. Le service de la pastorale est aussi impliqué directement auprès de la clientèle par le biais d'activités telles que : contacts avec les familles, activités de la semaine de la « justice réparatrice », accompagnement spirituel et pour terminer, les rencontres spirituelles et bibliques du mardi soir (SCC, 2000).

Le Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.) est un milieu de soins fermé où les services à la clientèle sont bien souvent dispensés dans les deux langues officielles du Canada. L'encadrement sécuritaire du type « multi-niveaux » du Centre permet au personnel infirmier de dispenser les soins psychiatriques et de pourvoir aux besoins en santé mentale de tous les détenus fédéraux incarcérés, à deux exceptions près : les femmes et les détenus de l'unité spéciale de détention (USD) (SCC, 2000).

En effet, la clientèle féminine francophone est actuellement prise en charge par un hôpital psychiatrique sécuritaire, en attendant qu'on développe, dans l'enceinte d'un pénitencier pour femmes, une aile psychiatrique qui pourrait répondre aux besoins des détenues-psychiatisées. Par ailleurs, les détenus en provenance de l'USD sont traités sur place ou transférés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire, compte tenu de leur cote sécuritaire très élevée. Le Centre ne peut actuellement répondre aux exigences sécuritaires imposées par cette clientèle. Dès lors, tous les autres détenus des pénitenciers fédéraux sur un territoire donné peuvent être transférés au Centre, que leur cote sécuritaire soit minimale, moyenne ou élevée.

La clientèle psychiatrique qui séjourne au C.P.C. est affectée de troubles mentaux (axe 1), de troubles de la personnalité (axe 2), ou de troubles mixtes (combinaison des deux axes) tel que définis par le DSM-IV. Notons que les clients atteints exclusivement de troubles de la personnalité antisociale ou narcissique dits « bien structurés » ne sont pas admis à ce Centre psychiatrique pénitentiaire (SCC, 1998a). S'ajoutent à ce groupe d'exclus, ceux ayant comme problématique principale la toxicomanie ou la délinquance sexuelle (SCC, 1998a).

Le Centre de soins psychiatriques, bien que faisant partie intégrante de l'établissement carcéral, constitue une entité distincte du reste de l'établissement, de sorte que les patients ne côtoient pas, de manière continue, la population pénitentiaire générale. On veillera, dans la mesure du possible, à limiter les contacts avec les détenus des autres « blocs » pour des raisons cliniques et sécuritaires.

Approches thérapeutiques privilégiées au C.P.C.

L'encadrement clinique et correctionnel en vigueur à l'unité de traitement psychiatrique est clairement notifié dans le programme de traitement du C.P.C. émanant

du Service correctionnel du Canada (1998a). Les deux types d'encadrement sont supportés par différentes approches (cognitive comportementale, milieu-thérapie – communauté thérapeutique –, etc.). De manière générale l'approche thérapeutique au CPC peut être définie suivant trois dimensions distinctes à savoir, la dimension psychiatrique, la dimension réinsertion sociale, et enfin la dimension thérapie par le milieu (SCC, 1998a). Ces trois dimensions (auxquelles se greffent les approches thérapeutiques appropriées) sont utilisées simultanément par le personnel en contact direct avec les détenus-psychiatisés. Selon l'unité où séjourne le délinquant, une dimension peut avoir préséance sur une autre. Un document officiel du SCC (1998a, p. 23) définit les dimensions ainsi :

① *La dimension psychiatrique*

L'orientation des interventions s'inspire des modèles conceptuels de soins infirmiers conçus par Virginia Henderson et Callista Roy. Selon les objectifs fixés, certaines orientations de traitement sont ciblées à l'intérieur d'un plan de soins qui suivra le détenu tout au cours de son séjour au C.P.C.. Avec l'apport de la médication, du suivi psychiatrique et des interventions nursing, le but visé est de rehausser la capacité du détenu à s'adapter aux différents stimuli et à retrouver un état de stabilité au niveau de sa santé mentale.

② *La dimension réinsertion sociale*

L'approche thérapeutique utilisée... est de type cognitif behavioral. Cette approche vise non seulement à modifier des comportements inadéquats ou inacceptables reliés aux facteurs criminogènes, mais surtout à identifier et à intervenir sur les causes et les schèmes de pensée desquels originent ces comportements, afin d'amener des changements durables aux plans psychologique et comportemental.

③ *La dimension thérapie par le milieu*

La thérapie par le milieu constitue le cadre conceptuel qui englobe et supporte la mise en application de ces deux approches. Avec ses règlements et ses outils thérapeutiques, tel que l'aide entre les pairs et les objectifs progressifs à atteindre, la thérapie par le milieu permet un encadrement clinique efficace et favorise le développement d'interactions positives, à l'intérieur d'un milieu de vie sécurisant.

Remarquons que le traitement du détenu-psychiatisé passe par ces trois dimensions et ne se limite pas à la prise en charge des affections psychiatriques ou de

la personnalité. Le traitement de la déviance « criminelle » par le truchement d'un travail continu sur les facteurs, les causes, les comportements et les schèmes criminogènes fait aussi partie des objectifs du C.P.C.. Ainsi le personnel infirmier est appelé à intervenir sur les aspects criminogènes.

Selon le même document (SCC, 1998a), l'approche multidisciplinaire, sous la responsabilité d'un directeur clinique, est retenue, compte tenu de la sévérité des troubles dont souffrent les détenus qui sont admis à cette unité (on parlera, par exemple, de troubles psychiatriques jumelés à des troubles sévères de la personnalité). Le poste de directeur clinique a vu le jour en mai 1998 et ce, en réponse à une recommandation d'un comité expert-enquêteur (Haslam, Larivière, & Deurloo, 1998). Dans son rapport, le comité indiquait :

Ce qui manque au Centre c'est la « cohésion organisationnelle » qui permet à toutes les disciplines spécialisées d'agir de concert dans l'élaboration d'une stratégie commune de soins offerts aux patients qui soit adaptée aux domaines de la santé mentale et du traitement correctionnel (Haslam & al. 1998, p. 9)

En guise de correctif et suite à cette observation, ces évaluateurs externes recommanderont :

Le directeur de l'établissement... et le coordonnateur de l'unité régionale de santé mentale créent le poste à temps plein de directeur clinique chargé des tâches suivantes : coordination interdisciplinaire et détermination des priorités; règlements des différends; direction d'équipes interdisciplinaires énergiques dans le respect de la politique nationale établie (Haslam & al., 1998, p. 13).

Aujourd'hui, le directeur clinique du Centre s'assure du bon fonctionnement des équipes multidisciplinaires et de la mise en oeuvre du plan de traitement pour chaque détenu qui y séjourne. Le directeur clinique, poste assumé par une psychologue de formation, possède l'autorité clinique sur l'ensemble des ressources humaines professionnelles travaillant au Centre. Il est aussi responsable de l'établissement d'un programme de formation continue afin de répondre aux besoins des différents professionnels à l'interne. Les agents de correction font aussi partie de ces ressources dites professionnelles.

Le Centre devrait donc s'assurer que les membres du personnel en place aient la formation nécessaire pour appliquer les approches thérapeutiques en vigueur afin

d'assurer la prise en charge des détenus-psychiatisés. Ces approches, comme nous le verrons dans la section suivante, teintent non seulement la prise en charge « thérapeutique » mais tout autant les règles de conduite de même que la nature des opérations pénitentiaires.

Prise en charge des détenus, règles de conduite et opérations pénitentiaires

Le fonctionnement du Centre repose sur un ensemble de règles officielles, libellées dans un document remis à tous les détenus qui y sont admis. Des règles dites « cardinales » viennent chapeauter les règlements spécifiques que doivent observer tous les détenus-psychiatisés. L'ensemble du personnel a le devoir de veiller au respect des règles cardinales et des règlements du Centre qui s'ajoutent à l'ensemble des règlements en vigueur au pénitencier. Toute dérogation à ces lois cardinales et à ces règlements peut mener à l'exclusion du programme de traitement. Ces trois règles cardinales se résument ainsi (extraits du document intitulé « Unité de santé mentale : lois cardinales et règlements » révisé – SCC, 1998b) :

1. Aucun acte de violence et / ou aucune menace ne seront tolérés.
2. Participation obligatoire au programme selon le plan de soins ou le plan de traitement individualisé.
3. Toute consommation (ou trafic) de drogue, d'alcool et/ou autres substances susceptibles d'affecter le comportement est strictement défendue. Seuls les médicaments prescrits par le psychiatre et le médecin sont autorisés et les médicaments d'usage courant seront distribués au besoin seulement.

« Les détenus qui dérogent à ces règles se verront imposer des sanctions à caractère clinique, tandis que la clientèle psychiatrique sera soumise à des plans de chambre » (SCC, 1998b, p. 2). La distinction entre les types de sanction est importante. Les premières visent principalement les détenus-psychiatisés souffrant de troubles de la personnalité (axe 2) alors que les deuxièmes visent ceux qui souffrent de troubles psychiatriques francs, c'est à dire à l'axe 1. À ces règles cardinales s'ajoutent seize règlements, visant la circulation des détenus-psychiatisés, le travail obligatoire, l'hygiène personnelle et environnementale, les articles autorisés en cellule, la tenue carcérale, les repas, etc. À cela s'ajoutent les règlements spécifiques à chacune des unités du C.P.C..

Le respect des règlements pénitentiaires est assuré par tout le personnel exerçant au Centre, le personnel infirmier inclus. Les titres socioprofessionnels sont diversifiés et la section suivante présente succinctement les ressources humaines en présence au Centre psychiatrique correctionnel.

Les ressources humaines en présence au Centre psychiatrique correctionnel

Il existe au C.P.C., huit titres socioprofessionnels distincts à savoir : les psychiatres, les infirmières (qui peuvent être agentes de programme), les psychologues, les agents de libération conditionnelle (ALC), les agents de correction, l'éducatrice spécialisée, les enseignants et, enfin, les instructeurs. Cinq autres personnes assurent le soutien administratif du Centre par le biais d'activités cléricales.

L'équipe de gestion est composée d'un directeur (criminologue), d'une directrice clinique (psychologue), d'un chef des services psychologiques (psychologue), d'un chef des soins infirmiers (infirmière), de deux chefs d'équipe (infirmières), d'une coordonnatrice clinique d'unité (criminologue) et d'un surveillant des opérations correctionnelles (criminologue).

Nous dénombrons sept psychiatres à temps partiel, sept agents de libération conditionnelle, un aumônier, vingt et une infirmières soignantes, quatre psychologues, deux infirmières agentes de programme, quarante et un agents de correction, trois professeurs et instructeurs et, enfin, une éducatrice spécialisée, qui composent la totalité du personnel du C.P.C. directement impliqué auprès des détenus-psychiatisés (SCC, 2000). Le tableau 4.1 donne une vue d'ensemble de ces groupes socioprofessionnels.

Tableau 4.1

Catégories de personnel exerçant au C.P.C.

Comité de gestion	8 postes
Soutien administratif	5 postes
Psychologues	4 postes
Psychiatres	7 postes
Agents de libération cond.	7 postes
Aumônier	1 poste
Infirmières (incl. Agents prog.)	23 postes
Agents de correction	41 postes
Professeurs / Instructeurs	3 postes
Éducatrice spécialisée	1 poste

Le personnel infirmier responsable de la dispensation des soins constitue un groupe professionnel employé par le *Service correctionnel du Canada*. Il ne s'agit pas, comme c'est le cas dans d'autres pénitenciers fédéraux, d'infirmières embauchées par des agences gouvernementales ou privées diverses. Elles sont des fonctionnaires au sein de la fonction publique canadienne. Au C.P.C., les infirmières sont des fonctionnaires qui cumulent les fonctions d'agent de la paix et d'infirmière psychiatrique. Leur description de tâches vient formaliser ce double statut socioprofessionnel.

Parmi les groupes socioprofessionnels travaillant au Centre, les hommes sont plus représentés que les femmes. Ce constat touche particulièrement les agents de correction où la proportion est de six femmes pour quarante et un hommes. Chez le personnel infirmier le ratio femmes / hommes, au moment de la recherche, était de 11 pour 10. Si l'on s'attarde à tous les groupes socioprofessionnels en contact direct avec

les détenus-psychiatisés, cette proportion de femmes par rapport aux hommes est de 26/85. Ce ratio est sans équivoque. À cet égard, il ne fait aucun doute que le milieu pénitentiaire visité est un milieu où les hommes sont fortement représentés par rapport aux femmes.

Le milieu carcéral : un milieu d'hommes

Dès lors, il faut ajouter à notre description du milieu de travail physique et humain, un élément « culturel » prépondérant au C.P.C. Les acteurs de sexe masculin impliqués dans l'environnement pénitentiaire souscrivent en effet à une caractéristique commune. Selon les informants rencontrés, cette caractéristique sociale du milieu carcéral colore fortement tant les interactions professionnelles que les représentations culturelles du milieu.

Le monde correctionnel est principalement un milieu d'hommes qui a ses règles tacites et ses prescriptions incontournables. Cette évidence a été soulevée à maintes reprises par les informants, que ceux-ci soient des hommes ou des femmes. Le passage suivant de l'entrevue d'une informante-infirmière illustre bien cette réalité correctionnelle.

C'est un défi [que de travailler ici]. C'est un milieu d'hommes... contrairement au milieu hospitalier qui lui est un milieu de femmes. Tu arrives dans un milieu macho et il faut que tu fasses ta place tu sais. Tu fais ta place en mettant tes cartes sur table et en affrontant les blagues de mauvais goût. Ma place je n'ai pas eu de difficulté à la faire parce que je suis une fille qui dit ce qu'elle pense (I#5, p. 21).

L'évidence d'un ordre carcéral souscrivant aux valeurs machistes se constate. En effet, les femmes sont souvent perçues par les agents de correction comme des intrus. Les femmes n'auraient pas leur place en milieu pénitentiaire parce que « c'est d'abord et avant tout un milieu d'hommes » (I#5). Deux infirmiers soulignent d'ailleurs la difficulté que rencontre le personnel infirmier féminin à faire respecter ses décisions auprès des agents de correction.

Moi je pense que côté féminin, des fois, ça peut accrocher un peu plus... probablement, encore à cause des rôles, surtout une femme dans une prison. Bon, c'est beaucoup de pouvoir encore. Puis souvent ces décisions-là que l'infirmière va prendre vont peut-être être plus contestées, ou ça va engendrer plus de colère [chez les agents de correction]. Je ne pourrais pas vous dire pourquoi... Oui, ça fait partie de la mentalité, je pense... (I#11, p. 6).

C'est un milieu un peu sexiste. Nous [les infirmiers] ne sommes pas mis à l'écart comme les infirmières (I#3, p. 10).

Ces trois derniers extraits d'entrevues réalisées d'abord avec une infirmière et ensuite avec deux infirmiers trouvent un écho chez plusieurs autres informant(e)s. Ainsi, la différence des genres féminin / masculin constitue un élément central dans les représentations des informants. Cet élément nous est vite apparu, dans les témoignages recueillis, comme étant un déterminant qui polarise, en partie, certaines des représentations de l'expérience vécue par le personnel infirmier. En effet, la phase empirique de la recherche a permis de mettre en lumière qu'il existe des similitudes et des différences dans le discours et le vécu des infirmières et des infirmiers travaillant au Centre. Dès lors que l'expérience en milieu carcéral est souvent vécue et perçue différemment suivant que l'on est un homme ou une femme, nous tiendrons désormais compte de la disparité des témoignages suivant le clivage de genre et ce, non comme une contradiction accidentelle mais comme un indice et une conséquence d'un fait social propre à ce milieu carcéral.

Par souci de clarté et afin de pouvoir illustrer l'homogénéité du discours des infirmières et des infirmiers, de même que les disparités entre les deux groupes lorsqu'elles se manifestent, nous poursuivrons la présentation des résultats en séparant, à l'intérieur de chaque catégorie, les données homogènes aux deux groupes (femmes et hommes) suivies de celles qui touchent davantage les infirmières (femmes) et enfin celles qui reflètent majoritairement la réalité des infirmiers (hommes). Cette présentation des données en fonction du genre s'avère essentielle à une compréhension fine et représentative de l'expérience du personnel infirmier dans ce milieu de psychiatrie correctionnelle. Le chercheur a été à même d'observer que les perceptions féminine et masculine, comme infirmière et infirmier, comportent des particularités dont il est nécessaire de tenir compte continuellement dans l'analyse.

4.1.1.3 Résumé de la catégorie # 1**CATÉGORIE 1****Le carcéral****Contexte spécifique de l'étude et mission du C.P.C.****Description du milieu psychiatrique pénitentiaire**

- Blocs pénitentiaires, unités de soins et services

- Prise en charge des détenus-psychiatisés, règles de conduite et opérations pénitentiaires

- Ressources humaines au C.P.C.

- Milieu carcéral comme milieu d'hommes

La présentation de la première catégorie, « le carcéral », a permis d'identifier des éléments déterminants qui seront repris dans la section analytique de cette présentation des résultats. Il est clair que le milieu psychiatrique carcéral visité s'est vu investi d'un mandat de soin psychiatrique en même temps que d'un mandat de contrôle social. Selon les autorités du Service correctionnel tout comme pour les autorités du Centre, il semblerait que ces deux mandats puissent cohabiter de manière harmonieuse puisqu'on souligne que l'intégration de ces deux volets permet « de mieux répondre aux besoins » de la population desservie. Mais, selon les documents consultés, l'objectif principal du SCC est de conduire les délinquants souffrant de troubles mentaux vers une réinsertion sociale réussie. À ce stade-ci de notre démarche nous sommes en mesure de constater ce qui suit : l'objectif principal du SCC et du Centre ne semble pas tant d'offrir une aide psychiatrique dans le but d'alléger la souffrance des détenus-psychiatisés mais plutôt d'assurer, par le truchement d'une intervention double de soin et de correction, le retour sécuritaire en société de personnes qui en ont été exclues. La nature des propos véhiculés dans les documents officiels du SCC ne nous permet pas d'affirmer que les

programmes mis en place au Centre l'ont été suivant un engagement altruiste à l'égard du détenu-psychiatrisé. La sécurité du corps social constitue, selon nos données, la priorité du Service correctionnel du Canada. Bien entendu, cette sécurité passe, selon nos sources, par le traitement des affections psychiatriques mais aussi par des interventions soutenues au niveau de la personnalité et des facteurs criminogènes.

Notre recherche documentaire tend aussi à démontrer que cet alliage soins-contrôle qu'épousent les autorités du SCC et du Centre a influencé le choix des approches thérapeutiques en vigueur au Centre psychiatrique correctionnel. Selon nos sources, l'approche cognitive-behaviorale est congruente aux objectifs du SCC et constitue l'approche de prédilection du Centre parce que c'est elle qui, selon les autorités, est « la plus efficace pour modifier les comportements ». Cette approche thérapeutique est tout aussi congruente au double mandat de soins et de contrôle énoncé par le SCC et le C.P.C. puisque l'approche cognitive-behaviorale implique l'utilisation de récompenses et de punitions pour renforcer ou éradiquer un comportement.

La recherche documentaire effectuée a aussi permis de faire ressortir le caractère enveloppant de l'institution carcérale. Les prescriptions pénitentiaires énoncées, prenant forme dans les règles de conduites du détenu-psychiatrisé, ont force de loi et toute transgression entraîne un éventail de conséquences appropriées aux fautes commises. La phase terrain de cette recherche a par ailleurs permis d'apprécier dans quelle mesure toutes les ressources humaines en place ont le devoir de faire respecter ces règles contribuant ainsi à l'actualisation des approches thérapeutiques et au maintien de l'ordre pénitentiaire. À cet égard, la description du carcéral permet au chercheur d'affirmer que le personnel infirmier a le devoir de faire respecter les règles pénitentiaires au même titre que les autres groupes socioprofessionnels en contact direct avec les détenus-psychiatrisés.

Enfin, l'analyse détaillée des groupes socioprofessionnels du Centre a permis de faire ressortir une représentation masculine près de quatre fois supérieure à celle des femmes. Ce constat, mis en parallèle avec les propos d'informants, nous permet d'affirmer que le milieu où s'est effectuée la recherche est un milieu d'hommes où l'adhésion à des valeurs machistes est sans équivoque.

4.1.2 L'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire

La deuxième catégorie construite à partir des données empiriques de la recherche renvoie à l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire. Cette catégorie constitue le cœur de notre investigation dans la mesure où elle touche directement à notre question de recherche en même temps qu'elle se veut le siège d'un processus social, permettant l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un milieu psychiatrique pénitentiaire. Nous reviendrons en détail sur ce processus social dominant dans la deuxième partie de ce chapitre. Pour l'instant nous poursuivrons le plus fidèlement possible, la description des données empiriques reliées à l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire.

En premier lieu nous présenterons les données relatives à l'impact du milieu correctionnel sur l'exercice professionnel du personnel infirmier. À cet égard, les aspects liés aux impératifs de sécurité ainsi qu'à l'insécurité du personnel infirmier seront abordés. Les aspects relatifs au champ de l'intervention ainsi qu'à l'invisibilité de l'exercice infirmier psychiatrique seront aussi soulevés. Une section relative au sentiment de stigmatisation, tributaire à leur lieu d'exercice professionnel, sera aussi présentée.

Par la suite, nous présenterons en détail les données relatives au double mandat, d'agent de contrôle social et d'agent de soin, dont est investi le personnel infirmier. Dans le cadre de cette section, nous nous attarderons aussi à décrire dans quelle mesure le personnel infirmier est perçu comme un risque et ce, tant en regard de l'ordre carcéral qu'en regard de la sécurité de tous les intervenants en contact direct avec les détenus-psychiatisés du Centre.

Cette deuxième catégorie de données, référant à l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers psychiatriques en milieu pénitentiaire constitue, à notre avis, le cœur de la thèse.

4.1.2.1 Impacts du milieu carcéral sur l'exercice infirmier

L'environnement correctionnel impose un mode de fonctionnement strict tant pour les détenus-psychiatisés que pour le personnel du pénitencier qui assure la garde. Le personnel infirmier doit donc respecter les lois, les règlements et l'ordre carcéral en vigueur dans l'établissement. Selon les informants rencontrés, ces contraintes auraient des répercussions bien concrètes sur l'organisation et la dispensation des services infirmiers psychiatriques. L'aspect sécuritaire de l'environnement de même que l'insécurité vécue par la majorité du personnel infirmier à l'égard de la clientèle qu'il

soigne en sont deux excellents exemples. Pour la totalité des informants rencontrés (personnel infirmier et agents), la sécurité est un élément déterminant dans la capacité du personnel infirmier à dispenser son service.

Une pratique professionnelle périlleuse

L'exercice infirmier en milieu psychiatrique carcéral, quoique indispensable, est tout à la fois difficile, contraint et source de frustrations importantes pour certains membres du personnel infirmier. Selon plusieurs informants (femmes et hommes), il semble que l'exercice professionnel des infirmières et des infirmiers risquerait de prendre la couleur du milieu pénitentiaire. Pour plusieurs informantes et pour certains informants, l'environnement carcéral rend la pratique des soins infirmiers difficile, voire même, périlleuse. Les informants le soulignent clairement :

Tu n'es pas capable de donner ton service nursing comme on te l'a appris. On te l'enseigne de toute façon de manière utopique. Le nursing parfait qu'on apprend, tu ne peux même pas l'appliquer dans un hôpital... puis tu arrives ici où tu es, en plus, la dimension carcérale, où tu vis de la pression... (I#1, p. 24).

En partant, ici, le nursing, c'est toujours une mission impossible. Et de ça, il faut en faire une mission possible (I#1, p. 15).

Tu sais, travailler en milieu psychiatrique correctionnel, le seul que je connais c'est le C.P.C., c'est tout un défi... ça je peux te le dire, parce que c'est quelque chose de travailler là, parce que tu fais ta tâche d'infirmière, mais tu fais bien autres choses... tu fais de la surveillance... on s'occupe de la cantine... du tabac... les téléphones [que veulent faire les détenus]... les visites... C'est beaucoup plus large [que la pratique infirmière en milieu hospitalier] comme interventions (I#5, p. 26-27).

Il faut que l'infirmière qui travaille en milieu carcéral se mette dans la tête que ce n'est pas une *job* facile, et qu'il y a plusieurs contraintes. La contrainte sécuritaire en est une, puis il faut accepter de composer avec ça (I#8, p. 21).

De manière générale les infirmières soulignent les difficultés qu'elles ont à travailler dans un milieu correctionnel et leurs discours s'alignent sur les extraits présentés plus tôt. Lors des entrevues, la plupart des infirmiers verbalisaient la même perception que les infirmières. Cependant, certains infirmiers, ne vivant pas « d'inconfort

culturel » ne partagent pas les mêmes perceptions que leurs collègues comme en fait foi l'extrait qui suit et qui illustre bien ce discours masculin.

[Le milieu correctionnel] Ça ne m'a jamais impressionné beaucoup. Je pense que j'ai été fait pour ça, pas j'étais, je suis fait pour ça. Je ne suis pas arrivé en milieu carcéral pour rien, parce que je sens que j'ai le *guts* de le faire. Je ferai combien de temps ? Je le sais pas... C'est une prison. Alors la sécurité prime. Les soins après... C'est ce que j'entends régulièrement du personnel administratif, des agents, je l'entends, ça. C'est la sécurité, ensuite de ça c'est... [le soin]. Ça fait dix ans que je suis dans ça. Je suis habitué. J'ai comme appris ça au fil des années et puis c'est instauré et puis, selon moi, c'est comme ça (I#13, p. 7-8).

4.1.2.1.1 Sécurité

Importance de la sécurité

En l'absence du service de sécurité, représenté par les agents de correction, l'exercice infirmier au Centre de soins psychiatriques est à toute fin pratique impossible. Ce constat rallie l'ensemble des informants rencontrés (personnel infirmier et agents de correction) et ceux-ci soulignent à maintes reprises qu'il n'y a pas de soin psychiatrique possible si l'environnement n'est pas sécuritaire et sécurisé. Les extraits d'entrevues suivants, réalisées avec des infirmières et des infirmiers, traduisent bien l'importance de la sécurité (service de la sécurité et sentiment de sécurité personnelle) comme condition essentielle à la pratique infirmière en milieu correctionnel psychiatrique. Les entrevues réalisées, de même que les observations faites dans le milieu, nous permettent d'affirmer que le sentiment de sécurité personnelle, qu'évoque le personnel infirmier, est directement relié à la présence et à l'efficacité des agents de correction. En fait, la présence quotidienne des agents de correction, assure un environnement sécuritaire et, par conséquent, influence le sentiment de sécurité personnelle exprimée par le personnel soignant.

L'agent doit savoir que tu es en entrevue, doit voir à ce que tu sois en sécurité... (#2, p. 4).

La sécurité! Bon, ma vie est en jeu, il faut qu'ils [les agents] assurent ma sécurité (I#11, p. 13).

La peur constitue aussi une raison invoquée explicitement par les infirmières qui les pousse à adopter une attitude sécuritaire et à faire certains compromis avec les agents de correction.

Parce que moi, je me suis fait dire que j'étais sécuritaire dans mes affaires, puis j'ai dit aux gens : « c'est parce que j'ai peur. » Il y a des patients qui me font peur (I#12, p 11).

La sécurité comme entrave

Bien que la présence des agents soit d'une importance capitale (ou un « must » pour reprendre l'expression de certains informants) pour le personnel infirmier, il n'en demeure pas moins, selon la majorité des informants, que cette réalité compromet la nature de l'exercice infirmier. Cette perception a été exprimée par la majorité des infirmières et des infirmiers rencontrés. En effet, plusieurs infirmières et infirmiers interviewés ont exprimé à quel point les obligations sécuritaires du milieu venaient compliquer leur exercice professionnel. Les deux extraits d'entrevues suivants témoignent de ce constat rapporté au chercheur par les informants.

Le milieu pénitentiaire pour la pratique infirmière, c'est spécial! Nous sommes limités d'abord par la sécurité. Parce qu'il faut respecter la sécurité, on ne fait pas souvent la pratique qu'on a appris. La pratique infirmière est toujours assujettie à la sécurité, d'abord. Donc c'est la sécurité qui prime dans notre milieu de travail. Ça, on ne se contera pas d'histoires. Tu vois qu'un gars est pendu dans une cellule, ce n'est pas toi qui va aller ouvrir la cellule. Ce qu'il faut que tu penses, avant de te précipiter, c'est que ça peut être un *fake* que le gars a fait. Tu peux te faire prendre en otage. Donc, c'est pour ça que ça te prend la sécurité. Tu n'entres pas dans une cellule toute seule. Ça te prend la sécurité. Donc, tout de suite, au niveau pratique infirmière, on a toujours tendance nous autres à se *garrocher*. Là, il faut que tu fasses un peu affaire à la sécurité, il faut s'habituer à ça. À aller faire nos rondes avec la sécurité. Si la sécurité n'est pas disponible, tu n'y vas pas. Parce que ça peut être dangereux d'aller toute seule dans une rangée, surtout en plein jour. Les résidents sont tous sortis. Ça fait que si quelqu'un vient te dire « il y en a un qui est blessé », ça te prend un agent pour aller vérifier. Ou quelqu'un (dit) : « bien, il y en a un qui ne se sent pas bien. On l'a trouvé sans connaissance ». Ça prend la sécurité pour monter, pour aller dans la rangée s'occuper du cas. Il faut toujours penser que, des fois, ça peut ne pas être vrai (I#8, p. 20 et p. 22).

Comme je te disais tantôt, les limites sécuritaires. Tout le monde est en cellule. Tu ne peux pas rencontrer ton patient. Tu sais, admettons (deux mots inaudibles), tu ne peux pas le rencontrer. Tu sais, il faut

que tu marches toujours avec le côté sécuritaire. Tout le temps, tout le temps. Ils [le public, l'Ordre professionnel] n'ont pas l'air de se rendre compte de cela, du suivi qu'on ne peut pas toujours faire aussi ponctuel que quand tu es dans un hôpital. Moi, à l'hôpital-là, il n'y a pas quelqu'un à la porte qui m'empêche de rentrer pour aller vérifier si mon patient dort ou respire. On peut regarder par la porte, mais ce que je veux dire, c'est si son calmant l'a soulagé. Quand il est retourné dans son secteur... les gars sont tous embarrassés, ils vont ouvrir les portes dans une heure. Je n'ai pas autant... On perd... Comment je pourrais dire cela, on perd un peu de suivi dans nos soins... On est très limité... On est limité! Ça amène des frustrations! (I#12, p. 25).

La sécurité – comparaison des milieux

Certains informants ont aussi précisé au chercheur en quoi le milieu psychiatrique pénitentiaire dans lequel ils évoluaient, diffère du milieu hospitalier psychiatrique général. La liberté de mouvement du personnel infirmier de même que la résistance de certains agents de correction en regard de la présence du personnel infirmier (particulièrement les infirmières) constitueraient des contraintes qui différencient le milieu pénitentiaire et le milieu hospitalier. Les deux extraits suivants sont évocateurs à cet égard.

Tu sais, des fois là, c'est... Ton patient est dans sa chambre, dans le 14 lit 1. Bien tu rentres dans le 14 lit 1 et puis tu vas le voir, ton patient! Tu es libre! C'est ça que tu n'es plus capable de faire en prison! Tu n'as plus la liberté de circuler, tu n'as plus la liberté de rencontrer ton patient... (I#12, p. 26).

Moi, le genre de nursing que j'aimais, là-bas [nom d'un hôpital provincial] mettons, c'est de prendre en main des gars, de façon plus clinique... clinique soignante. C'est bien évident, ici, on est à bout tout le temps. Il y a tout l'aspect sécurité qu'il faut voir... ça fait qu'il y a un manque de spontanéité qui va avec ça, il faut que tu tiennes compte de tous les aspects sécuritaires. Il y a une résistance aussi au niveau des gardiens. Les gardiens, je comprends leur rôle, je suis capable de vivre avec ça par exemple, mais ça crée tout le temps des frustrations (I#9, p. 3).

La sécurité – « feeling »

Une minorité d'infirmières et d'infirmiers semblent bien composer avec les limites que l'aspect sécuritaire impose en milieu correctionnel. Cependant la majorité du personnel infirmier trouve difficile d'exercer dans un milieu sécuritaire tout en

reconnaissant qu'il doit se sentir en sécurité pour pouvoir travailler. Ce nécessaire sentiment de sécurité a été verbalisé par tous les informants sans exception. Le passage suivant expose bien le sentiment personnel que partagent certains informants.

Je me documente sur leur dossier, les antécédents, qu'est-ce qu'ils ont fait, qu'est-ce qu'ils ont pas fait. Je regarde aussi si je ne peux pas avoir l'information par rapport à la famille, des choses comme ça. Voir à qui j'ai affaire comme individu. Regarder aussi pour ma sécurité et puis la sécurité des autres. Bien, ça fait dix ans que je suis là-dedans, donc je suis comme habitué. Mais je reste toujours sur mes gardes. « On n'est pas dans une garderie, on est dans une prison. » : je me le suis fait dire régulièrement. Donc, je l'ai dans... Le personnel de sécurité, des collègues de travail, différentes personnes, écouter des discussions. On est dans un milieu où il y a déjà eu des passages à l'acte, à l'extérieur. Pourquoi il n'y aurait pas de passages à l'acte à l'intérieur ? J'ai pas le goût que mes confrères ou moi-même subissent le passage à l'acte. (rires) Donc, je suis sécuritaire. Moi, personnellement, selon moi, je suis sécuritaire (I#13, p. 3-4).

Comme en fait foi l'extrait précédent, si une minorité d'infirmières et d'infirmiers composent « très » bien avec les contraintes imposées par l'aspect sécuritaire, la majorité des informants reconnaissent l'importance de l'aspect sécuritaire et sont conscients des limites imposées par celui-ci. À la lumière des entrevues réalisées avec le personnel infirmier, il semble que les infirmières soient beaucoup plus sensibles aux limites imposées par l'aspect sécuritaire que leurs collègues masculins. Il n'en demeure pas moins, comme nous l'avons constaté, que celles-ci reconnaissent l'importance de l'aspect sécuritaire, tout comme les infirmiers. Cependant, une majorité d'infirmières dénoncent les impacts contraignants et négatifs de la sécurité sur la dispensation des soins.

4.1.2.1.2 Insécurité

Plusieurs infirmières et infirmiers déclarent travailler dans un état d'insécurité permanent ce qui entraîne, constatent-ils, une distanciation forcée avec la clientèle desservie et un rapprochement « obligé » avec les agents de correction, qui sont perçus, par plusieurs, comme étant responsables de leur sécurité personnelle. L'intériorisation de ce sentiment d'insécurité permanent, par certaines infirmières et certains infirmiers, justifie qu'ils se distancient de leur pratique infirmière apprise (et généralement pratiquée en centre hospitalier).

D'abord, il faut en premier tenir compte qu'on a affaire à une clientèle avec deux ou trois problématiques. Une clientèle qui est délinquante. Il y a la maladie mentale qui entre en ligne de compte, le trouble de la personnalité, donc, au départ il faut être bien conscient qu'il y a une certaine forme de sécurité à respecter. On ne peut pas évoluer avec ces bénéficiaires là comme avec ceux de l'hôpital. Le contact est différent. Il faut que l'infirmière se rende compte qu'il y a aussi un niveau sécuritaire à respecter, et qu'elle travaille en collaboration avec des agents de correction. Les agents de correction ont leur rôle à jouer, ils sont là pour surveiller et nous protéger aussi. Donc, il ne faut pas prendre de chances inutiles avec la clientèle. Si on a des doutes, se faire accompagner d'un agent de correction. Il faut qu'elle soit consciente des risques. Si elle se met elle-même à risque, il faut qu'elle soit consciente qu'elle met les autres à risque aussi. C'est pas juste une infirmière qui est à risque quand elle a un comportement à risque, c'est tous les autres qui sont à risque... Il faut toujours se rappeler que nous travaillons avec des délinquants. C'est certain que c'est une dynamique différente. L'hôpital c'est l'hôpital et puis la prison c'est la prison (I#8, p. 4 et p. 22).

Le contexte carcéral influencerait donc l'exercice infirmier. Le sentiment de sécurité personnelle auquel l'insécurité est étroitement liée constitue un élément très important soulevé par l'ensemble du personnel infirmier et ce, les deux sexes confondus. Le sentiment d'insécurité permanent serait le fait, selon nos informants, de l'identité de la clientèle (délinquants et malades mentaux) rencontrée au Centre psychiatrique correctionnel. Le passage d'entrevue suivant explicite bien le sentiment d'insécurité que partagent tous les informants rencontrés.

Parce qu'il y en a qui peuvent simuler une perte de connaissance pour prendre un otage. Au C.P.C., ça peut arriver, mais disons qu'il y a de moins en moins de cas avec qui ça peut arriver. Mais il en arrive. Et puis, faire attention aussi, parce qu'on peut se faire blesser. Il y a des patients qui sont décompensés là-dedans, qui hallucinent. On peut se faire blesser. Comme les gens peuvent se faire blesser dans les urgences. Il faut faire attention. La sécurité prime toujours, comme infirmière, au niveau de notre travail. On ne peut pas se lancer comme ça, même si le gars est sans connaissance. Ça, il faut bien se mettre ça dans la tête, des fois ça peut être suicidaire. Parce que le rôle d'infirmière, ce n'est pas juste devoir sauver. Il faut que tu sauves ta peau... À l'hôpital bien c'est le soin total, là, et puis tu n'as pas les barrières de la sécurité quand tu veux donner un soin. Ton patient qui tombe sans connaissance dans le corridor, tu vas y aller tout de suite le ramasser. Parce que la dimension danger n'est pas aussi existante que dans le milieu carcéral (I#8, p. 22).

Ainsi, la peur fait partie du quotidien de plusieurs informants rencontrés comme en fait foi ce court passage d'entrevue : « L'insécurité. T'as trop peur de ce qui peut t'arriver » (I#1, p. 9).

Nous constatons que c'est à travers les limites imposées par l'aspect sécuritaire et en même temps grâce à la présence de cette sécurité que l'exercice infirmier prendrait forme en milieu psychiatrique correctionnel. Certaines prérogatives sécuritaires, on l'a vu, limitent la pratique professionnelle des infirmières et des infirmiers. En même temps, ces limites seraient pour la majorité des informants absolument essentielles à cette même pratique. Les contraintes sont nombreuses et les avantages de la sécurité incontournables. Le dispositif sécuritaire est directement relié à la capacité, pour le personnel infirmier, de travailler. Ainsi, l'exercice en milieu sécuritaire psychiatrique requiert, du personnel infirmier, une habileté particulière pour gérer individuellement des contraintes antagonistes puisque le soin infirmier, suivant nos sources, serait entravé par la sécurité. Selon les informants rencontrés nous aurions affaire à une pratique professionnelle qui doit tenir compte tant des aspects conflictuels reliés au soin qu'à ceux reliés à la sécurité.

4.1.2.1.3 Négocier sa place comme soignants

Selon la majorité des informants, la place du personnel infirmier n'a pas été facile à faire au Centre psychiatrique correctionnel. Elle demeure, encore aujourd'hui, dénigrée, menacée, mal comprise, voire même rejetée par certains représentants de groupes socioprofessionnels tel les agents de correction, de même que par le système correctionnel. Selon les informants, la prison, au départ, est non seulement un milieu masculin mais aussi un milieu qui, historiquement, était sous le contrôle unique des agents de correction. Dès que le personnel infirmier reçoit le mandat d'exercer en milieu correctionnel « de soins psychiatriques », il semblerait qu'il doive, par surcroît, négocier son territoire afin d'exercer sa profession. Les passages suivants traduisent bien l'esprit de cette réalité, toujours d'actualité.

À présent, ça va bien, ça va mieux. C'était pire. Ils avaient de la misère avec ça. De toute façon, quand les infirmières ont commencé à rentrer dans les pénitenciers, ça n'a pas été accepté du jour au lendemain, là. C'est des hommes qui étaient là et qui donnaient les soins infirmiers. C'étaient des *medics*, comme dans l'armée. Donc, quand les premières infirmières sont rentrées, elles n'ont pas été acceptées avec le sourire. Parce qu'elles prenaient leur place (I#8, p. 16).

Ce qui a été le plus dur, ça a été de faire notre place parce que c'est un milieu d'hommes. C'est un milieu sécuritaire. Quand on est arrivée ici, « on venait bercer les détenus ». C'est un petit peu ce que les agents disaient : « vous venez bercer les détenus », parce qu'on les rencontrait longuement, on faisait des évaluations, on interagissait beaucoup avec la clientèle. Pour les agents, c'était comme un autre monde. Il y en a qui ne le prenaient pas. Il y en a d'autres qui le prenaient, qui se sont adaptés rapidement à ça. Il y avait aussi la bagarre du fait de qui était supérieur à qui. Est-ce l'infirmière qui donnait des ordres à l'agent?... C'était difficile. Ça s'est tassé avec les années. Il en reste encore un peu (I#7, p.1-2).

C'est difficile. Il faut toujours, comme, prendre de la place, même ici, même au Centre. On commence à prendre plus de place. Avant... tous les professionnels ici, avait chacun leur bureau, leurs affaires. Les infirmières avaient un bureau, où il y a maintenant, la commis. Là-dedans il y avait, au début, douze [infirmières], on a été jusqu'à quinze ou seize infirmières dans ça... dans un bureau avec quatre chaises. Avec une petite table ronde dans le milieu. On s'accotait sur le frigidaire pour écrire. Tous les autres professionnels avaient leur bureau. Deux chefs d'équipe partageaient un petit cubicule. Même quand la responsable des soins est venue s'installer ici, quand ils ont construit ça en arrière, il a fallu qu'elle fasse sa place. On commence tranquillement, avec le chef des psychologues, lui qui a plus une vision clinique, médicale, que carcérale, on commence à leur dire que les détenus ne viennent pas ici sur des programmes. On essaie de leur faire rentrer ça dans la tête [au personnel]. Un programme, ça ne veut rien dire! Tu sais, ça paraît bien. Tranquillement, on essaie de faire changer la mentalité, pour dire que c'est complètement en contradiction avec le traitement (I#7, p. 24).

Ça a été ardu ici pour le personnel infirmier de faire sa place parce que je dirais que le SCC, c'est la chasse-gardée des psychologues... les psychologues ont presque une auréole... si on regarde dans toutes les directives du commissaire quand on parle de programme de prévention du suicide et de santé mentale particulièrement, ça appartient aux psychologues (I#10, p. 5).

C'est sûr que [pour] eux le nursing, ça n'a pas sa place. C'est comme imposé. Ils [les agents de correction] n'ont pas décidé cela. Souvent, ce sont des mentalités qui prennent beaucoup de place, qui parlent fort, qui mettent le poing sur la table... Et on dirait d'un autre côté que la direction [pour] eux, c'est correct : « le nursing, c'est ça, ça. » Et puis tu as l'autre clan qui est comme deux opposants. Il [le nursing] prend beaucoup de place. Je pense que la mentalité carcérale va tendre à changer. Enclencher cela, ce n'est pas un processus qui se fait du jour au lendemain. Ça va prendre peut-être encore quelques années à changer la roue. J'ai l'impression que ça tarde beaucoup

plus pour la réinsertion et pour tenter un système moins répressif (I#11, p. 29).

Ainsi le personnel infirmier en contexte doit continuellement légitimer son rôle ou les modalités de son exercice professionnel. Cependant, il croit aussi qu'à mesure que sa place sera davantage assurée, le milieu dans lequel il exerce devrait être moins répressif. Plusieurs ont d'ailleurs l'impression de porter cette responsabilité, à savoir de transformer le milieu encore répressif dans lequel ils travaillent pour un milieu de soins psychiatriques à l'image d'institutions hospitalières. Mais la place que le personnel infirmier prend ou peut prendre doit être « négociée » et ce, suivant différentes stratégies.

Selon la plupart des informants, la place que peut prendre le personnel infirmier au C.P.C. est tributaire des alliances qui ont été créées puis maintenues avec les autorités décisionnelles du Centre psychiatrique correctionnel et avec d'autres groupes socioprofessionnels. Une infirmière traduit d'ailleurs bien l'opinion de l'ensemble du personnel infirmier comme en fait foi ce passage d'entrevue.

D'après moi, avec le premier coordonnateur, l'alliance s'est fait plus grande avec le nursing qu'avec les services de psychologie. Alors, je pense que c'est pour ça qu'on a réussi, le personnel infirmier, à prendre la place qu'on a là. D'après moi une direction clinique devrait pas avoir de classification PS [psychologue], mais elle devrait avoir une classification générale... Ça n'appartient pas au domaine de la psychologie, la direction clinique. Je pense que c'est un débat qui ne s'achèvera jamais [la place du nursing au C.P.C.], je pense qu'il faut pas laisser place. C'est pas encore vendu le rôle de l'infirmière au Centre... Nous autres, ici, on crée énormément de précédents, aller à des escortes avec des patients dans des programmes de surveillance de sortie, aller visiter des ressources où le gars va aller en libération conditionnelle, assister à des audiences... Alors, moi je pense qu'il y a un avenir pour le personnel ici mais il faut toujours les stimuler. Alors, moi ça c'est ma vision, puis je pense qu'on est bien partis, mais il faut, il faut « leader » beaucoup ça...Faut pas lâcher... c'est pas gagné parce qu'il faut jamais céder le terrain, parce que ça se prend très rapidement par d'autres (I#10, p. 9 à 13).

À la lumière de cet extrait d'entrevue, on remarque que la direction clinique du Centre doit être assurée par un ou une psychologue puisque suivant le libellé de l'employeur, ce poste est classé PS, pour psychologue. Cette situation, connue du personnel infirmier, n'est pas étrangère aux conflits qui teintent les interactions entre le

personnel infirmier et les psychologues. Nous discuterons de ce constat un peu plus loin. Selon plusieurs informants, le personnel infirmier, dans le cadre de sa pratique quotidienne, a dû et doit encore non seulement négocier sa place, mais aussi justifier ses interventions auprès de différents groupes socioprofessionnels, notamment les agents de correction avec qui il travaille de plus près.

J'ai l'impression qu'on a nos preuves à faire au début quand on arrive ici, selon les situations. Ils te testent un petit peu dans tes décisions. Quand tu prends une décision, il faut que tu sois vraiment certain. Il ne faut pas que tu doutes ou que tu expliques pourquoi tu fais ça. Tu as souvent des comptes à rendre par rapport à ça avec les agents... ils te testent... Pour te faire confiance... « O.K. tu as agi comme cela. Mais pourquoi ? » Après cela, bon, les relations peuvent s'améliorer où se détériorer... je trouve cela difficile. Parce que... tu vas prendre une décision, ça, c'est correct, mais c'est de vivre avec la décision, après. Puis tu as tout le temps ta crédibilité entre guillemets. Bon, quand tu fais un mauvais *move*, les agents ne sont pas longs à le savoir. Après ça, c'est sûr, tu n'as plus beaucoup de crédibilité envers les agents. Ça fait que les relations deviennent plus tendues. Je pense qu'il faut toujours négocier, donnant-donnant dans une prison ou il y a des soins à donner, sécurité, santé... (#11, p. 3, p. 8 et p. 26).

Par ailleurs, nous l'avons vu précédemment, certains agents reprochent au personnel infirmier de trop « dorloter » les détenus-psychiatisés, ce qui pousse le personnel infirmier à devoir affirmer son identité socioprofessionnelle et, du même coup, à faire sa place dans l'unité de psychiatrie pénitentiaire. L'extrait d'entrevue suivant traduit bien l'expérience de l'ensemble du personnel infirmier.

Ils [les agents de correction] nous reprochent de les materner, « comment ça, tu l'appelles Monsieur ? C'est un bandit, c'est un pourri. » Bon, je dis : « veux-tu, on va s'entendre tout de suite ? Je leur ai dit que moi, en tant que professionnelle, je suis infirmière, j'ai suivi une formation professionnelle, et dans mon langage professionnel à moi, mon détenu, c'est Monsieur. Et je continuerai de l'appeler Monsieur, parce que ça fait partie de ma profession. Le respect en fait partie. Moi, je ne suis pas ici pour le juger, et puis, là, il a été jugé. Je suis ici pour donner des soins, pour essayer de l'aider. Donc c'est mon rôle. Votre rôle est différent. Vous avez un rôle de sécurité. Vous avez un rôle différent, vous avez un rôle très ingrat et je le comprends. Mais je ne peux pas endosser votre rôle, parce que le mien est là. Donc, moi c'est ma façon de travailler. J'accepte la vôtre, j'aimerais que vous acceptiez la mienne ». Je leur ai toujours dit : « oui, je comprends votre situation. Mais pour moi, ça reste un patient... il faut que vous compreniez la dynamique. Elle est

différente. Je ne peux pas [informante insiste], en tant qu'infirmière, agir comme un agent de correction (I#8, p. 12-13).

Cette perception partagée tant par le personnel infirmier féminin que masculin, semble toutefois beaucoup plus contraignante pour les infirmières. De manière générale les infirmières sont perçues comme étant « strictes » ou « rigides » (en ce qui concerne leur vision de la profession infirmière) par leurs collègues masculins et les agents de correction parce qu'elles seraient incapables d'adapter leurs interventions à l'ordre correctionnel. Elles insisteraient pour reproduire ce qu'elles ont l'habitude de faire à l'hôpital.

Les infirmiers reconnaissent la « nécessité » de négocier avec le service de la sécurité (agents de correction) pour pouvoir fonctionner dans le milieu correctionnel alors que selon des derniers la plupart des infirmières réagissent négativement à cette négociation. Certaines arrivent à négocier aisément avec les agents, alors que, pour d'autres, négocier équivaut à choisir entre les soins et la sécurité. Généralement, les infirmières sont perçues par les hommes (infirmiers et agents) comme étant « intransigeantes » et trop « perfectionnistes » comme en font foi ces passages d'entrevues réalisées avec deux infirmiers.

Parce qu'il y a des filles qui passent bien ici et je ne sais pas pourquoi. Dans l'attitude. Je ne sais pas. Bien, je pense que ce qui les [les agents] tanne là-dedans, c'est tous les chichis ou... Je ne saurais te dire la façon de faire d'une fille ou d'un gars... Je pense qu'elles sont plus perfectionnistes... Je n'arrive pas à trouver des exemples concrets... Je pense que c'est différent dans la méthode de travailler aussi. Les filles c'est comme plus minutieux. Les gars, on est comme peut-être un peu plus flexibles... Je pense qu'il y a un côté comme plus, pas maternel mais, il y a un petit quelque chose de plus [chez les infirmières] et je pense que ça les tanne [agents de correction]. Peut-être, justement, parce que c'est plus de travail, plus de rapports, je ne sais pas. Moi, je pense que ce sont celles qui passent moins bien. Dans le style, à cheval [sur les principes de soins] et puis vraiment elles ne dérogent pas de leur nursing, qui prend toute la place. C'est peut-être ça, être à cheval. C'est la première fois que je me penche là-dessus. Ça passe moins je pense (I#11, p. 24-25 et p. 26).

C'est un milieu d'hommes... Ici, en prison, il ne faut pas se le cacher, ça prend du caractère; les filles qui travaillent ont beaucoup de caractère. Mais [hésitation], j'ai l'impression que les relations entre les filles et les gardiens sont plus tendues que les relations entre les

infirmiers et les agents. Je ne sais pas pourquoi, c'est peut-être une question de perception des gardiens, qui ne font pas confiance aux filles. Puis, il y a beaucoup de filles qui ont bien du caractère puis, qui ont leurs opinions personnelles. Les filles on dirait que, tu sais : « ça se fait de même (coup sur la table), ça se fait de même (coup) », c'est pas... comment je pourrais dire... c'est que, c'est plus de type «confrontation» avec certaines infirmières. Comment que je pourrais dire. Il y a certaines infirmières comme quand il y a des choses à faire... « ben c'est de même que ça va se faire ! » Elles vont comme forcer la mesure elles disent : « je m'excuse, c'est de même que ça va se faire. » Selon les agents, il y a des infirmières qui ne comprennent pas ce qui se passe. Moi, je dis plutôt qu'elles ne sont pas capables d'accepter ce qui se passe... Un professionnalisme, que j'appelle exagéré... qui marche théoriquement, mais que quand elles arrivent dans la réalité carcérale, elles frappent un mur (coup sur la table). Tandis que nous autres les gars... on a comme peut-être... plus tendance à [se dire] : « bon, ben, on va s'en faire un ami de ce gardien-là, on va en faire un associé. » C'est qu'il y a des filles qui ne comprennent pas comment ça marche ici. Il me semble que les gars [agents de correction] leur mettent les bâtons dans les roues. Les filles sont très professionnelles, (coup sur la table). Trop professionnelles (L#9, p. 6-7; p. 8-9 et p. 10).

Au-delà de cette « rigidité » féminine qu'on attribue aux infirmières, les verbatims d'infirmiers rapportés plus haut associent cette « rigidité » à la difficulté pour les infirmières de négocier les modalités de leurs activités de soins avec les agents de correction. En majorité, les infirmières tolèrent mal devoir justifier leurs interventions auprès des agents, de quêter leur approbation et de modifier leurs soins. De plus, elles acceptent difficilement devoir se plier aux contraintes de la sécurité en cas de désaccord avec les agents de correction au niveau d'une action à prendre, ce qui place régulièrement les infirmières interviewées dans une position conflictuelle avec les membres du service de la sécurité.

Il arrive aussi que la négociation du territoire de l'intervention (où chacun des deux groupes se disputent la place qui lui reviendrait) entre les infirmiers et les agents de correction échoue. En cas de confrontation, certains infirmiers semblent mieux supporter cette situation que les infirmières. Les infirmiers arriveraient davantage à se distancier de la source du conflit et à y être indifférents comme en témoignent ces passages extraits de deux entrevues réalisées avec des infirmiers.

Mais des fois, tu en as des plus gueulards [des agents]. Tu les laisses gueuler. Ça arrive ici, c'est frustré. « Tu [l'infirmier] ne feras pas de thérapie ici, là! Ton rôle, ce n'est pas d'essayer de désamorcer l'autre,

là! » Moi, les gueulards, les gueulards... tu diminues les contacts... tu fermes les contacts... tu fais le strict minimum. Moi, j'ai bougé ici. J'ai un bureau. Dans des situations conflictuelles.... Je vais me chercher un café. Je vais faire ma paperasse. J'ai encore mes *case-load*. [rires] Tu peux te faire du bon temps si tu veux! [rires] (I#13, p. 22).

Bien moi, je ne sais pas s'il y a moyen de changer quelque chose avec ces gens-là. En tous cas, moi je mets plus mon énergie avec les jeunes [agents], parce que ces gars-là [les « vieux » agents de correction] sont proches de la retraite. Je ne pense pas qu'on arrive à changer une mentalité qui est incrustée comme ça. Je pense qu'ils [les agents de correction] comprennent le rôle qu'on a à faire ici, mais eux vont rester toujours avec cette mentalité-là. Je ne pense pas qu'on arrive à changer ça (I#11, p. 19).

4.1.2.1.4 *Invisibilité de l'exercice infirmier*

Lors de notre recherche, les informants ont confié au chercheur le sentiment que leur exercice professionnel n'était pas reconnu, tant à l'intérieur du pénitencier qu'auprès de la direction régionale du Service correctionnel. Les informants, adoptant un ton convaincu, ont souligné que : leur pratique était à toute fin pratique rendue invisible. Par exemple, ils ont l'impression que leurs collègues des autres institutions pénitentiaires ne connaissent pas bien leur rôle. Selon des informants, ceci origine du fait qu'aucune infirmière ne représente la santé mentale auprès des comités régionaux de soins infirmiers. Les informants partagent donc le sentiment de ne pas être « acceptés » par le personnel infirmier des autres institutions pénitentiaires et que l'importance de leur contribution professionnelle échappe à la plupart de leurs collègues.

La tâche de l'infirmière en psychiatrie n'est pas connue et n'est pas reconnue. L'infirmière aux services correctionnels, elle fait les pansements, elle soigne les cardiaques et les diabétiques. Mais ici, au C.P.C., ils ne savent pas ce qu'on fait. Ils nous prennent pour des « passeux » de pilules, bien souvent. C'est difficile pour nous autres de faire notre place. Juste le plan de soins, ça ne fait pas tellement longtemps que les agents s'intéressent un peu plus à notre plan de soins... ça fait juste commencer. Le rôle de l'infirmière... est vraiment peu connu (I#7, p. 22).

Par ailleurs, la contribution du personnel infirmier au dossier du détenu-psychiatrisé, serait évacué au plan administratif. Cet élément accentuerait le sentiment d'invisibilité de leur pratique. En effet, les informants apprennent au chercheur que, lors

du transfert d'un détenu-psychiatrisé vers un autre établissement, toutes les autres parties du dossier « suivent » le détenu-psychiatrisé, à l'exception toutefois des « notes infirmières ». Ainsi, le personnel de l'institution d'accueil disposerait des notes évolutives de tous les professionnels ayant travaillé de près avec le détenu-psychiatrisé, sauf les notes quotidiennes du personnel infirmier. Soulignons au passage que les notes évolutives des agents de correction, inscrites au SGD¹, sont disponibles pour le personnel de toutes les institutions pénitentiaires fédérales. Donc, le dossier dit « psychiatrique » ne suivrait pas le client sauf en ce qui a trait aux notes rédigées par les psychiatres et les psychologues. Seule la portion relative aux soins infirmiers psychiatriques est retirée du dossier et demeure archivée au Centre psychiatrique. Les passages suivants expriment bien les sentiments d'isolement et de frustration partagés par la majorité du personnel infirmier.

Mes notes infirmières sont dans le dossier psychiatrique, dans le tiroir du bureau là-bas. Pas sur l'ordinateur. C'est l'importance qu'on a. Nous autres, quand le gars s'en va... le dossier psychiatrique est embarré aux archives en avant. Puis il ne suit pas le gars... Mes notes infirmières sont inaccessibles. Ça relègue mon rôle au tiroir du bureau ! Je fais mes notes, je les range dans le tiroir du bureau, il n'y a personne qui les consulte (I#2, p. 29-31).

Ça, c'est très très frustrant. Quand on sort d'ici, les soins infirmiers ne sont pas reconnus et le dossier psychiatrique n'est pas reconnu, parce que le dossier psychiatrique ne suit pas le client... il n'y a aucune note des soins infirmiers [psychiatriques] qui suit le client. S'il a fait trois années en santé mentale, il n'y a aucune note infirmière qui va suivre le client... Il faudrait au moins que les infirmières du milieu carcéral en soins infirmiers acceptent notre présence et nous disent « oui, vous avez votre place ici et oui, vous avez une expertise différente ». Notre dossier est à part, tout est à part. La reconnaissance n'est pas là. Ça c'est frustrant parce que le dossier qui suit le détenu a un résumé du psychiatre qui va être annexé au dossier médical, mais tout le travail nursing ne suit pas, n'apparaît nulle part... Toutes les entrevues, les observations infirmières, sont archivées, c'est tout. Les notes infirmières [psychiatriques] ne suivent pas... Faute de place... supposément (I#4, p. 17-18-19).

Les autorités du Service correctionnel invoquent le manque d'espace physique pour expliquer le retrait des notes d'observations infirmières du dossier du détenu-

¹ Système (informatisé) de gestion des détenus

psychiatisé. Selon les informants, le travail infirmier serait complètement évacué des priorités du SCC. La place qui est réservée aux notes infirmières traduirait bien ce constat. Cette réalité serait toujours actuelle et objet de « débats » comme le confirme un dernier extrait d'entrevue à ce propos.

C'est facile à voir dans notre organisation... où on peut trouver où le rapport de l'infirmière pourrait s'insérer, c'est pas dans les rapports psychologiques, c'est pas dans les rapports psychiatriques, ça prend un endroit particulier où l'infirmière pourrait faire un résumé, un rapport d'évolution de son client au cours de son séjour au C.P.C.. Oui, il y a les registres d'interventions des agents... je veux pas que les notes d'infirmières soient noyées là-dedans. Il y a les rapports psychologiques, il y a les rapports psychiatriques, il y a l'ergothérapeute et l'éducatrice spécialisée, on leur a trouvé un espace dans le cadre des programmes... Bien, le *nursing* est seulement dans le dossier papier, et comme on sait maintenant que la consultation, c'est l'informatique qui gère tout, c'est comme si toute l'intervention-papier était... c'est comme si le personnel infirmier ne fait que donner des médicaments... faut trouver un moyen que ça, ça soit diffusé tout en respectant la confidentialité et aussi en permettant à tous les intervenants des différents endroits d'avoir accès à la somme d'information qu'y a là. C'est un, un débat. C'est un débat... (I#10, p. 5-6)

La place des soins infirmiers au Centre psychiatrique correctionnel n'est pas gagnée, selon nos informants. Être infirmière ou infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire constitue un type d'exercice méconnu, marginal et empreint de défis. Ayant reçu une formation initiale dans les collèges ou universités, et ayant du même coup participé à des stages en milieux cliniques hospitaliers et communautaires, la majorité du personnel infirmier rencontré dit avoir été surpris, voire même choqué, par l'environnement carcéral. Cet extrait d'entrevue réalisée avec un infirmier traduit bien le sentiment de l'ensemble du personnel infirmier rencontré.

C'est sûr, ça a été un choc, parce que je ne connaissais pas du tout le milieu carcéral. Je suis arrivé ici et puis ça a été un choc de voir les grillages, les gens qui sont enfermés. Puis, il faut donner quand même un soin... Au début, je me demandais un peu ce que je faisais ici. Je me suis souvent posé la question. Mais maintenant, mon rôle s'est précisé davantage, au sens où je suis ici pour la société et pour quand le gars va sortir et pendant qu'il est ici, avoir des soins vraiment psychiatriques. Bien je pense que c'est toute la structure de l'établissement. Les contrôles, les barrières, les gens en cellule, les agents, les gens armés... Quand je suis arrivé l'hiver ici, avec les

tours qu'on voit, c'est la même image que dans les films. C'est un système de répression, on pourrait rire mais ça a fait comme bizarre. Je n'aurais jamais pensé venir ici un jour, être dans un établissement de détention. J'avoue que quand le grillage s'est fermé derrière moi, j'ai failli retourner de bord. Ça a fait un son métallique bien impressionnant la première fois... c'est bien impressionnant comme première arrivée. Tu t'en souviens toute ta vie ! Moi en tout cas, ça va me rester tout le temps (I#11, p. 1-3).

Selon cet informant, le choc de l'environnement a été amplifié par une seconde perception de tout autre ordre et qui se rapporte davantage à la [double] fonction socioprofessionnelle que le personnel infirmier doit assumer en milieu psychiatrique pénitentiaire. L'extrait suivant relate une conversation entre l'informant et le chercheur alors que ce dernier voulait en savoir plus sur le sentiment que suscite la double fonction d'agent de soin et d'agent de contrôle social.

Informant : Présentement, j'ai deux rôles, si tu veux : sécuritaire et puis clinicien en même temps. C'est de la gestion de cas aussi : « Bon, le gars va sortir. Où est-ce qu'on va le sortir ? Est-ce une place adaptée pour lui ? Va-t-il revenir ? Va-t-il récidiver ? » Ce n'est pas vraiment ma *job* de me pencher là-dessus, sauf que j'ai cela en tête aussi quand même !

Chercheur : « *Donc, tu dis que tu as deux rôles* ».

Informant : Oui.

Chercheur : « *Peux-tu m'en parler un peu ?* »

Informant : Je trouve que des fois, c'est sûr que ça peut te mettre dans des situations un peu ambiguës. Donc, si le gars a de la broue [alcool frelaté] dans sa cellule... tout ça, bon bien, tu n'as pas le choix, il faut que tu... [avises la sécurité]. Je pense que les gars le savent aussi. Tu sais, on est dans une prison. Chaque membre du personnel a un rôle à jouer là-dessus, côté sécurité. On ne peut pas laisser faire n'importe quoi à n'importe qui (I#11, p. 13-14).

4.1.2.1.5 Pratique professionnelle stigmatisée

Plusieurs informants ont mentionné au chercheur que la pratique infirmière en milieu carcéral constituerait, pour la communauté infirmière desservant le public à l'extérieur du pénitencier, une sorte « d'arrière-monde », un ghetto de la profession. Nos

interviewés soutiennent que, déjà, les soins infirmiers psychiatriques n'ont pas « bonne réputation » dans la profession. En plus, lorsqu'une infirmière ou un infirmier déclare travailler en milieu psychiatrique correctionnel il encoure la réprobation associée aux fous et à la prison, attestant du fait que la stigmatisation serait contagieuse. Ainsi, le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique correctionnel se sent doublement stigmatisé. Certains réitéreront au chercheur leur appartenance à la communauté infirmière (extérieure) comme en fait foi le témoignage d'une infirmière.

Je suis aussi avec vous, le reste de la culture à l'extérieur. Quand tu leur dis où tu travailles, leurs visages se raidissent. Pour eux on est le restant des infirmières qui travaillent avec le restant des clientèles (I#1, p. 32).

Un rapport d'inspection professionnelle (OIIQ, 1996) aurait attisé le sentiment de marginalisation et de stigmatisation du personnel infirmier. Après que certains membres du personnel infirmier eussent pris connaissance de ce rapport, ceux-ci ont confié au chercheur avoir l'impression que leur pratique est perçue comme étant « sous-développée » et « inadéquate ». Ce sentiment est partagé par un bon nombre d'informants du Centre. Les commentaires et les recommandations incluses dans le rapport d'inspection professionnelle effectuée dans une prison provinciale viennent renforcer les sentiments négatifs exprimés par le personnel infirmier. De l'avis des informants, qui eurent accès à ce rapport, il semble que les signataires du rapport sont davantage préoccupés par des techniques de soins et d'asepsie, pour lesquelles on n'hésiterait pas à condamner le personnel infirmier, en ignorant les conditions de travail difficiles dans lesquelles ce personnel doit exercer. Ce faisant, l'Ordre professionnel est perçu, par le personnel infirmier du C.P.C., comme une entité qui participe à la construction négative de l'image de l'exercice infirmier en milieu correctionnel, tout en se montrant incapable de discernement dans la rédaction de recommandations. Selon nos informants, les contraintes de l'environnement carcéral auraient échappé à la vigilance des enquêteurs mandatées par l'Ordre.

Si certains informants ont exprimé un sentiment de marginalisation, voire de ghettoïsation par rapport à l'ensemble de la communauté infirmière, paradoxalement, d'autres informants soulignent la fascination qu'exprime leur entourage en regard de leur pratique professionnelle marginale. Le fait de travailler dans un environnement aussi méconnu et « extrême » contribuerait, selon certains informants, à leur conférer un

certain prestige au sein de la communauté infirmière. Perçu à la fois comme marginal et pionnier, ce groupe d'infirmiers et d'infirmières s'attirerait le respect de certains de leurs collègues (exerçant dans des milieux de soins conventionnels), étant donné les caractéristiques « extrêmes » du milieu carcéral.

4.1.2.2 Double mandat : contrôle et soin

Le personnel infirmier qui exerce au Centre psychiatrique correctionnel a souvent l'impression que sa pratique est « ambiguë », « inadaptée », « trouble » voire même « bâtarde ». Le fait d'avoir à assumer simultanément des fonctions en regard des soins infirmiers tout en participant activement à l'application des règles reliées au fonctionnement et au contrôle de la population pénitentiaire, semble expliquer les sentiments exprimés auparavant par le personnel infirmier. Il est ambivalent en regard de la qualité de ses interventions. En fait, si le personnel infirmier respecte à la lettre les consignes sécuritaires et les principes et fonctionnements carcéraux, il a l'impression de diminuer la qualité du rapport thérapeutique avec les détenus-psychiatisés. En revanche, s'ils négligent cette réalité (sécuritaire) carcérale au profit du lien thérapeutique avec le patient, plusieurs infirmières et infirmiers ont le sentiment – et cela leur est d'ailleurs reproché – de ne pas être sécuritaires, mettant ainsi leur propre sécurité et celle de leurs collègues en danger.

Ainsi, certains informants, les deux genres confondus, souligneront que leur travail consiste entre autres à surveiller la clientèle qui réside au Centre même et que le principal aspect de leur travail est centré sur l'observation et la « gestion » des détenus-psychiatisés. Les deux passages d'entrevues suivants exposent bien cette réalité de « surveillance » et de « gestion ».

Je pense que notre rôle principal est très centré sur l'observation. Observer les comportements, les attitudes. C'est sûr qu'on distribue les médicaments, on a un rôle à jouer dans la relation d'aide par rapport au patient (I#12, p. 2).

C'est le *fun* que tu poses la question parce qu'ici, t'es moins porté sur le nursing, comme je le vois, moi... À cause de ces tâches là [contrôle du tabac, etc.], qui sont très importantes, ici t'apprends à gérer, c'est un autre genre de nursing, t'apprends à gérer. C'est une autre tâche... Gérer la vie des patients, c'est une partie du nursing, ça ici (I#9, p. 12).

Le personnel infirmier est, de manière générale, bien conscient de son double mandat (ou « double-rôle ») ; engagé à la fois comme agent de soin et agent de la paix, ainsi que le stipule la description de tâche publiée par le SCC. Mais quelques interviewés insisteront pour différencier les rôles et distinguer les vocables « agent de la paix » et « agent de correction ». Le propos suivant, remarquablement articulé, recoupe et résume l'ensemble des impressions recueillies auprès de toutes les infirmières et certains infirmiers du Centre.

Je suis un agent de la paix, je suis pas un agent de correction. Oui, j'ai un mandat d'assurer une sécurité, autant pour ma protection que la protection de mes pairs. Si je vois quelque chose je vais aviser l'agent, c'est sûr. S'il y a quelque chose qui arrive qui peut mettre en danger la sécurité ou quoi que ce soit, je vais le dire. Mais c'est pas moi qui va intervenir. Mais... on fait un plan de soins... s'il y a un comportement qui est inadéquat en réinsertion sociale et qu'il recommence, bon ben là tu vas voir, si tu corriges pas ces choses, je vais te mettre en plan de chambre quatre heures [forme d'isolement punitif – de type behavioral], tant que ton comportement n'aura pas changé... Je pense qu'on leur explique très bien que c'est pour un mieux-être, c'est pour les aider... Quand ils veulent venir ici, puis qu'ils signent pour venir ici, ils doivent accepter des choses aussi. Ils s'en viennent en thérapie. Et, je vais dire que moi j'ai jamais voulu jouer à l'agent, mais c'est sûr que pour moi la sécurité est importante. Et je ne joue pas à l'agent... (I#14, p.12-13).

Plusieurs informants évoquaient fréquemment le fardeau d'avoir à assumer simultanément les rôles de soignant et d'agent de la paix, dont les responsabilités et les juridictions respectives entrent parfois en conflit, inhibant, selon eux, la dispensation d'une part légitime du soin psychiatrique auprès du détenu. À cet égard, nous avons recueilli l'expression quasi-unanime d'une inquiétude auprès du personnel infirmier des deux sexes, particulièrement auprès des nouvelles recrues du C.P.C.. En effet, nos sources disent appréhender que l'un de ces rôles antagonistes – l'agent de la paix – finisse par supplanter le rôle du soignant. Comme en témoignent les propos suivants, le thème de « l'abandon du rôle de soignant » hante le personnel infirmier du C.P.C.. Plusieurs personnes font écho à cet « abandon du rôle de soignant », une réalité dit-on « qui guette l'ensemble du personnel infirmier » (I#12, p. 17).

Ajoutons que la capacité critique du personnel infirmier s'exerce ici avec une authenticité difficilement contestable. En effet, nos sources dénoncent certaines attitudes « autoritaires et rigides » à l'endroit de détenus-psychiatisés (susceptible de

nuire à l'établissement et au maintien du lien thérapeutique), attitudes qui sont le fait de d'autres membres du personnel infirmier. On voit dans ces comportements « autoritaires » de certains infirmiers et infirmières les signes avant-coureurs d'une polarisation des rôles, et même d'un certain désarroi, lequel exprimerait la difficulté de certains individus à se situer entre les pôles du soin et du contrôle.

Il y a des purs et durs [infirmiers et infirmières] qui fonctionnent par réquisitions. On a de la crème à mains. Le gars qui est sur le ménage joue beaucoup dans le savon... avec le temps ses mains deviennent sèches. Certains d'entre nous vont demander au détenu de faire une réquisition, l'envoyer au centre de soins [physiques]. D'autres vont lui donner de la crème puis vont envoyer la réquisition. Le détenu aura donc de la crème en attendant d'être vu au centre de soins (I#2, p. 16).

Le double mandat confié au personnel infirmier est, selon plusieurs acteurs au C.P.C., un obstacle à l'établissement et au maintien d'une « véritable relation thérapeutique ». Par conséquent les informants soulignent que l'alliance entre le personnel infirmier et les détenus reste fragile et opprimée.

C'est que, si tu veux être son infirmier, tu ne peux pas le dénoncer. Tu tolères donc certains écarts de conduite qui sont attribuables à sa condition clinique. Tu es toujours pris entre deux feux. Si tu le rapportes, tu viens de perdre sa confiance comme infirmier. D'un autre côté, il faut garder en tête que tu veux être thérapeutique et, pour ça, tu dois avoir sa confiance. Chaque membre du personnel a son idée là-dessus. Il y a des purs et durs qui dénoncent tout et ce, autant chez le personnel infirmier que chez les agents. À ce moment-là, le détenu se ramasse avec un rapport et passe à la cour disciplinaire. Il peut être en fin de sentence et se faire ajouter 30 jours de détention (I#2, p. 3-4).

Dès lors, le lien thérapeutique risquerait de se rompre. Nous mentionnions qu'au quotidien, et s'ajoutant aux tâches classiques des infirmières (prescription, tenue de dossier, activités et rencontres thérapeutiques avec les détenus, rédaction de plans de soins etc), le personnel infirmier est aussi tenu d'assurer le bon fonctionnement de la routine du C.P.C.. Ainsi, il est impliqué dans la gestion quotidienne de l'ensemble des détenus de son service. Des informants nous décrivent d'ailleurs quelques-unes de ces fonctions.

Nous sommes aussi responsables de l'application des règles carcérales : tenue carcérale propre, hygiène des cellules, tous les matins on fait le tour des rangées, on ouvre toutes les portes : « Ça n'a pas de bon sens, c'est sale. Lave-moi ça !... Non, non, regarde ça n'a pas d'allure. On ne te laissera pas vivre dans une porcherie... » Mon rôle c'est quoi ? Et bien de gérer les détenus de mon unité... pas simplement du gardiennage, même si cela en comporte quand même un peu (I#2, p. 12-13).

Les détenus, quand on est arrivé, eux autres aussi avaient le choc culturel de nous voir arriver. Parce qu'on se promenait, on s'infiltrait partout, on rentrait dans leur cellule, leur dire : « quand est-ce que tu fais du ménage ? Faudrait peut-être que tu t'habilles et que tu te laves de temps en temps. » On a commencé à les encadrer eux autres aussi (I#7, p. 3).

Un autre informant évoqua le cas de plusieurs détenus-psychiatisés qui refusaient de nettoyer leur cellule :

Les gars refusaient de faire leur ménage... on est allé chercher un autre gardien, qui est plus dur. On a dit « ça n'a pas de sens, tu vas me nettoyer ça et puis ça ». Cinq ont dit non. On a fermé leur porte. Ils peuvent bien rester en cellule tout l'après-midi, avec une petite bouteille de nettoyant, mais ils vont nettoyer leur cellule. Ça, ce sont des interventions un peu plus dures, mais quand on parle d'une tournée d'hygiène par la suite... les gars frottent et ne te testent pas. « Parce que si tu ne frottes pas, tu rentres en dedans [cellule] avec ta chaudière et ta petite guenille et puis tu vas laver (I#2, p. 13).

Le degré d'obéissance du détenu-psychiatisé à l'égard des ordres du personnel infirmier est influencé notablement par la qualité de la relation détenu-psychiatisé / personnel infirmier. Un autre informant ajoute, à ce propos des consignes spécifiques :

Si tu veux lui faire faire quelque chose, il faut qu'il te respecte. Il faut que tu sois correct avec. On va le dire comme ça : des fois, il reçoit l'ordre du gardien, il est frustré et refuse. Le personnel infirmier passe derrière, lui demande doucement de le faire, eh bien! il le fait. Souvent le détenu refuse de répondre à l'ordre mais dira : « parce que c'est toi je le fais (I#2, p. 12).

Ainsi, selon certains informants, la qualité de l'alliance entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés serait aussi garante du degré d'obéissance manifesté par

les détenus en regard des ordres du personnel infirmier. Cet autre extrait est révélateur à cet égard.

S'il n'est pas correct avec moi il va le savoir. Ça c'est intolérable, si tu lèves le ton tu rentres en cellule. Trente minutes minimum. Il m'a répondu : merci, ça me fait du bien que quelqu'un me mette une limite (I#2, p. 33).

Il est fréquemment entendu que la qualité de la relation entre le détenu et le personnel infirmier repose sur ce que les intervenants expérimentés appellent « l'alliance » avec ce dernier. Selon les informants rencontrés, la qualité de l'alliance est une condition gagnante dans le « gouvernement » des conduites des détenus-psychiatisés. Cette alliance est, selon la majorité des informants, indispensable à l'efficacité des interventions infirmières visant le soin psychiatrique et la réhabilitation sociale. L'alliance au niveau du lien thérapeutique serait possible dans la mesure où il y a de la souplesse et une certaine familiarité dans l'approche avec le détenu-psychiatisé. Cette alliance permet au personnel de mieux connaître le détenu – encore faut-il que l'agent ne supervise pas la rencontre – et, de travailler de concert avec le détenu-psychiatisé certaines problématiques (psychiatriques, de personnalité et des facteurs criminogènes - distinctions faites à maintes reprises par les informants eux-mêmes) problématiques notifiées dans le plan de traitement (plans de soins). Bref, l'alliance est une condition essentielle comme en témoignent ces extraits d'entrevues.

L'alliance! C'est vital, c'est essentiel lors des rencontres hebdomadaires. Ces rencontres servent à obtenir des informations sur le détenu. Est-ce qu'il dort bien, mange bien, comment il va au travail, qu'est-ce qu'il fait de bon ces temps-ci ? C'est cette proximité là que tu cherches. Si tu veux être thérapeutique... c'est cela que ça te prend (I#2, p. 16 et p. 20).

Conscients de leur double fonction d'agent de la paix et de soignant, plusieurs infirmières et infirmiers déclarent être parfois incapables d'assumer ces deux fonctions simultanément. Plusieurs se refusent même à certains compromis et insistent sur leur statut d'infirmière ou d'infirmier : ils sont d'abord et avant tout des soignants. Or, la compilation des données fait ressortir que les infirmières, beaucoup plus que les infirmiers, s'irritent que l'on associe leurs fonctions d'infirmière aux prescriptions de

l'agent de la paix. Le verbatim d'une infirmière condense bien le sentiment de plusieurs infirmières et de quelques infirmiers :

Agent de la paix c'est ça, pis nous autres on est autre chose. C'est complètement différent, un autre monde, deux mondes différents. Ben moi, je le porte pas le chapeau, je peux pas parce que.. Ben c'est pas que je peux pas. C'est pas mon rôle.. Je suis pas payée pour être gardien, je suis payée pour être infirmière. J'ai dressé ma ligne, pis c'est comme ça (I#18, p. 14-15).

Certaines infirmières supporteraient très mal de devoir endosser ce double rôle mais semblent s'y résigner car la résistance à l'ordre carcéral est difficile voire périlleuse comme en fait foi ce témoignage :

Nous, on avait demandé qu'il y ait un agent en permanence. Les agents refusaient de monter à l'étage. Donc, nous on notait toujours qu'il n'y avait pas d'agents qui venaient à l'unité. Ça nous empêchait de faire nos entrevues, de faire nos tournées. Mais, on les faisait quand même. Mais on se sentait plus ou moins en sécurité [les agents refusaient de venir]. Parce qu'ils avaient pour leur dire qu'on était deux infirmiers-infirmières, qu'on étaient avant tout des agents de la paix et, vu qu'on est ici, on est considéré agents de la paix avant d'être infirmiers. Mais ça ! On est infirmière avant tout et agent après, que moi j'avais entendu dire... Maintenant je suis divisée : la moitié à gauche, je suis officière et la moitié à droite, je suis infirmière. J'ai pas le choix de le vivre. Il faut que je me plie au service carcéral (I#6, p. 22).

Alors que ce double rôle (policier et infirmier) constitue une difficulté pour bon nombre d'infirmières et d'infirmiers, d'autres intervenants (principalement des infirmiers) ne s'en soucient guère. Ils tirent plutôt profit de cette fonction à double face de « soignant-agent de la paix » dont ils sont fiers comme en témoignent ces passages d'entrevue de deux infirmiers :

Depuis mes débuts au Centre, je sais qu'on est aussi agent de la paix. J'en suis très fier de ce double statut. Ça me permet d'avoir beaucoup plus de latitude dans mes actions. Si un détenu m'agresse verbalement, ça ne me gêne pas de lui dire : « Écoute je suis allé faire un rapport d'observation et il sera suivi d'un rapport d'infraction ». Parce que je ne suis pas seulement un infirmier qui passe des pilules, je suis aussi quelqu'un qui fait partie du personnel du Service correctionnel; je mérite le même respect que les autres employés. Je n'accepte pas d'être traité inéquitement (I#3, p. 10).

Parce que, avec le bagage que j'ai, là je me dis : je suis infirmier, oui. Mon rôle, c'est de le *pogner*, mon gars. Si je vois des affaires douteuses, je vais aller voir l'agent, dire : « bon, j'ai entendu telle affaire, check ça ou ... ». Le détenu est ici, justement, pour suivre un plan de traitement. Il ne respecte pas les règles... Les lois cardinales. Les règlements pénitentiaires. Moi je suis là pour les faire respecter. Si l'agent ne l'a pas vu, c'est sûr que le gars je vais lui faire savoir : « mets-toi un chandail. Tu n'as pas le droit en cellule. Je te rapporte. » Tu sais, je le fais ça. C'est un tout la relation thérapeutique, selon moi. C'est un tout. Je lui ai dit qu'il fallait absolument qu'il respecte les lois cardinales. Moi, quand je les rencontre : « bon, ici, il y a des règlements... « Tu viens ici, tu veux faire des programmes de réinsertion sociale, tu dis que tu veux t'en sortir. Vrai ou faux ? Il va dire oui ». Il faut les suivre les règlements... je me rends compte que tu ne les respectes pas. C'est sûr qu'il va y avoir un rapport de noté. C'est sûr. S'il est impoli envers moi et puis qu'il me menace, c'est sûr qu'il sait que je vais le rapporter. C'est l'expérience qui fait que tu es capable d'articuler ces fonctions, je pense. Au début tu ne l'as pas (I#13, p. 12-15 et p. 18).

Ces extraits traduisent bien dans quelle mesure certains membres du personnel infirmier (principalement masculin) se seraient adaptés sans trop de mal à cette double fonction de soignant et d'agent de la paix. De plus, il semble que le double statut leur procure des avantages que le statut d'infirmier, seul, ne saurait leur procurer. Selon le deuxième passage, l'habileté à « articuler » ces rôles et ces fonctions parfois conflictuels se développerait à mesure que s'accumulent les années d'expérience au Centre psychiatrique correctionnel. Selon ces quelques informateurs, le fait d'être à la fois agent de la paix et soignant leur conférerait davantage de latitude au plan des interventions.

Ces verbatims reflètent aussi l'idée que l'aspect plus répressif de la fonction double assumée par le personnel infirmier s'inscrit dans une logique dite « thérapeutique ». Enfin, il semblerait qu'on prenne pour acquis que le détenu-psychiatisé séjourne au Centre de son plein gré et qu'il ait choisi délibérément de s'investir dans un plan de traitement. Acceptant de fait d'être accueilli au Centre pour un traitement qu'il a désiré, il se doit donc, selon certains informants rencontrés, d'être responsable et d'observer le plan établi. Le personnel infirmier se croirait donc en position pour faire observer rigoureusement les règles et parce que le patient est volontaire (il aurait choisi d'être traité) ceci rend la répression associée aux écarts par rapport aux normes fixées, légitime. Le personnel infirmier établirait les cadres dans lesquels le détenu-psychiatisé peut évoluer. Toutes transgressions à ces cadres commanderaient de la part du personnel infirmier une action punitive, ce qui fait, selon

plusieurs informants (masculins surtout), partie de la thérapie. Fait remarquable et significatif, aucune infirmière estime que ces deux fonctions leur accorde une meilleure latitude en regard de leurs interventions.

Une attention minutieuse portée à l'ensemble des verbatims nous permet de faire ressortir que le personnel infirmier récemment embauché éprouve, quant à lui, un certain malaise associé à cette double fonction. En effet, selon les propos recueillis, il semble qu'il soit plus difficile pour le personnel infirmier nouvellement embauché d'assumer ce double mandat. Cette difficulté tendrait à s'estomper à mesure que la personne acquiert des années d'ancienneté au sein du C.P.C.. Les propos d'un infirmier traduisent bien cette perception.

Je pense qu'en faisant ma fonction comme infirmier et tout ça, j'ai deux paires d'yeux. Quand je jette un coup d'oeil dans une cellule, bien je ne fais pas seulement que regarder le gars, je regarde tout autour, les pics, du matériel qui pourrait être dangereux. J'ai tout le temps en tête que je suis dans une prison et qu'il faut que j'assure la sécurité aussi en même temps. J'ai un rôle d'agent de la paix ou... je fais... j'ai deux chapeaux. Asteur, moins. Je le sens dans le sens où j'ai adapté mes soins un peu aux deux... Je pense que j'ai réussi à m'adapter. Je trouve cela pas mal moins difficile présentement que au début. C'est comme d'apprendre à fonctionner dans un milieu carcéral en ayant à l'esprit des décisions que tu prends tout le temps, [autant] clinique que sécurité, que cela ait du bon sens. Il faut que tu arrives à quelque chose qui se tienne... ce n'était pas évident. Parce que quand j'étais à l'hôpital c'était juste la clinique. Moi ce que j'aimais là-bas... c'était de prendre mes gars en main, de façon plus clinique... clinique soignante. C'est bien évident ici on est à bout tout le temps. Il y a tout l'aspect sécurité qu'il faut voir. Mais j'essaie d'être le moins carcéral possible (I#11, p. 27-28 et p. 3).

Si le personnel infirmier, de manière générale, est bien conscient de ce double mandat, le public, selon nos informants, se questionnerait à l'égard des services qui sont offerts aux détenus-psychiatisés. Tout en se questionnant sur la nature des services offerts, ce public ne voudrait pas vouloir entendre parler de cette clientèle pour laquelle un service est rendu grâce à leurs efforts financiers en tant que contribuables. Ce faisant, il renforcerait le sentiment de marginalisation vécu par le personnel infirmier investi d'un mandat de garde (donc de protection sociale) et de soin. Une informante souligne d'ailleurs que :

Les gens se doutent bien qu'une infirmière passe une fois de temps en temps dans un pénitencier, mais pas plus que ça. De manière

générale, je dirais que le public a une curiosité malsaine parce qu'il veut tout savoir : « Qu'est-ce que vous leur donnez ? Est-ce qu'ils mangent ? Sont-ils battus ?... Ces gars-là sont des tueurs et des violeurs, ils ne méritent pas beaucoup. Ils sont encore chanceux d'avoir les services qu'ils ont ! On paye pour ça avec nos taxes... On veut surtout pas en entendre parler » (I#1, p. 33).

Le double mandat du personnel infirmier, bien compris pour certains et complètement intégré pour d'autres, peut aussi se voir complètement évacué de la conscience de d'autres. Une informante apporte cette nuance :

Mon rôle d'agent correctionnel, tu me le rappelles en posant ta question. Je m'en sers quand c'est nécessaire. Quand je me sers de ce rôle, je ne m'en souviens pas (I#1, p. 36-37).

Dans le cadre de leur exercice professionnel, les infirmières, nous l'avons souligné auparavant, sont investies au niveau de trois axes « de traitement ». Cette triple fonction est d'ailleurs très bien comprise par plusieurs informants. Les extraits suivants sont révélateurs de la complexité statutaire de l'exercice infirmier où s'entremêlent les actes reliés aux soins psychiatriques (troubles psychiatriques francs et de la personnalité) et les actes traitant les facteurs criminogènes.

Nous ne sommes pas dans un hôpital. Souvent, ils vont arriver avec un double diagnostic. Mais ils ont leur problématique carcérale aussi, qu'ils doivent travailler. Parce que quand ils arriveront aux libérations conditionnelles, devant la commission, ils doivent avoir travaillé sur ces facteurs [criminogènes] qui nous regardent aussi. Ça, c'est une réalité que nous avons toujours à considérer. Notre problème est toujours triangulaire, trois facettes qui sont : la maladie mentale [DSM-4, axe 1], le trouble anti-social de personnalité [DSM-4, axe 2], et les facteurs criminogènes (I#4, p. 7).

On essaie de travailler sur les facteurs criminogènes. Ce qui rentre en ligne de compte dans la Commission de libération conditionnelle. On travaille aussi là-dessus avec des programmes. La toxicomanie, c'en est un gros, c'est le facteur majeur. La maladie mentale aussi, ça peut en être un. Ce sont des troubles de personnalité qui sont des facteurs criminogènes. Manque de maturité. Il faut les amener à reconnaître que, dans telle situation, ils peuvent récidiver. La problématique de toxicomanie, il y en a plusieurs. Il y a de la déficience intellectuelle aussi qui peut être un facteur criminogène, ils n'apprennent pas de leurs mauvaises expériences. Donc, ce sont des gens qui sont

susceptibles de récidiver. Il faut essayer de les préparer, de leur faire accepter [silence]. On fait ça à travers les programmes (I#8, p. 3).

Cette articulation de l'exercice infirmier en fonction de trois axes (trouble psychiatrique, trouble de la personnalité et facteurs criminogènes) est représentative de leur travail quotidien. Qui plus est, cet exercice est considéré comme une approche « globale » par certains des infirmières et des infirmiers rencontrés. Selon ces mêmes informants, ceci signifierait que le détenu-psychiatisé est un tout qu'on ne peut dissocier en trois parties (axes). Le personnel infirmier, s'il se réclame d'une approche holistique, doit pouvoir intervenir à tous les niveaux du plan de traitement (psychiatrique et correctionnel). Un infirmier souligne d'ailleurs la nécessité de ce soin global, tel que se le représente la majorité du personnel infirmier rencontré.

Au début, nous avons essayé de dissocier tout cela. Nous [personnel infirmier] allons essayer de régler le problème de santé mentale, les agents de libération travailleront au niveau des facteurs criminogènes et les agents de correction du trouble de la personnalité antisociale. On a vite vu qu'il fallait une approche globale, parce qu'on se perdait. Il faut que le personnel infirmier soit attentif à tout ça. Sinon, on passe à côté de quelque chose. C'est le gros point de l'intervenant en milieu carcéral. Il doit vraiment avoir cette approche globale et être attentif à ces trois aspects (I#4, p. 8).

Dans l'exercice de ses fonctions, le personnel infirmier doit toujours tenir compte de l'environnement dans lequel il dispense ses services. Les impératifs de sécurité influencent non seulement la nature des contacts avec les agents, mais influencent directement aussi les dimensions de la pratique infirmière en apparence les plus banales. La qualité des interactions avec les collègues agents est aussi importante. Plusieurs informants rapportaient avoir essuyé des refus de la part des agents, alors que ceux-ci étaient supposés les escorter afin qu'ils (les infirmières et les infirmiers) puissent effectuer leurs tâches.

Le double mandat du personnel infirmier s'exprime par diverses activités. La gestion du tabac des détenus-psychiatisés constitue une de ces activités. Le personnel infirmier du Centre psychiatrique est à l'affût de tout trafic. Les problématiques entourant le tabac incluent notamment le prêt d'un paquet à un autre et le remboursement de la dette d'un détenu à un autre moyennant le double de l'emprunt initial. Comme ces prêts

sont souvent sources de litiges entre les détenus-psychiatisés, tout le personnel, y compris le personnel infirmier, surveille les activités reliées au tabac.

On en a surpris un la semaine dernière qui magouillait du tabac dans la *wing*, c'était du « un pour deux ». Moi je savais que le gars quitterait possiblement sous peu. Nous l'avons rencontré. Ça, c'est croche. La gestion du tabac, ça entrecoupe les soins infirmiers. Si le détenu a trop de pression à cause de sa dette de tabac il va décompenser. Les infirmières gèrent ça. Si tu parles de trafic de drogues, de plans d'évasion ou de choses plus sérieuses, c'est la sécurité préventive qui gère ça. Quelque tabac on règle ça rapidement, sans rapport, etc. On se dit bah ! On va pas lui mettre trop de pression avec ça (I#2, p. 4-5).

On constate ici que le personnel infirmier possède une marge de manoeuvre dans la gestion du tabac et des pénalités susceptibles de l'accompagner. Il dispose entre autre d'une marge discrétionnaire étendue dans l'application des sanctions. En effet, les sanctions peuvent être, de fait, nulles ou au contraire avec de sérieuses conséquences et ce, pour un incident identique. L'application de règlements et de sanctions est donc arbitraire et dépend du jugement du personnel infirmier en place. D'autres informants souligneront à cet égard être plus sévères en regard de la fréquence de distribution des cigarettes limitant ainsi, dans une certaine mesure, les problèmes de trafic ou d'emprunt de tabac. Ainsi cette partie du personnel infirmier contrôle « à la source » le débit des cigarettes. L'extrait suivant décrit cette alternative considérée comme étant plus « stricte » par les informants eux-mêmes.

Moi, je suis bien contrôlante, dans le sens que je vais lui en donner trois, deux [cigarettes] à l'heure, quatre fois par jour. Moi je vais être plus limitante, plus contrôlante dans ça. Parce que je sais que, mon gars, si je lui donne son paquet, il risque de ne plus en avoir au souper, puis après ça, après le souper, il va faire toutes les tables pour en avoir (I#12, p. 20).

La gestion du tabac montre que le personnel infirmier assume des fonctions relatives au contrôle de la population des détenus-psychiatisés.

En outre, le personnel infirmier partage avec les agents de correction la responsabilité du contrôle des activités des détenus-psychiatisés, que ces activités soient ludiques, « thérapeutiques » ou fassent partie d'un emploi rémunéré. Un détenu-psychiatisé qui refuserait de se présenter à une activité obligatoire doit être « rapporté »

par le personnel en place puisque le travail rémunéré constitue une activité obligatoire. Ainsi, refuser de se rendre au travail entraîne une sanction, si l'on applique les règles prescrites au C.P.C. Cependant, le personnel infirmier détient l'autorité nécessaire pour motiver l'absence d'un détenu-psychiatrisé et justifier son appréciation de la situation auprès des agents de correction en devoir. Ceci étant dit, le personnel infirmier dispose officiellement de l'autorité pour pénaliser le détenu-psychiatrisé. Le témoignage suivant, d'un infirmier, expose les modalités de cette autorité qui pardonne ou punit.

Le détenu ne veut pas aller travailler ce matin. Il se sent moins bien, il est halluciné... il a eu un téléphone de sa femme, hier, qui lui a mis beaucoup de pression. Dans ce cas-ci, les agents acceptent mes explications. Le détenu sera payé parce qu'il a une absence motivée. Son absence n'apparaît nulle part. Mais le détenu peut décider unilatéralement [c'est à dire sans le consentement du personnel infirmier] de ne pas se présenter au travail. Alors c'est O.K. « Tu restes en cellule, tu n'es pas payé et tu es rapporté ». Si le détenu refuse d'aller au travail ou à ses activités, je veux savoir pourquoi. Si je constate que rien ne motive son absence... il reste en cellule, c'est son problème. Il ne sera pas payé. Il a droit à cinq absences par mois. Plus que ça, il peut perdre son travail ou avoir une coupure de salaire (I#2, p. 6-7).

Si le détenu-psychiatrisé semble à la merci du jugement du personnel infirmier, n'oublions toutefois pas que le personnel infirmier doit bien souvent justifier sa décision auprès des agents de correction. En effet, peu importe les motifs invoqués par l'infirmière ou l'infirmier en poste, le détenu-psychiatrisé peut se voir imposer un rapport disciplinaire malgré l'avis contraire du personnel infirmier. Souvent, les infirmières et les infirmiers doivent négocier avec les agents de correction pour défendre leur point de vue sur le comportement du détenu-psychiatrisé et il arrive que les agents ne tiennent pas compte de leurs recommandations. Un infirmier relate une situation où il voulait justifier le « congé de travail » d'un détenu-psychiatrisé auprès d'un agent de correction.

« Écoute sois [l'agent de correction] un peu plus souple ce matin. Le détenu ne va pas bien. C'est vrai qu'il ne va pas bien ». Il y a une espèce de négociation et il y a des gardiens qui sont plus souples que d'autres. Ceux qui sont souples, acceptent le congé médical, les autres vont le rapporter. C'est non-négociable. Il arrive que l'opinion du personnel infirmier ne compte absolument pas. Il arrive, lorsqu'il y a un problème, qu'on nous dise, « tasse-toi on s'en occupe ». Je n'irais pas jusqu'à dire qu'ils outrepassent nos décisions, mais si tu dis le détenu ne va pas bien, on peut répondre : « il est assez bien pour aller travailler ». C'est une espèce de zone grise (I#2, p. 8).

Ce qui est qualifié ici de zone grise concerne l'intervention d'agents de correction dans le champ décisionnel du personnel infirmier, considéré aussi comme agent de la paix. Cet état de fait semble être accepté par certains informants qui justifient les initiatives de leurs collègues de la sécurité en arguant qu'elles font contrepoids à leur point de vue. Cette perspective, répandue au sein du personnel infirmier, invoque l'expérience non-négligeable des agents de correction. Lorsque le chercheur demanda à cet informant (masculin) ce qu'il pensait de voir ses décisions ignorées par les agents de correction, l'infirmier répondit :

C'est bien correct, surtout que certains agents ont vingt ans de service. Ils ont beaucoup d'expérience. Je pense qu'il faut respecter cela. Il en a vu passer d'autres, lui. En quelque part, je ne veux surtout pas entrer en conflit avec eux (I#2, p. 9).

Nous avons établi que le personnel infirmier du C.P.C. assume, outre son rôle de soignant, des fonctions d'agent de la paix, fonctions reliées à l'aspect sécuritaire incluant la surveillance, le maintien de l'ordre et l'application des règles pénitentiaires associées de sanctions. Nous avons également établi que ce double mandat émane de la description d'emploi libellée par le SCC. Toutefois, le personnel infirmier rapporte régulièrement que les agents de correction rappellent, par ailleurs, que le rôle des infirmières et des infirmiers n'est pas de « jouer à la police », mais de soigner les détenus-psychiatisés. Selon nos informants, les agents de correction jugeraient les interventions du personnel infirmier à savoir si elles se font de manière « non-sécuritaire » ou « trop sécuritaire ». Signalons que les actes dits « trop sécuritaires » impliquent dans les faits que le personnel infirmier empiète sur la juridiction des agents de correction. Les propos ci-dessous, d'une infirmière et d'un agent, alimentent l'ambiguïté du double mandat infirmier puisque la fonction « agent de la paix » paraît ici complètement évacuée.

Occasionnellement, par exemple lors de tournées, tu fais la police. Ils sont deux, trois dans la cellule, ben là elle dit « ben, gars, sors de là ». Mais les gardiens justement ont reproché récemment... Ils parlaient d'une autre infirmière que, bon, elle jouait à la police, elle essayait de démanteler un réseau de je sais pas quoi, pas de prostitution, là, mais de passage de drogues, pis de toutes sortes d'affaires. Eux autres [les agents de correction] ils ont pas aimé ça, fait que là, ils ont clairement dit : « Vous avez votre rôle, respectez-le, nous autres on a le nôtre. Nous autres c'est la sécurité, vous autres ça l'est pas, occupez-vous de vos affaires » (I#18, p. 13).

L'infirmière arrivait : « Bon, ben là, on va faire ça de même. » « Non, non, non, non, tu n'as pas compris, toi, là. Non, non. On ne fera pas ça de même ! Non, non. Toi, occupe-toi de tes pilules, moi je vais faire la sécurité. Ça concerne la sécurité ? Je m'en occupe. Ça concerne tes médicaments ? Tu t'en occupes. Mais tu me diras pas quoi faire dans ma rangée, pas vrai (I#B, p. 11).

Le lecteur sensibilisé par ces témoignages reconnaîtra la difficulté que rencontre le personnel infirmier à situer sa juridiction comme agent de la paix, que, du reste, les agents consultés dénoncent comme un empiétement sur leurs prérogatives. D'une part, on demande au personnel infirmier d'être sécuritaire et de dénoncer, voire de sanctionner, par exemple, les comportements délinquants des détenus-psychiatisés et, d'autre part, on lui demande de laisser le volet de la sécurité aux agents de correction. Ces prescriptions antagonistes sembleraient susciter chez le personnel infirmier consulté un stress non-négligeable.

4.1.2.2.1 Les « faciles », les « mitaines » et les autres

Plusieurs informants (hommes et femmes) mentionnent la difficulté qu'ils ont à exercer leur profession sans encourir des commentaires qualifiés par les informants de « désobligeants ». La phase empirique de la recherche nous a permis d'apprécier dans quelle mesure ces commentaires dits « désobligeants » émanent d'infirmières (très peu), d'infirmiers (souvent) et d'agents (très souvent). À cet égard, il nous est possible d'affirmer que les infirmiers autant que les infirmières sont la cible de commentaires « désobligeants ». Ces commentaires seraient le fait du personnel infirmier et des agents de correction. Citons ici deux témoignages d'infirmiers, à cet égard.

Il ne faut pas trop mater, dorloter ou emmailloter les détenus parce qu'on va se faire dire : tu es un « facile », tu es une « mitaine » dans le sens où tu te laisses avoir. Ça devient des comportements de « facile » ou de « mitaine ». Il y en a [des infirmières] qui vont répondre à un détenu : « ah ! oui mon grand, je vais t'apporter ça; oui, qu'est-ce que tu veux ? » Si le détenu a la grippe et qu'il doit aller au centre de soins [physiques] il doit faire une requête [pour être vu en consultation à l'unité des soins physiques]... on a pas d'affaire à les contacter pour lui, ce que certains membres du personnel infirmier feraient. C'est ce qui fait la différence entre un bon et un mauvais soignant (I#3, p.14).

Les comportements d'empathie sont mal perçus par les agents. Je dirais qu'avec les infirmiers, c'est moins pire. Les gars sont plus rigides au niveau des règlements. Si les Tylenols doivent être donnés

au compte-goutte, les infirmiers y arrivent plus facilement... les infirmières sont plus portées à écouter, à avoir plus de sympathie que d'empathie. Il y a un temps, je me souviens que, lors des réunions, je disais : « on a seulement qu'à acheter des chaises berçantes et de les bercer ». Les soins infirmiers sont plus masculins depuis deux ans et demi. Je ne sais pas s'il y a une tendance... (I#4, p. 16).

Puis, une infirmière confirme :

Le maternage est bien mal perçu ici. Bien mal perçu de la part de la sécurité [agents] et de la part de certaines infirmières [et infirmiers]. Moi je ne suis pas là pour mater. Il faut que je lui [détenu] donne le plus de responsabilités possible, et c'est en le responsabilisant qu'il va cheminer, pas en le maternant... Aux yeux des agents, ce sont des détenus et on a pas d'affaire à les mater... Certains sont plus mous ou ont peur des effets d'un refus, ils leur donnent tout ce qu'ils veulent... c'est ça que j'appelle mater (I#5, p. 22).

Tel que présenté ici, le « maternage » serait mal perçu autant par certains infirmiers que par certaines infirmières. Il appert cependant que les infirmières sont moins inconfortables avec ce que les informants désignent comme le « maternage », que ne le sont les infirmiers. Pour ces derniers, il n'y a pas de place pour « trop d'attention » en prison. Le « maternage » est par contre généralement très mal perçu par les agents de correction, qui accusent certains membres du personnel infirmier (hommes ou femmes) « de jouer à la charité » et de constituer un risque pour la sécurité de l'établissement et de leurs collègues. Notons enfin que, dans le discours du personnel masculin (agents de correction et infirmiers confondus) le « maternage » est considéré comme un attribut principalement féminin et se veut, en prison, « anti-thérapeutique ». Les commentaires suivants de deux agents de correction traduisent bien le sentiment que partagent beaucoup d'agents de correction et plusieurs infirmiers.

Oui, oui. Je dis : s'il est si malade que ça, ostie, berce-le donc! Accote-le sur ton épaule, d'abord. Moi là, non! Pas un psychiatrisé, mais je te dis, un délinquant là, un gaffeux, un manipulateur, ben c'est ça. Parce qu'un détenu, ce qu'il cherche à avoir, c'est toujours le maximum. C'est des manipulateurs, ça. C'est des menteurs, des manipulateurs, c'est des *crosseurs*. Ils cherchent à avoir toujours le maximum du système (I#, p. 22).

C'est effrayant, des Mère Thérésa. Il faut pas qu'il y en ait de ça. C'est bien simple. Moi je ne peux pas comprendre qu'une personne qui connaît son travail soit obligée de jouer à la mère ! Les Mère

Thérèse c'est aussi des gars. En quelque part, tu peux être capable de dire au gars : « ton problème, c'est ça. Tu vas avoir un comportement dans ce sens là, puis ça va bien aller. » Je ne te parle pas de les battre, là, je te parle de les diriger comme des hommes en prison, et non pas comme un malade sur la rue... O.K.? Puis ils sont ici pour profiter du système, en tant que faux malades que je te parle, moi là... les profiteurs du système sont là. Je ne te parle pas des vrais... Une dynamique de détenus... c'est des antisociaux. Fait que, si tu arrives avec : « mon pauvre petit gars! » hey, lui il va dire : « je vais te manipuler ça comme ça (claquement de doigt) ostie! » Par compassion, les Mère Thérèse ne comprennent pas ça. Quand on joue trop *rough* un peu, des fois, quand il le faut... Là... ils [le personnel infirmier] nous *slashent* dans le dos, ostie. Ils nous rapportent à nos *boss* en disant toutes sortes d'affaires, ils exagèrent. Ils ont de la compassion rien que pour les détenus, jamais pour le personnel. Mais la Mère Thérèse, elle va rentrer dans la chambre [cellule] puis là elle va s'asseoir sur le lit, puis elle va commencer à aller tirer l'élastique pour venir à bout de lui faire comprendre, puis il voudra pas comprendre, c'est sûr, c'est un détenu! Fait que le détenu va dire : « hey, regarde donc ça, ostie! J'ai du service, moi, j'ai de l'attention. J'ai tout ce que je veux. » Il y a une différence entre donner de l'attention puis de l'amour, puis de la compassion, que de donner des directives... Il faut qu'il soit structuré de telle manière... On a des très bonnes infirmières, qui savent qu'elles travaillent dans une prison avec des bandits... Elle se contente de lui dire : « le matin, il faut que tu fasses ton lit. Il faut que tu fasses ça, puis il faut que tu ailles te laver, puis il faut que tu fasses ci. » Puis, si il le fait pas : « hey, tu n'as pas fait ça? Là, tu vas le faire! Là, viens, fais-le là (maintenant). » Elle ne les frappera pas, elle. Elle le lui fait faire comme il faut (I#C, p. 12-13).

Ainsi, selon les informations obtenues, le personnel infirmier qui manifeste des attitudes dites de « maternage » constitue, selon les agents de correction et certains membres du personnel infirmier, un risque pour les personnes qui y travaillent dans la mesure où non seulement il se met lui-même en situation risquée mais aussi parce qu'il participerait au développement d'une relation potentiellement « dangereuse » qui pourrait mettre en danger la sécurité du personnel de l'établissement.

4.1.2.2.2 Les soignants comme risque

Signalons que la notion de « maternage » fut soulevée spontanément par une majorité d'informants. Or, aux dires explicites d'infirmières, les actes « maternants » font normalement partie des soins hospitaliers réguliers dispensés au public à l'extérieur de l'enclave pénitentiaire. L'extrait suivant illustre ce constat :

Pour moi, le maternage c'est, si mettons tu regardes, tu trouves que ton patient a quelque chose qui n'est pas correct, tu vas l'écouter, il se plaint, tu prends le temps de l'écouter, ils vont dire : « Regarde, elle le dorlote », je n'essaie pas de le dorloter, c'est simplement de lui donner des soins et puis, peut-être, de faire de l'écoute en même temps (I#8, p. 20).

Les attitudes du personnel à l'égard des détenus-psychiatrisés, comme le « maternage », peuvent constituer des signes précurseurs pouvant conduire, selon certains informants, au développement de relations « dangereuses » ou « risquées » entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés. Pour plusieurs infirmières et infirmiers, le « maternage » constitue une attitude à ne pas manifester en milieu carcéral. Une infirmière souligne d'ailleurs très bien ce risque, lorsqu'elle raconte comment les gens trop maternels pourraient se faire prendre au jeu par des détenus-psychiatrisés.

Parce que si ce sont des gens trop maternels, comme je t'ai dit, ce sont des gens qui vont faire comme cette infirmière, qui vont se laisser embarquer dans toutes sortes d'affaires et puis, qui vont se faire coincer parce qu'ils n'ont pas su garder une distance (I#5, p. 42).

En faisant fi de la manipulation dont ce personnel pourrait faire l'objet de la part du détenu-psychiatrisé et qui, de manière générale, menace autant les infirmiers « maternants » que les infirmières « maternantes », les infirmières constitueraient un risque encore plus important que leurs collègues masculins justement parce qu'elles sont des femmes et qu'elles travaillent dans un pénitencier desservant une clientèle masculine. À cet égard, le témoignage d'un infirmier le confirme.

On sait que, malheureusement, ça arrive que l'infirmière tombe en amour avec le détenu. Ça arrive, ça va encore arriver, malheureusement. Mais ça, ça peut arriver dans un centre hospitalier aussi. Ça s'est déjà vu, aussi, des infirmiers tomber en amour avec des patientes. Mais... au [plan] thérapeutique... Il y a une limite, là. Il y a plus de risques que l'infirmière tombe en amour (I#13, p. 10).

Cet extrait évacue implicitement (dans une prison d'hommes) toute possibilité de liaison affective entre un infirmier et un détenu-psychiatrisé en milieu carcéral. Certes, les infirmiers autant que les infirmières pourraient développer ce type de liaisons hétérosexuelles en milieu hospitalier, mais aucun des informants rencontrés, tant les

hommes que les femmes, n'a soulevé la possibilité d'une liaison homosexuelle entre, par exemple, un infirmier et un détenu-psychiatisé ou un agent et un détenu-psychiatisé. Confronté, par le chercheur, à la possibilité d'une liaison homosexuelle entre un personnel masculin et un détenu-psychiatisé, un agent rétorqua : « je n'ai jamais vu ça ici, jamais » (I#C, p. 29).

Ainsi, les infirmières constitueraient un risque sécuritaire plus important que les infirmiers, même si les deux groupes pratiquent ce qu'on appelle le « maternage », parce qu'en tant que femmes elles risquent de se « faire embarquer » (propos de l'informante #5) dans une relation affective qui menace la sécurité d'autrui en plus de mettre en péril la sienne. Pour certains agents de correction et certains infirmiers, le personnel infirmier qui pratique le « maternage » « se place du côté des détenus-psychiatisés plutôt que du côté du personnel ». Le propos suivant illustrerait le sentiment de trahison ressenti par plusieurs informants, nonobstant le genre. Il s'agit ici du propos d'une infirmière, blessée par des commentaires « désobligeants ».

Dès que tu portes davantage attention à un détenu... : « tiens, regardes-là...dorloter. Elle est pro-détenus ! » Et puis ça, ça ne passe pas, être pro-détenus [voix étranglée] (I#6, p. 7).

Si, potentiellement, les relations entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés risquent d'être antithétiques aux règles carcérales, cela engendrerait de l'inquiétude chez d'autres groupes socioprofessionnels tel les agents de correction. Les propos suivants, d'une infirmière, sont d'ailleurs représentatifs d'une impression partagée par plusieurs informants (hommes et femmes).

C'est la loi carcérale. Tu peux pas par exemple être attentionnée... Tu peux pas pratiquer ton nursing de la même manière ici que tu pratiques dans un hôpital psychiatrique... passer et dire : « comment tu *feel* », c'est mal perçu, ça, dans le milieu par les agents, par la sécurité. Ça se fait pas, ça (I#1, p. 11).

Cette même infirmière soulignera au chercheur que la représentation que se font certains agents de correction diffère de celle de la plupart des infirmières et des infirmiers. À cet égard, elle insiste pour dire au chercheur que pour certains agents,

Un détenu c'est un chien, c'est un chien, y est en prison parce qu'il a fait quelque chose, ça fait que ça mérite pas d'attention, ça mérite pas de soins, ça mérite pas de médicaments, ça mérite pas toute

l'attention qu'on leur donne tu sais. « Voyons donc! Qu'est que tu fais là, allume tes lumières! Tu sais, ça fait vingt ans que je le garde, ça fait vingt ans qu'il est en prison, y changera jamais », fait que pour eux autres, c'est pas quelque chose dans lequel y faut que tu investisses ça, un détenu. Tu comprends ? (#1, p. 11-12)

4.1.2.3 Résumé de la catégorie # 2

CATÉGORIE 2

L'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire

Impacts du milieu carcéral sur l'exercice infirmier

- Une pratique professionnelle périlleuse

- La sécurité

- Importance de la sécurité

- Sécurité comme entrave

- Sécurité - comparaison des milieux

- Sécurité - «feeling»

- L'insécurité

- Négocier sa place comme soignants

- Invisibilité de l'exercice infirmier

- Une pratique professionnelle stigmatisée

Double mandat : contrôle et soin

- Caractéristiques du double mandat

- Les «faciles», les «mitaines» et les autres

- Les soignants comme risque

Comme l'ont souligné nos informants, l'environnement correctionnel avec ses prescriptions multiples, ses impératifs de sécurité et la clientèle qu'il abrite, influence inévitablement l'exercice infirmier psychiatrique. Paradoxalement, la sécurité est perçue par nos informants à la fois comme une entrave importante à l'exercice infirmier et comme une condition indispensable de cet exercice. Ce constat ambigu s'accompagne de tensions chez le personnel soignant, soucieux de répondre aux aspects humanitaires impliqués par sa tâche, mais obligé de composer avec les impératifs sécuritaires de la prison. À cet égard, une majorité d'informants mentionne que la présence constante d'un agent de correction à proximité lors d'interventions infirmières apportées à un détenu-psychiatrisé, finit par colorer tout leur exercice professionnel.

L'environnement correctionnel diffère de l'environnement hospitalier mais, tout comme lui, il façonne intimement la pratique infirmière. Nos informants affirment par exemple que la moindre intervention doit être planifiée en tenant compte avant tout des priorités sécuritaires et même, parfois, des caprices de certains agents de correction. Ainsi, tout contact entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés est assujéti aux routines correctionnelles et par conséquent, ne peut s'effectuer spontanément, ce qui implique que le personnel infirmier est dépendant des membres du service de sécurité pour faire son travail. Cette « dépendance » prendra plusieurs formes.

L'exercice infirmier serait donc différent selon qu'il est dispensé au pénitencier ou à l'hôpital. En effet, nos informants ont souligné que leur pratique professionnelle est conditionnelle à la disponibilité (objective) des agents de correction ainsi qu'à la qualité (subjective) de leur relation avec les agents. Il n'est pas rare que le personnel infirmier doive attendre qu'un agent de correction soit disponible, et lui serve d'escorte, afin de pouvoir accomplir son travail. Certaines infirmières ont même confié au chercheur que des conflits ouverts avec certains agents risquaient de les empêcher de faire leur travail dans la mesure où les agents concernés refusent tout simplement d'accompagner les infirmières auprès du détenu-psychiatrisé. Plusieurs informantes ont également souligné que la qualité de la relation entre le détenu-psychiatrisé et l'agent de correction était bien souvent une condition essentielle à un service infirmier rapide. Car, si pour une raison ou une autre, l'agent de correction n'est pas en bon terme avec le détenu-psychiatrisé qui doit recevoir un service infirmier, la plupart des informants (infirmières, infirmiers et agents de correction) confirmèrent que le détenu-psychiatrisé risque de patienter longuement avant que les soins ne lui soient dispensés. Dans leur pratique les infirmières et les infirmiers seraient donc les otages d'un ensemble de conditions

objectives et subjectives qui doivent être satisfaites avant que le soin ne puisse s'actualiser. Mentionnons enfin que le personnel infirmier interrogé rappelait au chercheur que les contacts avec la clientèle sont plutôt rares, étant donné les nombreuses activités auxquelles doivent souscrire les détenus-psychiatrisés, dans le cadre de leur réhabilitation.

La place du personnel infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire n'aurait pas été facile à faire selon nos informants. Le personnel infirmier devrait, encore aujourd'hui, négocier la légitimité de ses décisions de même que revendiquer son espace d'intervention. Le personnel infirmier dit détenir du SCC la responsabilité de transformer le milieu correctionnel en milieu de soins psychiatriques et se sent donc investi de ce mandat difficile à actualiser. Mais les attitudes dites de « maternage » présumément manifestées par plusieurs infirmières et quelques infirmiers irritent plusieurs agents de correction, voire certains membres du personnel infirmier. Ces infirmières et infirmiers dits « maternants » sont stigmatisés par leurs pairs et doivent composer avec des commentaires considérés par eux comme « désobligeants ». Au quotidien, des manifestations « caritatives » du soin, courantes en milieux hospitaliers, sont dévalorisées, voire conspuées en milieu correctionnel. Ainsi, on considère ceux et celles qui manifestent empathie et respect à l'endroit des détenus-psychiatrisés comme étant des « faciles », des « mitaines », des « mère Thérèse ». Une simple manifestation de politesse à l'endroit du détenu – l'appeler Monsieur Untel au lieu de « Hey, Untel ! » – serait jugée inacceptable par certains agents de correction plus traditionalistes qui considèrent qu'un détenu fédéral est puni pour un crime et qu'il « doit faire son temps » sans qu'on adoucisse sa peine. Or les infirmières essuient plus souvent ces reproches que les infirmiers.

Les infirmières sembleraient plus déterminées que leurs collègues masculins à faire valoir le point de vue du *nursing* auprès du personnel ou des autorités carcérales. Des collègues de travail diront alors de ces infirmières qu'elles sont « rigides » ou « féministes » et elles seront considérées comme incapables de s'adapter à l'ordre carcéral par leurs collègues de la sécurité. On les dit « rigides » parce qu'elles « s'accrocheraient » davantage, entre autres, aux principes déontologiques des soins infirmiers. Selon nos sources, et selon les observations faites par le chercheur, nous sommes autorisés à affirmer que les infirmières, davantage que les infirmiers, résistent aux aspects du fonctionnement correctionnel dans ce qu'il peut avoir de déshumanisant pour la personne du détenu-psychiatrisé. Certaines infirmières tenteraient même de faire

valoir auprès des agents de correction la vision caritative et la dimension humaine de leur exercice professionnel légitime. La « personne », en effet, constitue une des valeurs fondatrice en sciences infirmières tel qu'enseignées et pratiquées dans tous les établissements hospitaliers du Canada. Or, il nous faut constater que ces critiques émanant de membres du personnel du C.P.C. ne seraient pas étrangères au fait que les infirmières, plus que les infirmiers, entretiennent des relations plus tendues avec certains agents de correction. Ces interactions d'acteurs évoluant dans le même milieu sont d'autant plus complexes à décrire et à analyser que, suivant ces informantes, elles seraient parfois confrontées à des attitudes machistes ou à des propos sexistes entachant la dignité de la femme en général, ce qui aurait pour effet d'aiguiser la susceptibilité réciproque des infirmières et des agents de correction. Par exemple, certains reprochent entre autres à des infirmières de trop « dorloter » les détenus-psychiatisés. Selon nos sources, certains infirmiers ont aussi essuyé ce type de commentaires. Le personnel infirmier qui manifeste des attitudes de respect et d'empathie constituerait, aux dires des agents de correction, un risque sécuritaire pour leurs collègues, dans la mesure où ce personnel se rapprochant trop des détenus-psychiatisés, peut devenir l'otage de détenus qui y verraient une occasion de mutinerie.

Par ailleurs, notre description analytique de l'exercice infirmier exhibe une autre caractéristique troublante. La plupart des infirmières et infirmiers confiaient au chercheur que leur exercice professionnel au Centre psychiatrique correctionnel semble « invisible ». Nos informants déplorent, par exemple, que leurs notes infirmières ne soient pas attachées au dossier du détenu-psychiatisé lorsque ce dernier est transféré d'établissement. Cependant, nos informants tiennent à préciser que les notes de tous les autres intervenants du C.P.C. sont attachées au dossier du détenu-psychiatisé lors d'un transfert, y compris les notes consignées au dossier informatisé du détenu par les agents de correction, dossier informatisé du détenu accessible par l'ensemble des travailleurs autorisés du Service correctionnel. Selon le personnel infirmier, la direction du SCC invoquerait le manque d'espace physique dans le dossier papier du détenu-psychiatisé pour qu'y soient jointes les observations manuscrites et les notes du personnel infirmier. Comme la théorisation ancrée recueillie à titre de donnée signifiante des comportements sociaux réitérés par plusieurs informants sous forme « d'épisodes vécus » ayant fait l'objet d'une symbolisation (verbalisation), nous inscrivons la caractéristique de « l'invisibilité administrative de l'exercice infirmier ».

Le personnel infirmier rencontré au Centre psychiatrique correctionnel dit se sentir marginalisé par le personnel infirmier pénitentiaire dévolu aux soins physiques qui exerce dans d'autres institutions. Certaines infirmières et certains infirmiers ont confié au chercheur que les enjeux spécifiques de l'exercice infirmier en psychiatrie carcérale échappent à leurs collègues des centres de soins physiques. Ces informants déplorent que leur pratique soit « étrangère » à ce qui se fait dans les autres institutions (civiles) et disent se sentir incompris. Plus précisément, certains membres du personnel infirmier rencontrés soulignaient au chercheur que ce sentiment d'exclusion est exacerbé par le fait que le soin psychiatrique des détenus criminalisés constituerait une pratique « d'arrière-monde ». En conséquence de ce sentiment de marginalisation, certaines infirmières et certains infirmiers sentent leur pratique dévalorisée.

Plusieurs infirmières et certains infirmiers ont indiqué au chercheur que l'articulation de leur double mandat, de garde et de soin, est difficile, paradoxale et lourde à assumer. Plusieurs informants, majoritairement des infirmières, disent appréhender l'exercice des rôles antagonistes (agent de la paix et agent de soins) dont ils sont investis et craignent que les fonctions relatives au rôle de soignant ne disparaissent au profit de leur rôle d'agent de la paix. Plusieurs infirmières et certains infirmiers ont exprimé leur crainte de voir leur rôle de soignant abandonné. Selon les témoignages recueillis, cette crainte serait partagée par plusieurs membres du personnel infirmier.

Cependant, d'autres interlocuteurs, principalement des infirmiers, disent très bien composer avec ce double mandat qui leur donnerait davantage de latitude au plan des interventions. En effet, leur statut d'agent de la paix faciliterait leurs interventions punitives. Le double statut d'agent de la paix-infirmier serait, selon leurs dires, bien intégré. Cette intégration des rôles policier et infirmier serait rendue possible dans la mesure où les règles pénitentiaires paraissent acceptables et le discours correctionnel privilégié. Cette intégration du double rôle apparaît plus difficile chez les nouvelles recrues et la difficulté à composer avec le double mandat s'amenuiserait à mesure que les années de service au C.P.C. passent. Néanmoins, plusieurs infirmières disent avoir de la difficulté à concilier ces deux rôles et certaines iront jusqu'à dire que cette articulation est la cause de plusieurs de leurs souffrances. Selon nos informants, la résistance à l'ordre carcéral établi serait périlleuse.

Plusieurs membres du personnel infirmier ne se positionneraient que difficilement dans ce *continuum* socioprofessionnel où contrôle et soin se disputent le détenu-

psychiatisé. En effet, nous avons vu que les responsabilités et juridictions de ces mandats de contrôle social et de soin divergent, notamment au plan des valeurs présumées par l'exercice infirmier en tant qu'il incarne une philosophie de soin qui a modelé toute la formation de l'infirmière ou de l'infirmier. Or, le double statut : agent de la paix et agent de soin empêcherait, selon nos informants, l'établissement d'un lien thérapeutique avec les détenus-psychiatisés. Ce lien qui devrait être, toujours selon le personnel infirmier, caractérisé par la confidentialité et l'*advocacy*, serait impossible à actualiser étant donné le double statut du personnel infirmier et l'allégeance dont il doit faire preuve à l'égard du fonctionnement carcéral en général.

Le personnel infirmier voit son rôle de soignant altéré par des fonctions relatives au contrôle comme la surveillance, la discipline et la sanction. Certains témoignages de nos informants illustrent l'intériorisation de ce double mandat. Certains membres du personnel infirmier n'hésiteraient pas, disent-ils, à faire appel à des agents de correction connus pour être plus « rigides », afin d'amener les détenus-psychiatisés à obtempérer sans difficulté aux soins. Ainsi nous sommes autorisés à poser ce jalon à ce point de notre description : le mandat du personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique pénitentiaire n'est pas univoque. *Le personnel infirmier soigne mais ce soin n'est jamais exempt d'une référence explicite ou implicite au contrôle carcéral.*

Certains membres du personnel ont aussi souligné au chercheur que l'obéissance du détenu-psychiatisé en regard des ordres infirmiers peut être obtenue autrement que par la force (domination) ou la discipline. En effet, la capacité du personnel infirmier à jauger entre punitions et récompenses et l'investissement dont ce personnel soignant fait preuve dans l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique pourraient être garants d'une obéissance inconditionnelle de la part des détenus-psychiatisés. Ainsi, la juste mesure entre la punition et le rapprochement, lors des rencontres thérapeutiques, par exemple, s'avérerait essentielle pour gouverner les détenus-psychiatisés. Cependant, malgré les efforts déployés par le personnel infirmier pour ajuster les punitions et les récompenses dans le but de préserver la relation thérapeutique, il semble que l'établissement même d'une relation thérapeutique serait difficile étant donné le double statut du personnel infirmier. Selon nos sources, certains membres du personnel infirmier hésitent à avoir recours à des interventions punitives dans le but de préserver un lien avec la clientèle. Selon nos informants, ce lien est d'une importance capitale pour l'obtention d'informations sur la condition clinique des détenus-psychiatisés et pour le gouvernement de leur conduite. La description des données en

regard du double mandat qu'assume le personnel infirmier nous permet d'avancer que l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers en milieu psychiatrique pénitentiaire fait appel à une gamme de techniques de pouvoir.

4.1.3 Les représentations du détenu-psychiatrisé

Après avoir décrit l'environnement carcéral et l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire, nous poursuivrons cette phase descriptive de la présentation des résultats avec la troisième catégorie : les représentations du détenu-psychiatrisé. Notre recherche a permis de constater que les représentations du détenu-psychiatrisé dans le discours institutionnel et dans le discours du personnel infirmier constituaient un élément important de cette recherche dans la mesure où ces représentations influenceraient, tout comme l'environnement carcéral, l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire. Nous sommes d'avis que les représentations et les pratiques s'engendrent mutuellement.

Dans cette section nous présenterons un à la suite de l'autre le discours institutionnel et le discours du personnel infirmier sur la personne des détenus-psychiatrisés. Afin de présenter le discours institutionnel, nous mettrons en évidence, suivant les documents officiels récents du Service correctionnel, le profil criminologique des détenus-psychiatrisés hébergés au Centre, le profil clinique général ainsi que les profils cliniques des détenus-psychiatrisés aux axes 1 et 2. De plus, pour faciliter la lecture de cette section, et pour assurer une meilleure compréhension des composantes de cette représentation institutionnelle, nous aurons recours à une dizaine de figures pour illustrer les nombreuses statistiques descriptives qui supportent le discours institutionnel sur le détenu-psychiatrisé.

Par la suite, le discours du personnel infirmier sur le détenu-psychiatrisé sera présenté. À cette fin, nous discuterons de la représentation que se fait le personnel infirmier à l'égard des détenus-psychiatrisés en tant que risque. Ce risque a été par la suite qualifié, selon les informants eux-mêmes, à l'aide de différents attributs. Les détenus-psychiatrisés seront donc définis, dans les termes du discours du personnel infirmier, comme étant : « dangereux et astucieux », « manipulateurs et menteurs », « exigeants » et enfin « incurables ». Chacune de ces dimensions sera illustrée à l'aide d'extraits d'entrevues. À l'occasion et dans le but de confirmer, infirmer ou contraster certains éléments du discours infirmier, nous introduirons des extraits d'entrevues réalisées avec des agents de correction.

Nous terminerons la description de cette catégorie par une section portant sur la nécessité, pour le personnel infirmier, de distinguer les détenus-psychiatrisés selon qu'il soient ou non atteints d'un trouble psychiatrique franc. Cet élément important a émergé pendant notre recherche et constitue un facteur déterminant quant à la nature du service offert, selon que la personne du détenu-psychiatrisé soit perçue comme véritablement malade ou pas au plan psychiatrique. Ici aussi certains extraits d'entrevues réalisées avec des agents de correction seront utilisés.

Nous avons choisi de partager les discours institutionnel et professionnel (soins infirmiers) afin de bien cerner le contenu de chacun d'eux. Nous sommes toutefois conscients que, malgré ce partage, essentiel à nos yeux pour des fins de présentation, les effets réciproques de l'un sur l'autre semblent inévitables.

4.1.3.1 Discours des autorités institutionnelles sur le détenu-psychiatrisé

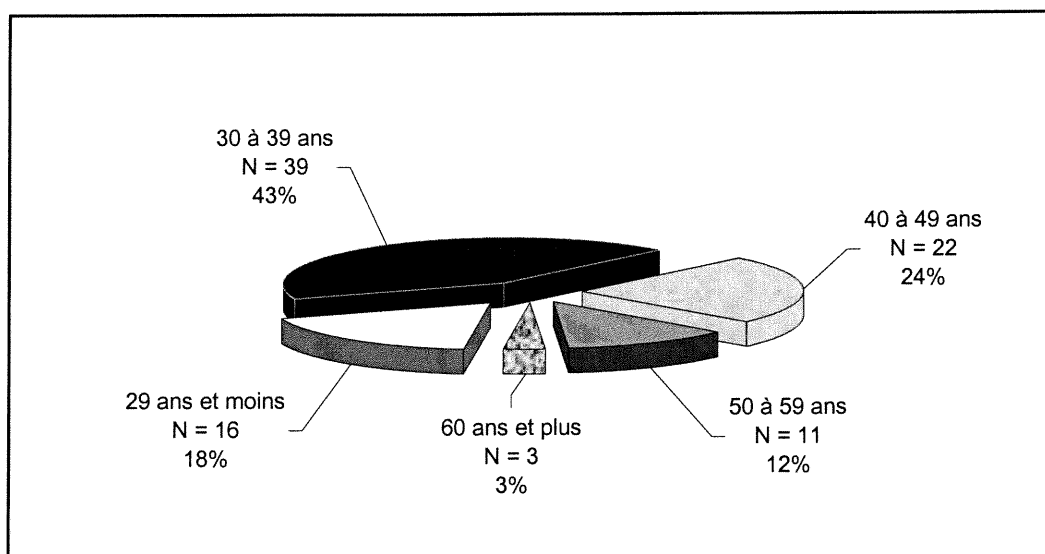
La recherche documentaire, réalisée dans le cadre de cette étude, a permis de mettre en lumière comment le détenu-psychiatrisé est décrit (construit) dans le discours officiel du Service correctionnel. Si, de manière générale, les informants s'entendent pour dire que le profil de la clientèle s'est nettement transformé depuis l'ouverture du Centre psychiatrique correctionnel, ce constat trouve aussi écho dans les documents officiels du SCC. En effet, le Service correctionnel du Canada signale que le profil de la clientèle du Centre s'est transformé et ce, particulièrement depuis la dernière année (SCC, 2000). La représentation institutionnelle du profil du détenu-psychiatrisé, tel qu'énoncée dans le rapport annuel 1999-2000 (qui s'appuie au plan statistique sur la clientèle présente au Centre en mars 2000), présente les caractéristiques principales de la clientèle traitée au Centre en regard du profil criminologique des détenus-psychiatrisés, des admissions et réadmissions, du profil clinique général, des troubles – axe 1 et enfin, en ce qui a trait aux troubles – axe 2. Nous présenterons chacun de ces aspects de manière séparée par souci de clarté.

4.1.3.1.1 Profil criminologique

Au Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.), le détenu-psychiatrisé a un âge moyen de 39,4 ans. En fait, 43% des détenus présents à la fin mars 2000 étaient âgés entre 30 et 39 ans. Par ailleurs, notons que seulement 3% des détenus présents appartiennent au segment des 60 ans et plus. La figure suivante donne un aperçu de la répartition des détenus-psychiatrisés par tranches d'âge.

Figure 4.1

Répartition des détenus-psychiatisés par tranches d'âge – mars 2000



En moyenne, le détenu-psychiatisé hébergé au Centre en est à sa première sentence fédérale (c'est à dire qu'il a été condamné à une peine d'emprisonnement de plus de deux ans). En effet, 65% de ceux-ci purgent leur première sentence fédérale, dont la durée moyenne est de cinq ans et moins. La figure 4.2 est représentative du nombre de sentences fédérales chez les détenus-psychiatisés du C.P.C. et la figure 4.3 de la durée de la sentence actuelle.

Figure 4.2

Nombre de sentences fédérales – mars 2000

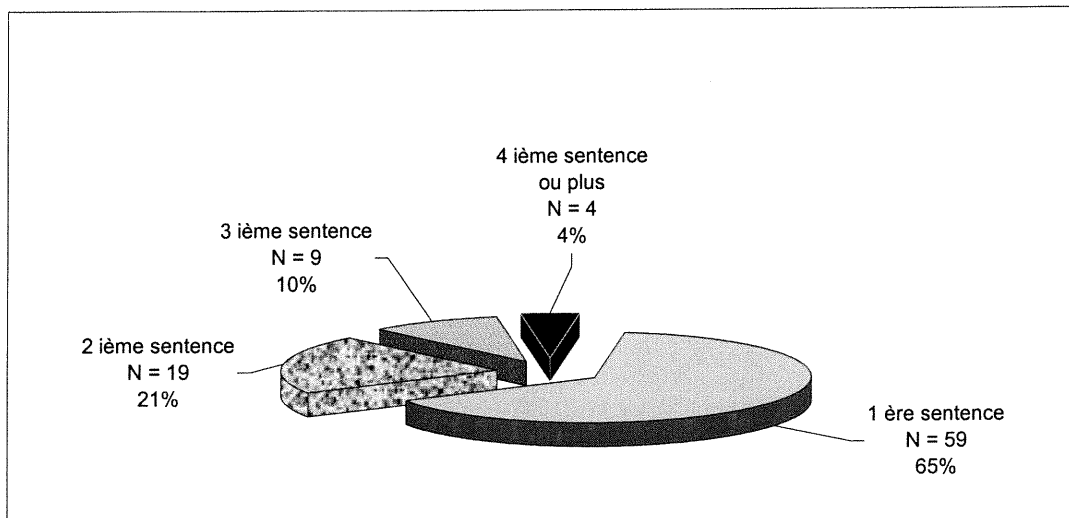
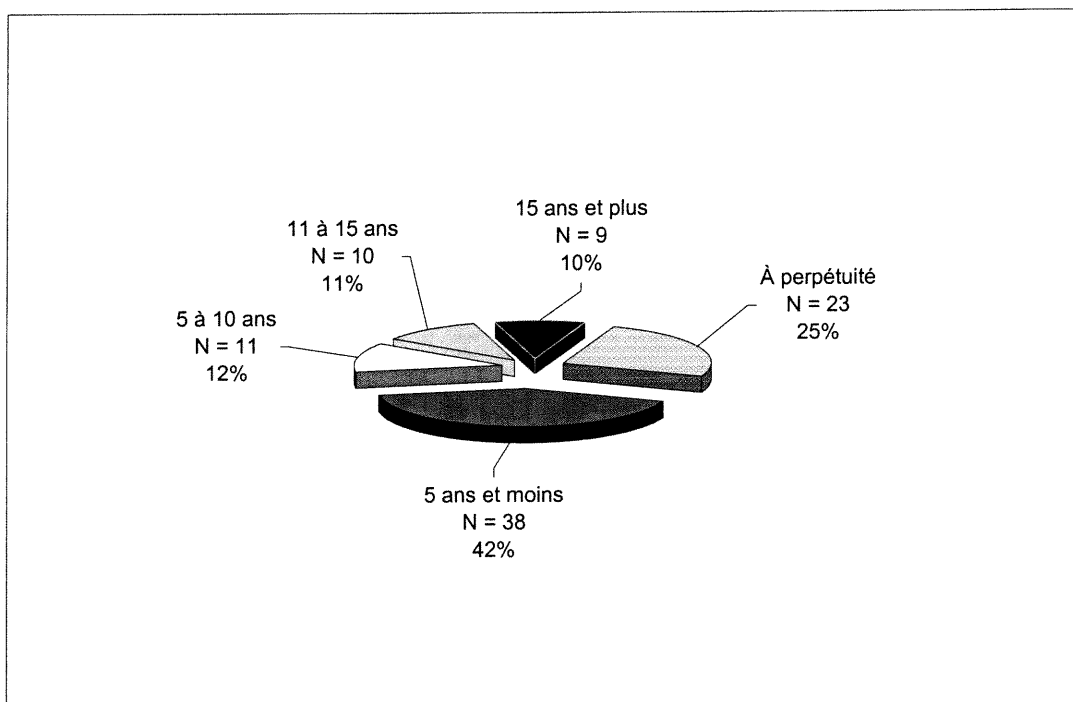


Figure 4.3

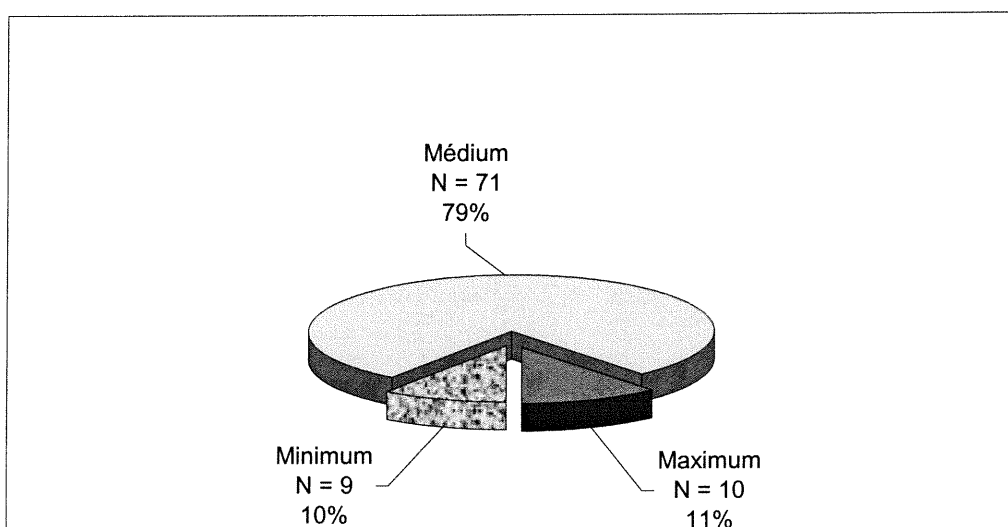
Durée de la sentence actuelle – mars 2000



Le Centre psychiatrique correctionnel est une unité de traitement où les cotes sécuritaires des détenus-psychiatisés varient de minimum à maximum. La Figure 4.4 nous permet d'apprécier que 79% des détenus ont une cote sécuritaire moyenne, alors que 11% des détenus se sont vus attribuer une cote maximale et 10% une cote minimale.

Figure 4.4

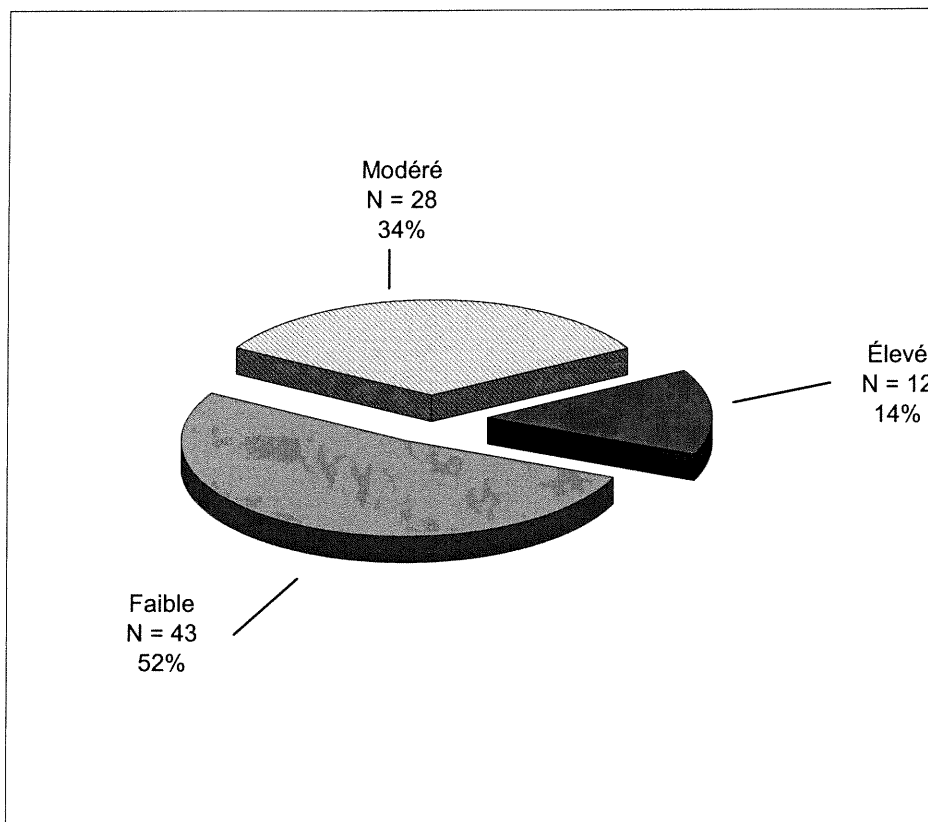
Cote sécuritaire des détenus-psychiatisés – mars 2000



Selon les documents officiels du Service correctionnel du Canada (SCC, 2000), le potentiel de réinsertion sociale chez la majorité des détenus-psychiatisés présents au centre en mars 2000 est faible (52%). Cependant, il n'est pas spécifié, dans les documents consultés, en fonction de quels critères / indicateurs ce potentiel a été estimé. La figure suivante représente le potentiel de réinsertion sociale chez les détenus présents au Centre à la fin mars 2000.

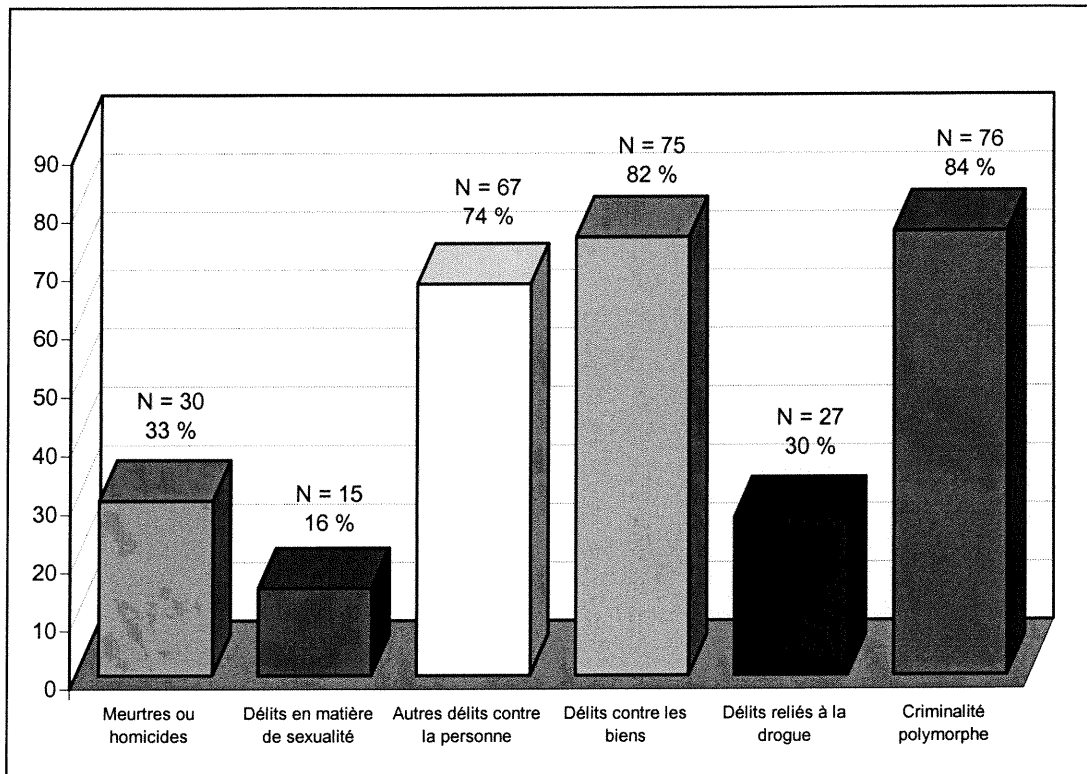
Figure 4.5

Potentiel de réinsertion sociale – mars 2000



Dans son rapport annuel 1999-2000, le Centre psychiatrique correctionnel spécifie que, lorsque les antécédents criminels sont évalués en regard de la carrière criminelle des détenus-psychiatisés, « la majorité des résidents présentent une criminalité polymorphe caractérisée principalement par des délits contre les biens et la personne » (SCC, 2000, p. 6). La nature exacte des délits n'étant pas signifiée, la Figure 4.6 nous permet, par contre, d'avoir une idée de la nature générale des délits commis. Le fort pourcentage (84%) traduisant la nature polymorphe de la criminalité montre bien dans quelle mesure les activités criminelles des détenus sont diversifiées. Cette diversification d'activités délinquantes signifie, par exemple, qu'un détenu ayant commis un délit relié à la drogue, peut en avoir commis d'autres reliés à la personne ou aux biens.

Figure 4.6
Nature du délit – mars 2000



4.1.3.1.2 Admissions et réadmissions

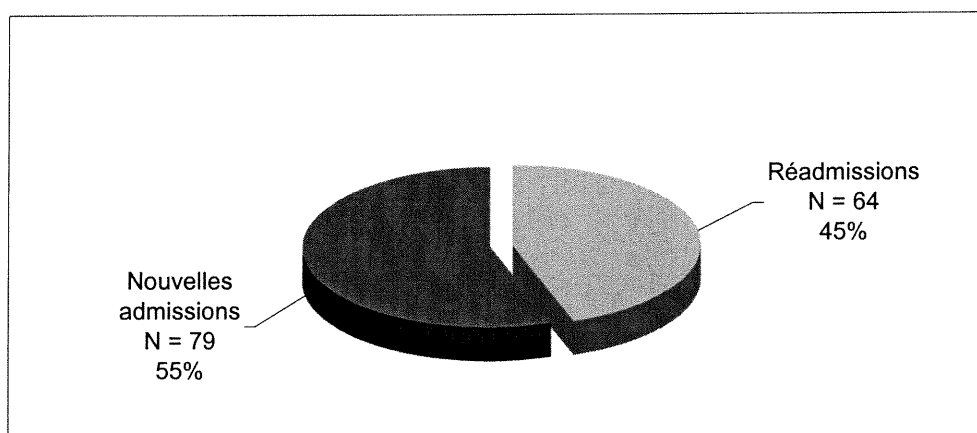
Au cours de l'année 1999-2000, 79 nouveaux détenus ont été admis au Centre, ce qui correspond à 55% des admissions totales, alors que 64 anciens bénéficiaires du Centre ont été réadmis. Selon la direction du Centre psychiatrique, le taux élevé des réadmissions représente bien le

Syndrome de la porte tournante [*réalité bien connue du réseau psychiatrique général*]... Enfin, compte tenu de la sévérité du tableau clinique des détenus qui séjournent chez nous, une réadmission n'est pas nécessairement le signe d'un échec. Elle reflète alors la nécessité de poursuivre la prise en charge dans le cadre d'une stratégie visant *une réinsertion en milieu correctionnel comme étape préalable à une réinsertion sociale réussie* [*emphase personnelle*] (SCC, 2000, p. 6).

La Figure 4.7 est représentative du nombre d'admissions et de réadmissions pour l'année financière 1999-2000.

Figure 4.7

Admissions et réadmissions – année financière 1999-2000



4.1.3.1.3 *Profil clinique général*

Les statistiques concernant le profil clinique général des détenus-psychiatisés sont présentées en fonction de la classification psychiatrique multi-axiale américaine du DSM-IV. Il est à noter que la plupart des critères diagnostiques énoncés dans cet outil sont essentiellement basés sur le jugement clinique du professionnel qui l'utilise. Suivant cette nomenclature, qui se rapproche maintenant de la nomenclature internationale (Lalonde & Grunberg, 1988), les troubles identifiés (profil clinique des détenus-psychiatisés) le sont en fonction de deux axes sur une possibilité de cinq. Les deux axes utilisés dans la documentation du Service correctionnel renvoient aux axes 1 et 2.

De manière générale, le diagnostic à l'axe 1 réfère au trouble mental franc pour lequel un individu a consulté (ou a été forcé de consulter). L'axe 2 est, quant à lui, réservé pour l'identification des troubles de la personnalité (adultes) ou à l'identification de troubles du développement (enfants et adolescents). Selon Lalonde et Grunberg (1988), cette distinction entre les axes était rendue nécessaire afin que le clinicien ne néglige pas la présence d'un trouble à plus long terme, alors qu'il concentre son attention sur un trouble aigu. Ainsi, un détenu-psychiatisé pourrait être affecté d'un

trouble aux deux axes (par exemple : schizophrénie paranoïde et trouble de la personnalité limite).

Les axes 3, 4 et 5 correspondent respectivement aux troubles physiques, stress psychosociaux et, enfin, au niveau optimal de fonctionnement (DSM IV, 1998). La capacité de fonctionnement optimal rapportée à l'axe 5 est notée sur une échelle de 1 à 90 et évaluée par le thérapeute (DSM-IV, 2000).

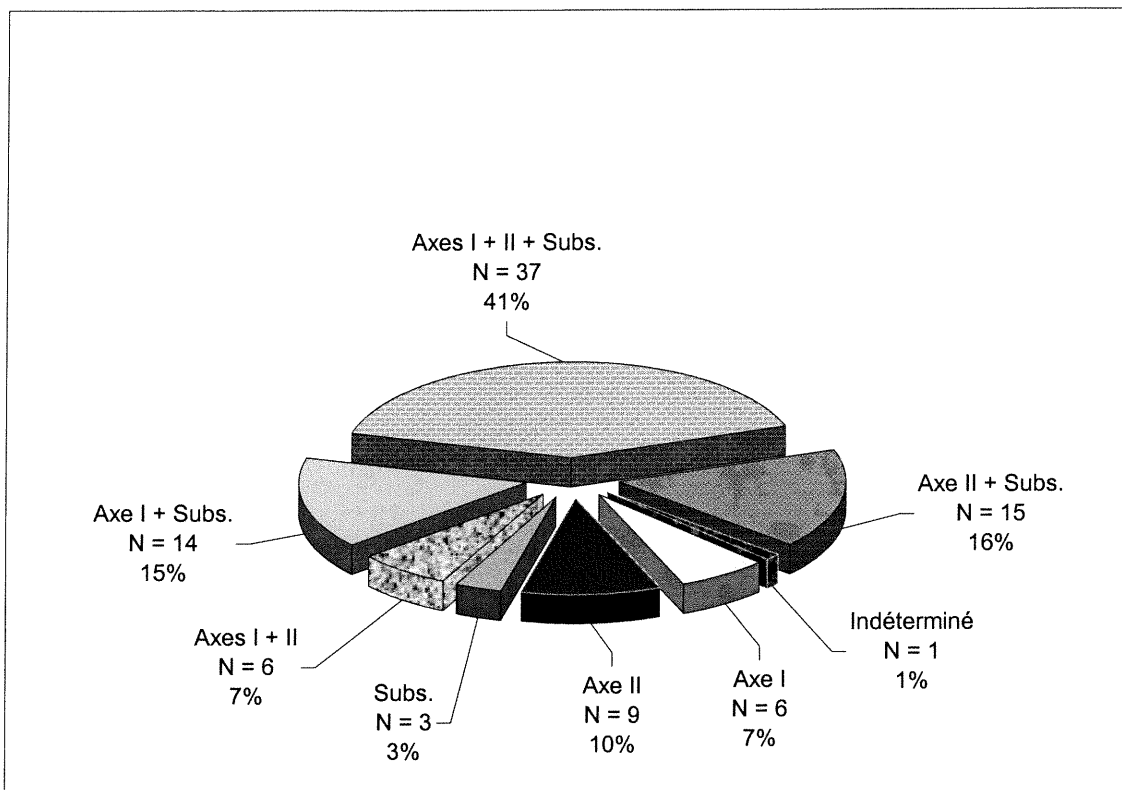
Sur le plan strictement clinique, il apparaît dans les statistiques officielles que les détenus-psychiatisés résidant au C.P.C. à la fin mars 2000, c'est-à-dire au moment même où s'effectuait la recherche, présentaient un taux élevé de comorbidité entre trois facteurs précis. Ces trois facteurs sont : un trouble psychiatrique franc (axe 1), un trouble de la personnalité (axe 2) et, enfin, une dépendance à une ou des substances (incluant médicaments de toutes classes, alcool ou drogues) (SCC, 2000). La nature des substances n'est pas spécifiée dans les documents du Service correctionnel du Canada (SCC, 2000).

Selon les statistiques officielles disponibles, 41% des détenus-psychiatisés présenteraient une comorbidité impliquant les trois facteurs mentionnés plus haut. Les statistiques exposées dans la Figure 4.8 sont représentatives de la comorbidité entre ces facteurs, mais excluent la déficience intellectuelle et les problématiques cliniques de nature physique.

Figure 4.8

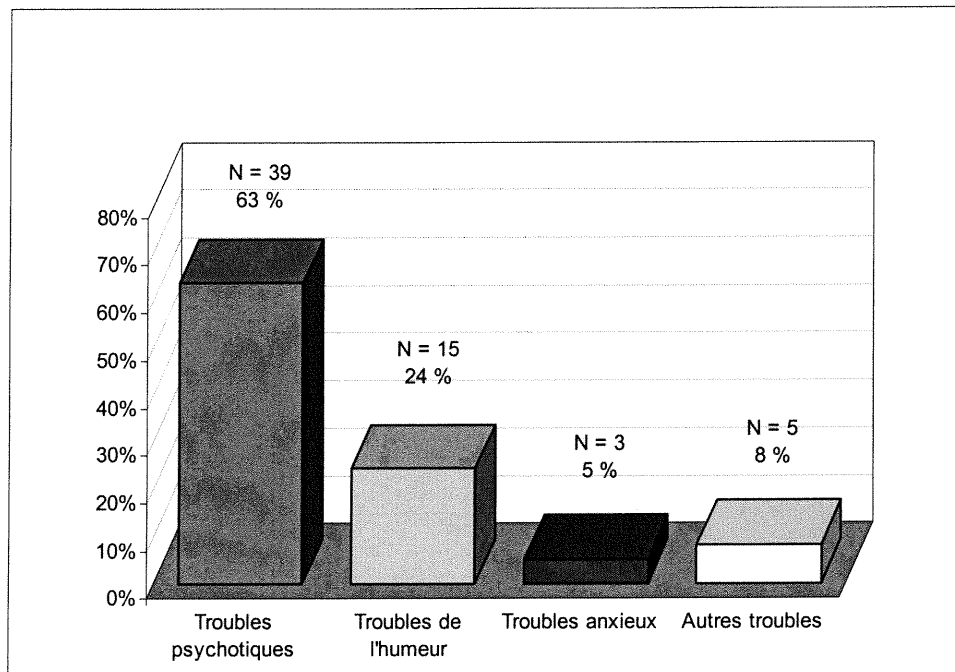
Profil clinique général – comorbidité axe 1, axe 2 et abus de substances

Mars 2000

4.1.3.1.4 *Troubles cliniques – Axe 1*

En ce qui concerne les troubles cliniques à l'axe 1, les données statistiques disponibles nous permettent de conclure que les troubles psychotiques, incluant la schizophrénie et les troubles délirants, ainsi que les troubles de l'humeur constituent les deux catégories diagnostiques les plus courantes, affectant respectivement 63% et 24% de la population des détenus-psychiatisés à la fin mars 2000. La Figure 4.9 présente les données des différentes catégories diagnostiques affectant la clientèle du C.P.C. au moment où se déroulait la recherche.

Figure 4.9
Troubles à l'axe 1



À l'intérieur même des deux principales catégories diagnostiques (troubles psychotiques et troubles de l'humeur), on remarquera, à la lumière de la Figure 4.10 et 4.11, que la schizophrénie affecterait vingt deux détenus, suivie au second rang par la dépression majeure (huit détenus) et les troubles délirants (huit détenus). Les troubles schizo-affectifs et le troubles bipolaires (voir Figure 4.11) affecteraient respectivement six détenus du Centre.

Figure 4.10

Axe 1 – schizophrénie et autres troubles psychotiques

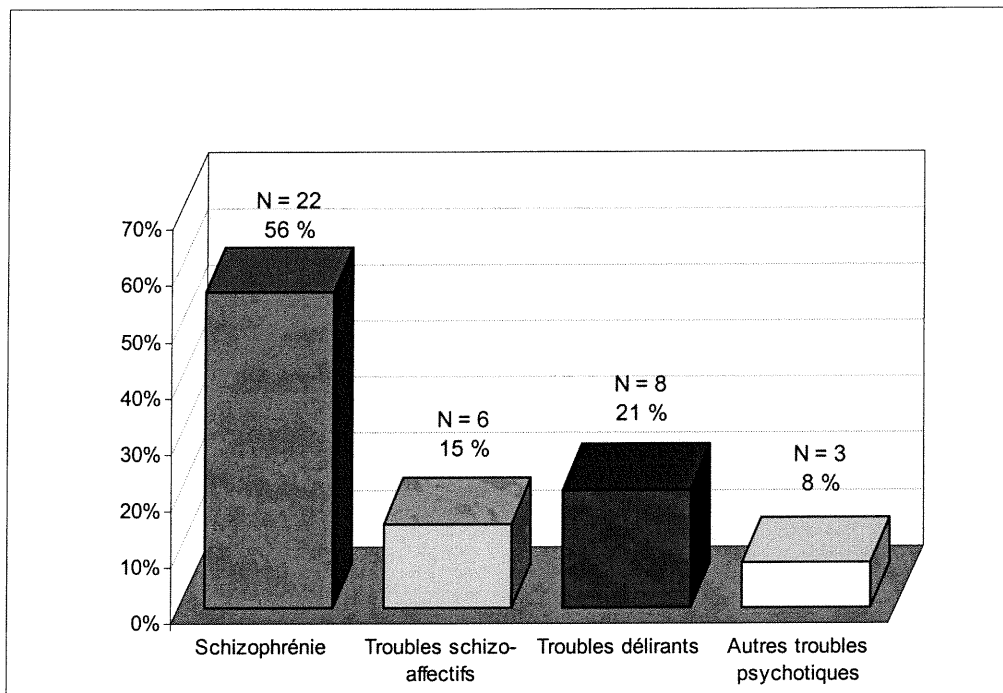
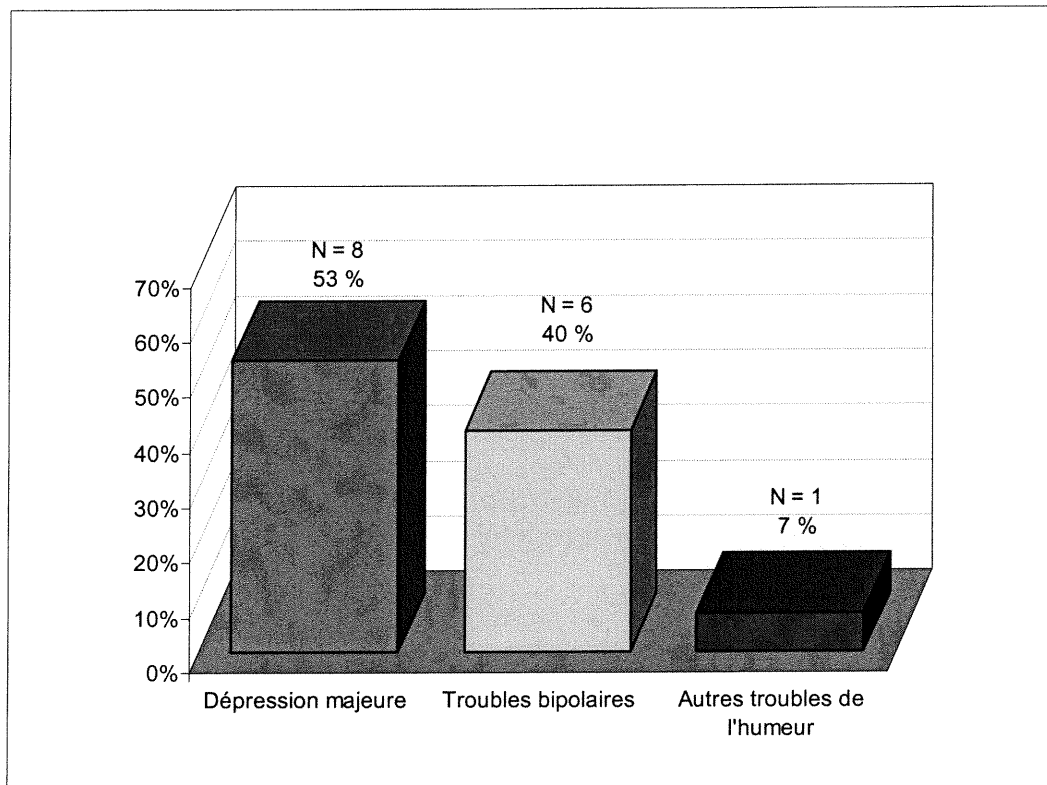


Figure 4.11

Axe 1 – troubles de l'humeur

4.1.3.1.5 *Troubles cliniques – Axe 2*

Les principaux critères retenus par le Centre psychiatrique correctionnel pour définir les troubles cliniques à l'axe 2, à savoir les troubles de la personnalité, ont été répartis, dans les statistiques disponibles, en traits principaux et en traits secondaires. La distinction des deux catégories de traits, lors des présentations statistiques, a été motivée par le désir « de tenir compte de la prévalence élevée de troubles multiples de la personnalité, ou encore de troubles de la personnalité non spécifiés, c'est à dire constitués par la présence de plusieurs types de traits » (SCC, 2000, p. 7).

Cette superposition de traits de personnalité sur la personne de chaque détenu-psychiatrisé préciserait, selon les autorités du Centre, la problématique complexe du détenu-psychiatrisé et se traduirait (par exemple) comme suit dans la réalité : un détenu peut souffrir d'un trouble de la personnalité (axe 2) avec, comme trait principal, une personnalité antisociale (qui fait figure de diagnostic officiel à l'axe 2) et comme trait

secondaire une personnalité obsessionnelle-compulsive. Il faut noter que les différents troubles de la personnalité (traits principal ou secondaire) ont été classifiés, de manière plus globale dans le DSM-IV, en quatre groupes distincts à savoir : les personnalités bizarres et excentriques (groupe A), les personnalités théâtrales, émotives et capricieuses (groupe B), les personnalités anxieuses et craintives (groupe C) et, enfin, un autre groupe encore sans appellation étant donné que des études supplémentaires sont nécessaires (groupe D) pour désigner ces affections (Lalonde & Grunberg, 1988) . Le tableau 4.2 résume l'information à cet égard.

Tableau 4.2

Troubles de la personnalité selon DSM-IV

<p><u>Groupe A</u> : Personnalités bizarres et excentriques</p> <p>Personnalité schizoïde Personnalité schizotypique Personnalité paranoïde</p> <p><u>Groupe B</u> : Personnalités théâtrales, émotives et capricieuses</p> <p>Personnalité antisociale Personnalité histrionique Personnalité limite (<i>borderline</i>) Personnalité narcissique</p> <p><u>Groupe C</u> : Personnalités anxieuses et craintives</p> <p>Personnalité dépendante Personnalité évitante Personnalité obsessionnelle-compulsive</p> <p><u>Groupe D</u> : Sans appellation – nécessité des études supplémentaires</p> <p>Personnalité dépressive Personnalité passive-agressive</p>
--

Enfin, les figures 4.12 et 4.13 rapportent les statistiques descriptives des traits principaux et secondaires des détenus-psychiatisés souffrant d'un trouble de la personnalité (axe 2). Les troubles se distinguent en fonction de leur appartenance aux groupes A, B, C et D, tels que suggérés dans le DSM-IV. À la lumière des statistiques

fournies par le Service correctionnel du Canada (SCC, 2000), la majorité de la clientèle du Centre souffrant d'un trouble de la personnalité, a comme trait principal les suivants : antisocial (39%), limite (borderline) (35%), et narcissique (8%). On remarque par ailleurs que les traits secondaires des détenus souffrant d'un trouble de la personnalité sont rapportés comme suit : antisocial (23%), limite (borderline) (17%), narcissique (10%) et histrionique (5%).

En résumé et suivant les statistiques disponibles, résultant des évaluations psychiatriques de la population des détenus-psychiatisés, on peut conclure qu'à la fin mars 2000, la majorité des résidents du Centre, souffrant d'un trouble de la personnalité, avaient comme trait principal (82%) ou comme trait secondaire (55%) des attributs appartenant au groupe B, à savoir des personnalités théâtrales, émotives et capricieuses, tel que défini dans le DSM-IV.

Figure 4.12

Axe 2 – Troubles de la personnalité – traits principaux

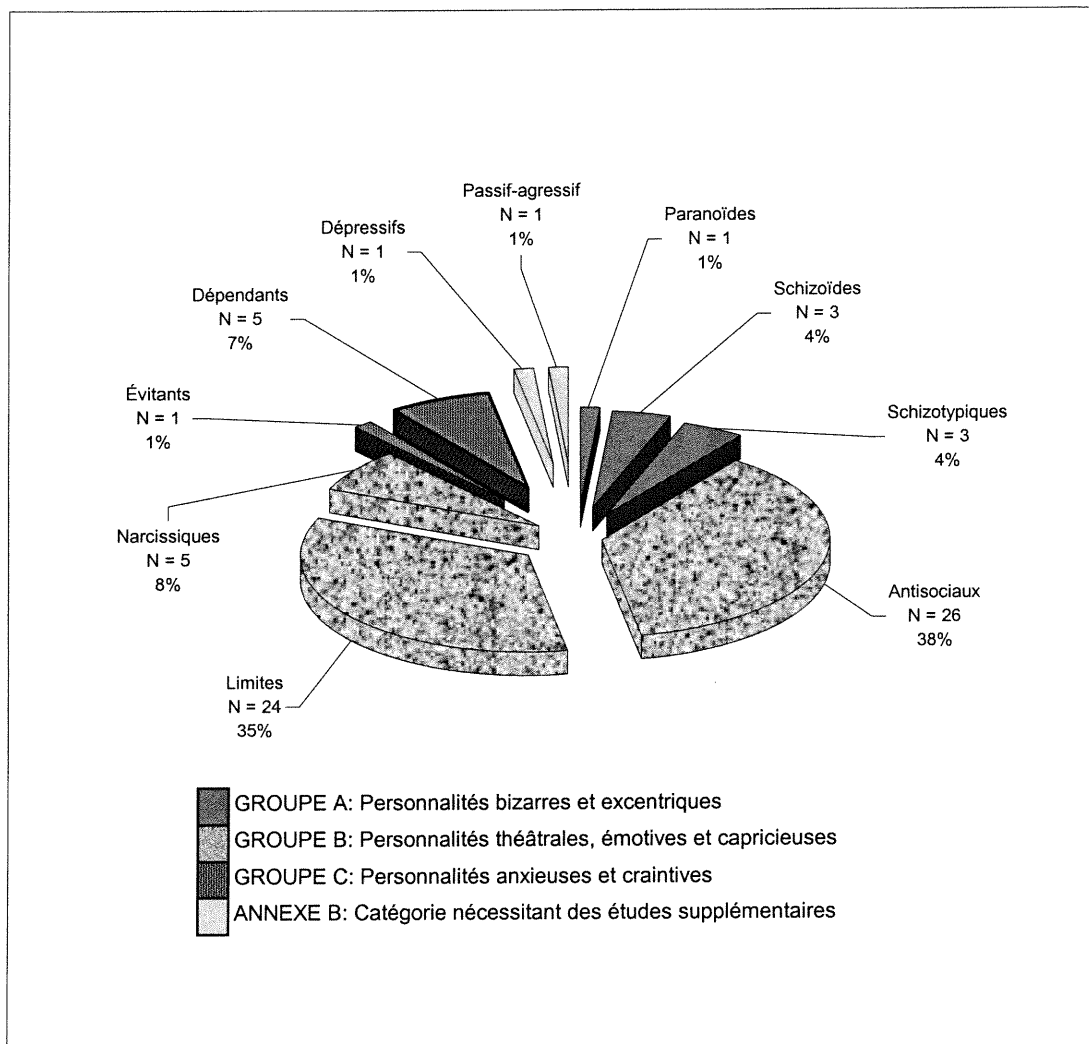
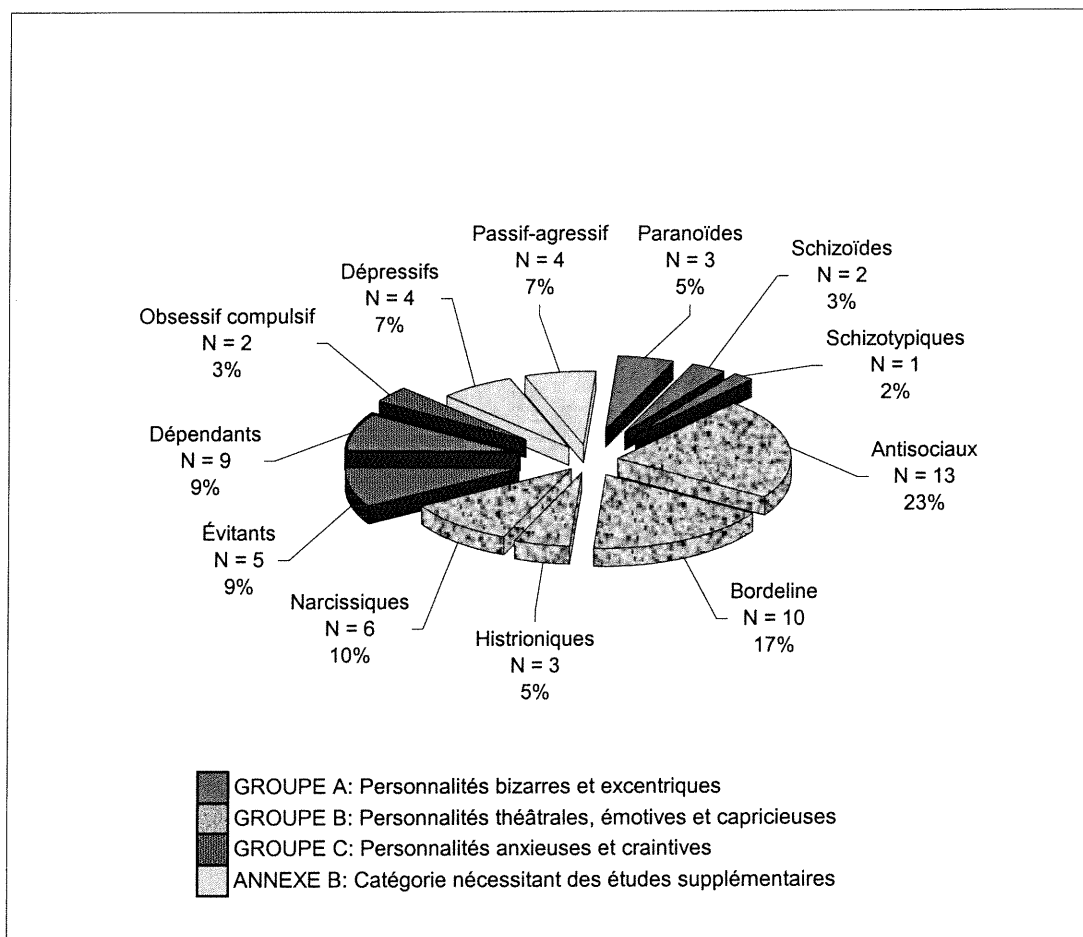


Figure 4.13

Axe 2 – Troubles de la personnalité – traits secondaires



Les données mises à la disposition du chercheur n'ont pas permis de faire ressortir certaines données socio-démographiques, notamment en regard du niveau d'éducation, du revenu annuel, etc. En fait, ces données étaient absentes des documents officiels consultés.

4.1.3.2 Discours du personnel infirmier sur le détenu-psychiatrisé

Plusieurs éléments du discours institutionnel sur le détenu-psychiatrisé trouvent aussi écho dans le discours infirmier, discours identifié lors des contacts directs avec le personnel infirmier, tant lors des entrevues semi-directives que lors d'entretiens informels menés pendant la phase terrain de cette recherche.

Il convient d'abord de souligner que les termes « client » et « patient » n'apparaissent ni dans les écrits officiels du Service correctionnel, pas plus qu'ils ne sont utilisés, de manière générale, dans le discours infirmier. Ainsi, les termes « client » et « patient », couramment utilisés en milieux de soins hospitaliers ou communautaires, sont pratiquement absents du vocabulaire correctionnel où on leur substitue le terme « délinquant » ou « détenu ». À deux occasions (2/21) seulement, lors des entrevues, le vocable « client » est apparu dans le discours des infirmières et des infirmiers. Les qualificatifs « délinquant » et « détenu » étaient privilégiés, dans toutes les formes de communication, que celles-ci soient écrites ou orales et ce, tant dans le discours institutionnel (par le biais de ses autorités) du Service correctionnel, que dans le discours du personnel infirmier. Fréquemment, lors des entrevues, alors que le chercheur utilisait le terme « patient », pour désigner les détenus-psychiatrisés du Centre psychiatrique pénitentiaire, les informants (personnel infirmier et officiers), en utilisant la forme interrogative, corrigeaient la formule du chercheur et substituaient « détenu » ou « délinquant » pour parler du « patient ». Le passage suivant illustre ce phénomène.

Chercheur : « Pouvez-vous maintenant me parler de vos rapports avec les patients ? »

Informant : « Avec les détenus...? »

On remarquera par ailleurs que le terme « délinquant » est utilisé dans l'énoncé de mission du Service correctionnel du Canada.

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 (SCC, 1997, p. 4, [emphase personnelle]).

Le détenu constitue une source fantasmatique importante pour le public en général et il en va de même pour la majorité du personnel pénitentiaire. Bien entendu, certains fantasmes s'alimentent bien souvent à une réalité pénitentiaire antérieure. En l'absence d'incidents dramatiques récents, le personnel garderait malgré tout bien vivant le souvenir douloureux de certains événements passés. Au pénitencier fédéral où s'est effectuée la recherche, l'émeute des années 80 constitue un souvenir qu'on ramène régulièrement à la connaissance du nouveau personnel embauché afin de les sensibiliser aux risques du métier. Or, dans le rappel parfois douloureux d'incidents passés, le détenu-type occupe une place non-négligeable. Selon les informants, le détenu-psychiatrisé constitue un risque potentiel qui doit être régulièrement évalué et dont on ne saurait trop se méfier.

Le risque constitue un élément essentiel de la représentation que se fait le personnel infirmier du détenu-psychiatrisé. Cette représentation de la clientèle nous permettra de comprendre comment celle-ci influence les modalités de traitement et la construction de la pratique professionnelle du personnel infirmier (le soin). À maintes reprises le concept de risque a été explicitement soulevé par les informants, ce qui en fait un concept central dans la représentation que le personnel infirmier se fait du détenu-psychiatrisé.

À plusieurs reprises, lors des entrevues réalisées avec les informants, ceux-ci ont exprimé au chercheur que le détenu-psychiatrisé constituait un risque important pour leur sécurité personnelle. Dans la sous-section suivante, nous illustrerons la représentation que se fait le personnel infirmier du détenu-psychiatrisé comme étant un risque, puis nous dégagerons les attributs que ce même groupe socio-professionnel utilise pour décrire la clientèle dont il a la charge.

4.1.3.2.1 Le détenu-psychiatrisé comme risque

Chez le personnel infirmier, tout comme chez les agents de correction, on s'entend généralement pour dire que les détenus-psychiatrisés constituent un risque permanent contre lequel il faut se protéger. Les détenus-psychiatrisés constituent des menaces potentielles à la sécurité du personnel et, à cet égard, ils sont perçus par le personnel infirmier comme des risques importants et qui menacent leur sécurité personnelle.

Ces risques subjectifs qui sont les produits de processus cognitifs (niveau individuel) et aussi les produits de constructions institutionnelles (niveau collectif) peuvent être répertoriés en suivant les expressions des informants eux-mêmes. Nous

sommes à même de décrire en quoi le détenu-psychiatrisé constitue un risque et ce, à partir des attributs évoqués par le personnel infirmier. Ces attributs distinctifs constitueront les sous-sections du détenu-psychiatrisé comme risque. Ces attributs s'énoncent comme suit : « dangereux et astucieux », « manipulateurs et menteurs », « exigeants » et enfin « incurables ».

« Dangereux et astucieux »

Le délinquant admis à l'unité de psychiatrie carcérale est perçu et défini comme étant « dangereux et astucieux » par la plupart des informants, comme en témoignent ces passages d'entrevues :

Ces gars sont des tueurs et des violeurs. Ce ne sont pas des gars avec peu de violence, ils sont ici pour cela (I#1, p. 9).

En plus d'avoir plusieurs problèmes de délinquance, tu as un problème de santé mentale. Tandis que si je travaille au (soin) physique, bien : « Tu as un mal de ventre ? Avec un problème de délinquance ? » ... Donc, tu fais plus face à la violence, tu fais plus face à l'agression verbale, à l'agression physique (I#13, p. 3).

Il y a beaucoup d'agressivité. Ce qui m'a surpris ici, c'est l'agressivité, lors d'une perte de contrôle... la haine, la colère... c'est impressionnant ! En milieu hospitalier, j'ai eu des maîtrises physiques à faire, mais j'ai jamais vu, comme ici, autant de rage à l'intérieur des gens. C'est aussi ce qui fait la différence entre ici et l'hôpital (I#11, p.15-16)

Souvent, il y a du jeune personnel qui arrive, infirmière ou autre, qui ont encore des illusions. Ils comparent la psychiatrie sur un département à l'extérieur à ici, et, pour moi, c'est très important la sécurité, parce qu'on a quand même une population qui est criminelle, on est en bout de ligne au Centre, il faut pas oublier ça. C'est un bout de ligne au niveau du service correctionnel et, en plus d'être des patients qui ont un dossier criminel, qui sont criminels, ils sont psychiatrisés aussi. Alors pour moi ils sont encore plus dangereux et, souvent, plus susceptibles de faire des choses... Quand on sait qu'on est en prison, c'est pas quand on est comme dans un hôpital extérieur. Le détenu est en prison, c'est pas comme le patient dans un hôpital, il peut partir, il peut s'en aller quand il veut, il peut faire pas mal ce qu'il veut, à moins qu'il soit sous une garde serrée, tandis qu'ici ils sont sur garde (...) serrée, alors s'ils veulent s'évader (...) ou quoi que ce soit, on est sujet à (...) autre chose, parce que moi, j'ai déjà eu une compagne ailleurs qui a été prise en otage, parce que ce détenu-là voulait avoir des drogues (I#14, p. 8 et p. 9).

Et de l'imagination, ils n'en manquent pas. On a qu'à regarder les mauvais coups dont ils sont capables, ici, en prison (I#1, p. 9).

Mais cette dangerosité est exacerbée, dans la représentation du personnel infirmier, par la nature du délit commis. La nature du délit permet donc de catégoriser la dangerosité des clients tout comme elle permet d'identifier certains membres du personnel comme étant des cibles potentielles des agissements des délinquants. Par exemple, les détenus-psychiatisés incarcérés pour des délits à caractère sexuel constitueraient une plus grande menace pour le personnel infirmier féminin. Certains groupes de délinquants constituent un risque supplémentaire pour la sécurité du personnel infirmier féminin et ce, compte tenu de la nature sexuelle des délits commis. Les deux extraits d'entrevues suivants, réalisées avec deux infirmières, témoignent bien de cette affirmation.

Ces gars-là ne sont pas dépourvus de sensualité ou de libido, raison de plus s'ils sont dans la catégories des agresseurs sexuels - violeurs -, tu comprends, à ce moment-là ils cherchent à se nourrir de contacts avec le personnel féminin (I#1, p. 13).

Mais faut pas que tu oublies qu'on vit dans une prison, ce sont des hommes, et il faut être prudent aussi. Il faut être prudent, ils sont complètement privés de femmes, on a des cas de délinquance sexuelle, et, en plus, il y a des problématiques psychiatriques, alors faut pas qu'eux autres se créent des attentes... par rapport aux gestes qu'on peut faire... Alors je pense qu'il y a une attitude, un comportement qu'on peut pas se permettre et on vit, on est en psychiatrie, on est en prison où ils ont pas de relations avec des femmes, où c'est une denrée rare, et je pense qu'il faut être très prudentes (I#14, p. 14).

Ainsi les détenus-psychiatisés ayant des problématiques à caractère sexuel représenteraient un risque supplémentaire pour le personnel infirmier féminin. On remarque par ailleurs que même ceux qui n'ont pas été incarcérés pour ces raisons constitueraient tout de même un risque supplémentaire pour les femmes puisque les détenus, en général, sont privés de contacts sexuels avec le sexe opposé.

Tel que mentionné plus haut, le délinquant est perçu comme potentiellement violent et dangereux. Par ailleurs, le fait qu'il soit astucieux vient amplifier cette dangerosité. Il faudra à tout prix éviter de partager avec lui des objets qui, dans un environnement autre que carcéral, ne constitueraient pas un danger. Par exemple, il est

rapporté par bon nombre d'informants que des objets aussi anodins que des crayons ou des cintres pourraient être facilement transformés en armes redoutables qui serviraient éventuellement contre un autre détenu ou un membre du personnel. La fabrication d'armes artisanales serait, selon certains informants, une activité répandue chez certains délinquants.

Il est aussi rapporté par les informants que le détenu-psychiatrisé observe le personnel sans répit, « comme le prédateur observe sa future proie ». La nature de la clientèle qui séjourne au Centre commande, selon toute vraisemblance, des attitudes de méfiance comme le souligne cette infirmière :

Il faut garder en tête que ce sont des détenus, qu'ils sont de grands manipulateurs. Ils savent tout, tout, tout... Tu es observé de A à Z. Ils ne font que ça. Contrairement au milieu hospitalier, ici il ne faut pas que tu dises quoi que se soit sur ta vie personnelle. Il faut toujours répondre : « je ne suis pas ici pour parler de ma vie personnelle ». C'est très important de garder cela en tête, autrement ça peut aller loin (I#6, p. 7).

Les employés plus expérimentés s'assurent d'ailleurs de rappeler cette consigne aux nouvelles recrues, puisque ces dernières, généralement issues du milieu hospitalier, constitueraient des proies plus faciles. Une infirmière ajoute à ce propos :

Parce que le détenu essaie de nous avoir... Aussitôt qu'il voit un nouveau visage, il tente quelque chose. Il tentera d'obtenir des faveurs spéciales. Il profite des nouveaux visages pour faire ses demandes (I#8, p. 12).

Il est intéressant de noter, par ailleurs, que cette représentation du client est apprise (ou imposée) aux nouveaux employés qui, à leur arrivée, ne semblent pas avoir une représentation aussi nette ou définie de la clientèle rencontrée au Centre psychiatrique correctionnel. Les employés nouvellement embauchés au Centre révélaient spontanément au chercheur que leur degré de méfiance ou de crainte à l'endroit des détenus-psychiatrisés s'accroissait en proportion directe de leurs échanges avec le personnel senior.

Tu te fais tellement dire qu'ils sont imprévisibles et dangereux... que tu n'as pas le choix de le croire. Tu sais, les officiers nous rappellent toujours d'avoir tout le temps en tête que ces gens-là sont dans une

prison et que ce sont des prisonniers... ne jamais oublier cela (I#11, p. 20).

Parce que les détenus-psychiatrisés constituent des risques pour la sécurité du personnel travaillant au pénitencier, leurs comportements sont minutieusement observés. Un informant soulignera d'ailleurs que la capacité d'un intervenant à se tenir constamment aux aguets contribue à faire de ce dernier un « bon intervenant ». Il faut retenir qu'en milieu correctionnel, le prestataire des soins infirmiers psychiatriques est d'abord et avant tout un délinquant. Des informants nous rappellent d'ailleurs, avec une certaine difficulté, que « la priorité, ici, ce n'est pas de soigner une personne... la personne c'est d'abord un prisonnier et, ensuite, *ça peut être un malade* » [*emphase personnelle*].

Cette représentation du détenu-psychiatrisé comme une personne dangereuse et astucieuse est par ailleurs partagée, véhiculée et renforcée par certains agents de correction et par plusieurs infirmiers et infirmières. Il va sans dire que le détenu-psychiatrisé, « doté » de ces attributs dangereux, diffère bien peu, à certains égards, des clients rencontrés en milieux hospitaliers psychiatriques ou communautaires dit « réguliers ». Toutefois, la composante « délinquante » des uns [détenus-psychiatrisés] les distinguerait des autres [psychiatrisés]. Les passages suivants illustrent dans quelle mesure le statut de délinquant du détenu-psychiatrisé constitue un élément déterminant dans la construction de la représentation de ceux-ci comme risque. Ce statut constitue par ailleurs un « facteur de risque » supplémentaire qui exacerbe la dangerosité et la nature astucieuse du détenu-psychiatrisé.

Ici, on passe du déficient au grand manipulateur, la même chose qu'on voit à l'hôpital. La différence qu'il y a, c'est qu'ici, au départ, il ne faut pas oublier que le gars est un délinquant (I#1, p. 18).

Il faut toujours garder en tête que c'est un détenu, un délinquant, qu'il a une pensée plus délinquante qu'un patient hospitalisé, qui lui n'a peut être pas ce petit côté délinquant, dangereux et anti-social (I#11, p. 10).

C'est qu'il ne faut pas oublier qu'on a en face de nous des criminels et puis... comment pourrais-je dire cela ? C'est parce qu'il y a tellement de manipulateurs. Je ne dis pas qu'ils le sont tous, mais plusieurs le sont. Il y en a plusieurs de menteurs, qui racontent toutes sortes de choses (I#12, p. 16).

Il ne faut pas oublier que tu es d'abord dans un pénitencier. Ce que je veux dire par là, c'est qu'il ne faut pas que tu penses soigner des malades. Tu soignes d'abord un détenu qui est malade. Moi, c'est ça la différence. Un détenu, c'est un détenu avant tout. Il a une sentence pour viol, pour meurtre... juste pour te dire que c'est des gars à risque. Puis il faut pas oublier une chose... ça c'est un patient, mais c'est d'abord un détenu (I#5, p. 4).

Bien que, de manière générale, le détenu-psychiatrisé puisse être perçu comme une personne dangereuse et astucieuse, une informante est convaincue de pouvoir bénéficier de la protection de certains d'entre eux en cas de tentatives d'agression physique par des détenus-psychiatrisés violents qui voudraient s'en prendre à elle. Le passage suivant, extrait d'une entrevue avec une infirmière, illustre le propos de celle-ci.

La protection qu'ils veulent te procurer... Un détenu m'a déjà dit : « Parce que si il y en a un qui veut te faire du trouble, tu me le dis. Viens me voir et je vais m'en occuper ». Une fois, j'ai été la cible des cris d'un détenu; plusieurs se sont placés autour de lui... pour me protéger (I#7, p. 17).

Ce dernier extrait traduit bien à quel point l'identité (ou la représentation identitaire) des détenus-psychiatrisés n'est pas fixe, mais fluide. Cette fluidité nous y sommes confrontés compte tenu des discours divergents entre les membres du personnel infirmier. Si le détenu-psychiatrisé constitue une menace potentielle pour la sécurité du personnel infirmier, il pourrait, à la fois, suivant l'extrait rapporté plus haut, constituer une protection pour le personnel.

Sans dénigrer les perceptions énoncées antérieurement pour décrire les détenus-psychiatrisés, quelques informants sont d'avis que les délinquants seraient captifs d'un système où la dignité leur aurait été retirée. Leur situation actuelle et leur passé criminel seraient attribuables à un ensemble de facteurs extrinsèques à la volonté de l'individu incarcéré. Les trois extraits suivants, d'entrevues réalisées avec un infirmier puis deux infirmières, insistent sur la dimension humaine des détenus-psychiatrisés dont ils ont la charge.

Dans le milieu carcéral, on a affaire à des individus qui, outre leur dignité perdue, ne peuvent pas voir leur famille. Après deux ans [de pénitencier], il est rare de voir leurs proches les visiter... Après cinq ans ils n'ont plus de visites. Les détenus se sentent esseulés, solitude qui n'est pas voulue... Ils se retrouvent avec des problèmes typiques au milieu carcéral. En plus de la perte de dignité, on assiste au

phénomène de dépossession de soi. Il n'y a plus rien qui t'appartienne. Tout le monde décide pour toi (I#3, p. 2).

J'ai été embauché parce que les détenus avaient besoin de soins. Ce sont des individus qui n'ont pas eu toute l'attention nécessaire dans leur vie. Le peu d'attention qu'on peut leur porter leur fait du bien. C'est le seul moyen que j'ai pour me valoriser au travail. Ces gens là ont souffert... ils ne connaissent que la souffrance (I#6, p. 9).

Pour moi, ce sont des patients, ce sont des êtres humains qui ont pas été chanceux dans la vie, et qui ont besoin d'aide quand même, même si des fois ils sont *drainants*, ils ont besoin d'aide, et c'est ça. Ils peuvent au moins aller en chercher un petit peu. Mais, pour moi, ce sont toujours des patients, même s'ils ont un dossier criminel (I#14, p. 3).

Il semble, à la lumière de ces trois extraits, que le fait d'avoir été abusés ou victimes de sévices par le passé, puisse expliquer la trajectoire délinquante des détenus-psychiatisés. Par ailleurs, les mêmes informants ont pris soin de rappeler au chercheur que les conditions (ou les facteurs précipitants) ayant précédé le délit, en situant ce dernier dans un contexte bien déterminé, sont importantes mais souvent oubliées. Cette clarification fait en sorte que le détenu-psychiatisé est perçu comme étant dangereux ou à risque, mais dans des circonstances bien précises. Malgré cette précision, plusieurs détenus-psychiatisés demeurent, aux yeux de ces mêmes informants, des manipulateurs et des menteurs.

« *Manipulateurs et menteurs* »

De manière générale, les détenus sont aussi décrits comme étant manipulateurs, menteurs, pervers, anti-sociaux et narcissiques et, par conséquent, centrés sur la gratification immédiate de leurs besoins, parfois vils. On souligne au passage leur caractère égoïste et égocentrique.

J'ai l'impression que les gars vont chercher un peu ce dont ils ont besoin. Ils vont aller chercher le maximum. Si tu es prêt à leur donner la lune, ils vont aller un peu, pas abuser de toi, mais... se servir un peu de toi pour acquérir des choses ou des privilèges... Je ne pense pas avoir vu tant de troubles de la personnalité de toute ma vie. Je pense que ce sont de bons délinquants, de bons anti-sociaux (I#11, p. 15 et 16).

Certains informants soutiennent aussi que plusieurs détenus-psychiatrisés ne sont pas « à leur place » au Centre. Les passages suivants sont représentatifs de cette perception.

Tu as des schizophrènes qui ne prenaient pas leur médication de bipolaires. Tu as des déstabilisés, des dépressifs, des troubles de la personnalité, beaucoup de gens qui viennent se cacher aussi. Dans le sens qu'ils ne fonctionnent pas dans d'autres pénitenciers. Ils vont se dire dépressifs, avec des idéations suicidaires. Ils vont nous les envoyer ici. C'est parce que ça ne fonctionne pas, les autres pénitenciers, ou les cas problématiques. Ils vont *booster* les rapports pour nous les envoyer ici. Ça moi, je l'ai vu (I#13, p. 12).

Les propos de cet informant-infirmier trouvent d'ailleurs écho chez un agent de correction avec qui le chercheur a eu l'occasion de converser.

Ici, des gars à problèmes de santé mentale, il y en a peut-être une trentaine. Parce que les autres, d'après moi, c'est tous des gars qui viennent se cacher. C'est des... soit qu'ils ont des troubles avec d'autres détenus, c'est des cas de protection (I#b, p. 3 et p. 4).

Aux dires de certains informants, il n'est pas clair que la totalité des détenus-psychiatrisés hébergés au Centre soit véritablement malades mentaux. Bon nombre d'entre eux viendraient se « cacher » au Centre psychiatrique dans le but d'échapper aux rigueurs de l'incarcération. Ceci nous permet d'avancer que pour certains informants (infirmières, infirmiers et agents de correction) une proportion importante des personnes admises au Centre psychiatrique ne souffriraient pas de troubles mentaux réels.

On souligne d'ailleurs à cet égard que le détenu manipulateur peut feindre certains malaises ou dramatiser une souffrance mineure dans le but d'obtenir des traitements pharmacologiques. Ce constat serait particulièrement vrai, selon nos informants, pour les détenus ayant une problématique de toxicomanie.

De manière générale, le personnel dit devoir constamment remettre en question les demandes ou doléances de la clientèle. En effet, plusieurs informants rappellent, par exemple, que le client pendu dans une cellule peut très bien simuler une pendaison dans le but de séquestrer un membre du personnel si ce dernier s'avisait d'entrer seul dans la cellule pour lui porter secours. Compte tenu de la nature manipulatrice des détenus-psychiatrisés, telle que se la représentent le personnel infirmier et les agents de

correction, il est interdit de pénétrer seul dans la cellule du détenu, et ce peu importe ce qui s'y passe. Cette consigne sécuritaire a par ailleurs été soulignée par les agents de correction et constitue une règle à laquelle aucun employé ne peut se soustraire.

Cet exemple montre à quel point le détenu-psychiatrisé constitue un risque important pour la sécurité du personnel, qui suspecte toujours les intentions réelles de ce dernier. Une infirmière souligne à cet égard :

Quand j'étais infirmière dans le milieu hospitalier et que j'arrivais le matin, je demandais à mon patient s'il avait bien dormi... la réponse qu'il me donnait, je ne la mettais pas en doute. Tandis qu'ici on dirait qu'il faut toujours douter. C'est difficile de faire la part des choses. Je pense qu'on a souvent tendance à être plus méfiants que confiants (I#12, p. 37).

Mais le détenu qu'on se représente comme manipulateur et menteur constitue aussi un risque dans la mesure où il peut séduire le personnel afin d'atteindre son objectif (gratification immédiate de ses besoins). Plusieurs informants soutiennent que les femmes sont davantage visées par les « jeux pervers » de certains détenus-psychiatrisés. Les infirmières, plus particulièrement, doivent être vigilantes pour, dit-on, dans le langage pénitentiaire : « ne pas se faire embarquer ». Pour certaines infirmières et certains infirmiers, si le personnel féminin est plus souvent visé par les ruses des détenus, nul n'est cependant à l'abri des tentatives de ceux-ci, comme en fait foi cet extrait d'entrevue.

Il te demande pas du jour au lendemain de rentrer de la dynamite. Il va commencer par te dire que tu as un beau stylo et il aimerait ça en avoir un pareil, mais il n'y en a pas sur la cantine, puis peut-être que si tu lui en achetais un, il te paierait ça indirectement avec un paquet de cigarettes ou quelque chose comme ça. C'est de même que ça marche ici. Puis, tranquillement, le lien s'établit et la personne [membre du personnel] devient coincée. Personne n'est à l'abri de ça (I#10, p. 30).

Nous avons vu jusqu'ici que les représentations du personnel infirmier en regard de la clientèle du Centre psychiatrique correctionnel contribuent à dessiner l'identité de la personne du détenu-psychiatrisé qu'on définit comme un risque. Deux autres attributs s'ajoutent à ceux présentés antérieurement. Il s'agit des représentations suivantes : les détenus-psychiatrisés comme personnes exigeantes et incurables.

« *Exigeants* »

Les infirmières et les infirmiers disent se sentir bien souvent accablés par diverses demandes formulées par les délinquants. Ceux-ci, dit-on, sont impatients, ce qui entraîne chez la plupart du personnel infirmier un sentiment de fatigue, voire même un sentiment d'épuisement.

Nous sommes constamment sollicités à outrance, on se sent fatigués, épuisés, harcelés (I#6, p. 9).

De manière générale, on s'entend pour dire que le détenu supporte mal les délais administratifs liés à ses requêtes.

Il faut faire très attention, parce que les détenus ont tendance, si tu ne réponds pas dans les 48 heures, à aller voir d'autres infirmières ou jusqu'à ce qu'ils trouvent une personne pour répondre immédiatement à leurs demandes. Les détenus sont impatients (I#6, p. 10).

C'est certain qu'ils sont humains comme nous le sommes, mais il y a toujours le risque, que si tu donnes un pouce, c'est un mètre que tu devras leur donner dans un mois. Ils ont tellement de difficulté à s'établir des limites, c'est d'ailleurs pour cela qu'ils sont ici. Ils sont incapables de se donner des limites. Donc, on peut se faire envahir facilement (I#12, p. 17).

À la lumière de ces extraits, nous sommes en mesure d'affirmer que les détenus-psychiatisés constitueraient un risque pour la santé physique du personnel infirmier dans la mesure où leur nature exigeante peut contribuer au sentiment d'épuisement professionnel.

« *Incurables* »

Le détenu « type » serait considéré comme un individu incurable et, conséquemment, rien ne sert vraiment d'y investir temps et énergie. Nos informants disent que des détenus-psychiatisés seraient « tatoués » par l'empreinte carcérale. Associées à ce stigmat, certaines manières caractéristiques de faire, d'être et de penser, des « irréductibles » renforceraient le caractère « incurable » de la clientèle séjournant au Centre. En majorité, ils seraient incorrigibles. Selon les informants, bien peu pourront bénéficier de l'aide offerte par le Centre, puisqu'ils ne seraient pas disposés ou intéressés à recevoir l'aide dont ils pourraient bénéficier. Par conséquent, les objectifs fixés par le personnel infirmier en regard des problématiques que

présentent les détenus-psychiatisés, tiendraient compte de cette caractéristique d'incurabilité des détenus-psychiatisés.

Pour moi, peut-être parce que ça fait longtemps que je suis au Service correctionnel, j'ai des attentes très limitées, parce qu'il y a des patients qui sont ici actuellement, en l'an 2000, que j'ai connus... quand je suis rentrée au service, et j'en ai vu plusieurs qui reviennent. Alors j'ai des attentes qui essaient d'être réalistes, je dis bien j'essaie. Pour moi, il y en a pas beaucoup qui ont des chances de récupérer... ou rendu à un certain âge, quarante, cinquante ans, là ils sont tannés de faire de la prison, ils sont tannés de faire du temps, c'est... Il y a une certaine introspection qui se fait à ce moment-là, une certaine autocritique, mais avant, elle est difficile et ils sont dans un milieu... de délinquants. Disons qu'au Centre, ils essaient de travailler tout ça, mais tu vois que c'est pas évident. Je peux pas te dire le pourcentage, mais mes attentes, disons qu'elles sont très limitées. Chez les plus jeunes, des fois ils arrivent et on espère qu'on pourra faire quelque chose. Mais il faut être bien réaliste dans nos attentes avec ces troubles de personnalité-là, surtout anti-social et narcissique (I#14, p. 2 et p. 3).

Ah ! avec leurs pourcentages de réinsertion sociale, de toxicomanie, puis si le gars est bien encadré, exemple, c'est sûr qu'il va s'en sortir ! C'est pas vrai, ça ! Il va avoir des rechutes, il va recommencer. Bien, ils ne sont plus dans le milieu. Ce n'est plus ça, la réalité, ce n'est pas ça la réalité... C'est du bla-bla-bla, je trouve [le discours de la réhabilitation]. Il faudrait [les penseurs] qu'ils viennent sur le terrain, qu'ils se mettent les pieds dedans, à tous les soirs, tous les jours, pour voir c'est quoi la réalité. C'est ça la réalité (I#13, p. 19).

Les propos du deuxième informant-infirmier sont à peu près identiques à ceux rapportés par un agent de correction interviewé qui souligne pour sa part que :

Tu ne peux pas dire : « on va investir sur ce gars-là ». Tu sais, nos grands penseurs aux services, nos grands théoriciens de la criminologie, ils vont dire un paquet d'affaires. Mais quand tu n'es pas sur le plancher. Quand ils prêchent par la réinsertion sociale, ils prêchent par la libération conditionnelle, « il faut les rendre plus responsables », tu sais, tout le charivari. Moi, je n'y crois pas à ça, parce que le gars qui est rendu au fédéral, tu sais, tu ne peux pas lui dire ; « hey !, tu vas faire ça de même, tu vas faire un bon citoyen à la boîte à lunch. » « *Fuck you !* » Tu sais, c'est ça qu'il va dire : « *Fuck you !* Moi je suis un criminel » (I#b, p. 6).

Cependant, selon les dires d'une informante, les détenus-psychiatisés nouvellement admis dans le système pénitentiaire constituent, quant à eux, une source d'espoir.

Et puis, il y a les gars qui n'ont pas le milieu carcéral aussi fermement estampillé sur leur peau. Ces derniers sont plus accessibles. La population des 18-19 ans est d'ordinaire plus réceptive, et on a l'impression de donner moins de coups d'épée dans l'eau... Pour les autres, la carapace [pénitentiaire] est beaucoup trop épaisse; on ne peut rejoindre le détenu (I#1, p. 26).

On remarque que le caractère incurable des détenus-psychiatisés est discuté en fonction des habiletés de ces derniers à se débarrasser de leur « nature délinquante ». Il n'a jamais été question, lors des entrevues réalisées avec le personnel infirmier et les agents de correction, d'incurabilité du trouble psychiatrique. En fait, cette dimension de santé mentale n'a tout simplement pas été abordée par les informants. Lorsque l'on souligne le caractère incurable des détenus-psychiatisés, on réfère au traitement des facteurs criminogènes, autres « objets » d'intervention du personnel infirmier.

En contradiction avec leur caractère incurable, une informante souligne que certains détenus sont intelligents et pourvus de talents comme la peinture, le dessin, des habiletés en chant et en théâtre, etc. Ainsi, le portrait du détenu-psychiatisé peut aussi se voir gratifié de caractéristiques plus positives. Cependant, le statut d'incarcéré et de délinquant, auquel réfèrent les documents officiels du Service correctionnel et les rapports disciplinaires, même ceux remplis par le personnel infirmier, a préséance sur l'identité de patient ou de client.

Tel que nous l'avons énoncé auparavant, on remarque encore une fois que le détenu-psychiatisé endosse différentes identités. Construit à la fois comme étant incurable et talentueux, il sera aussi discursivement construit, par les informants rencontrés, comme un malade mental véritable et en même temps comme un imposteur.

4.1.3.2.2 Le partage (nécessaire) « fou / non-fou »

Il existerait, selon les personnes interviewées, deux types de délinquants au Centre psychiatrique correctionnel : « les fous et les non-fous », en fait, le malade mental et l'imposteur. Le véritable malade mental bénéficie d'une attention et d'un traitement particulier. Le personnel infirmier, autant que les agents de correction, s'assurent que la clientèle plus vulnérable soit respectée par les autres détenus moins malades. La clientèle « malade » doit être protégée des abus possibles de la part des

« non fous ». Ces derniers souffrent, selon les informants, de troubles de la personnalité sans affections psychiatriques pures (à l'axe 1). Le diagnostic psychiatrique tendra à objectiver ces perceptions spontanées.

À l'ouverture du Centre psychiatrique, la clientèle était principalement composée de détenus souffrant de troubles de la personnalité. Selon les informants et les autorités en poste au Centre psychiatrique, ce type de clientèle aurait été progressivement remplacée par des détenus souffrant de troubles psychiatriques francs à l'axe 1. Un informant souligne d'ailleurs que, de plus en plus, la direction du Centre exerce une sélection attentive puisqu'on est maintenant soucieux de recruter prioritairement une clientèle atteinte d'affections psychiatriques à l'axe 1.

Avant il y avait beaucoup de narcissiques et certains autres troubles de la personnalité qui maintenant n'ont plus leur place ici. Des troubles de la personnalité, on en a de moins en moins. Ce qu'on a comme clientèle, ce sont des doubles diagnostics (I#3, p. 6).

Mais cette clientèle à double diagnostic souffre d'affections aux axes 1 et 2. Le trouble de la personnalité vient donc se superposer à l'affection psychiatrique du premier axe. Voilà pourquoi on dit de cette clientèle qu'elle est à double diagnostic. Le Centre continue donc de se voir confier une clientèle où le trouble de la personnalité fait partie de son mandat. Un informant souligne que :

Les troubles de la personnalité, on en a de moins en moins, ce qu'on a comme clientèle, ce sont des [cas à] « double diagnostic ». Exemple, un trouble de la personnalité jumelé, à une problématique sur l'axe 1, soit la schizophrénie, la bipolarité ; des troubles bipolaires, des troubles dépressifs, des schizos, ainsi de suite, problème de santé mentale doublé d'un trouble de la personnalité, soit de personnalité antisociale pour plusieurs autres. On n'a pas de narcissiques comme avant. Il y a certains troubles de la personnalité qu'on ne prend plus (I#8, p. 2).

Un autre informant évalue d'autre part à un très fort pourcentage le nombre de délinquants souffrant d'un trouble de la personnalité.

Les détenus ont tous à 90% un trouble de la personnalité. Des personnalités limites (borderline), histrioniques, narcissiques, antisociales; cette dernière personnalité étant la plus répandue dans la population incarcérée (I#3, p. 7).

Pour la plupart des répondants, il est essentiel de faire la distinction entre les détenus malades et ceux qui le sont moins. Ce partage binaire « fou / non fou » est essentiel pour le personnel, dans la mesure où les interventions du personnel sur chacun de ces groupes diffèrent. Les véritables malades mentaux (avec trouble psychiatrique à l'axe 1) constitueraient, selon les personnes rencontrées, moins du tiers de la population admise au Centre. Il est aussi intéressant de remarquer que les « véritables malades mentaux » (ceux qui souffrent d'un trouble mental franc - donc à l'axe 1 -) évitent, en partie, la rudesse de certains agents de correction et celle du personnel infirmier parce qu'on reconnaît spontanément leur condition. Le passage suivant, extrait d'une entrevue réalisée avec un agent de correction, expose cette réalité de manière éloquente.

Moi, je peux dire que dans 80 % du temps des officiers qui vont faire affaire avec un psychiatisé [les vrais malades] ou d'autres [ceux qui ne sont pas malades], leur façon [d'être] est différente. Tu sais, le gars arrive en bas, le psychiatisé, démuni, tu sais, tu (soupir)... Tu sais, tu ne peux pas, tu sais, on va taper là-dessus. En tous cas, dans mon cas à moi, je ne suis pas capable [de taper là-dessus]. Tu sais ce que je veux dire ; je ne suis pas un matamore, ici, là. Mais tu sais, il [le détenu-psychiatisé] arrive : « wa, wa, wa, wa, wa, wa il y a une affaire. » « Bon, on va te donner ça. Ce sera pas long. Monte en haut, on va aller te le porter. On va te donner ça, on va appeler l'infirmière. Mais l'autre [celui qui n'est pas malade selon les agents de correction] arrive en haut : « hey, tabarnak, wa, wa, wa, wa... ». [Je réponds] : « Toi, décâlce, mon estie de chien ! » (I#b, p. 21).

La condition clinique du détenu déterminerait donc, en partie, le type de traitement offert et la nature des interactions entre le personnel soignant (infirmières et infirmier) et de surveillance (agents de correction) et le malade. Ce passage d'entrevue réalisée avec un infirmier raffine la distinction fou / non fou en mentionnant l'aspect disciplinaire.

Dans cette unité, ce sont vraiment des malades. Ils ont tous des diagnostics de schizophrénie, de maniaco-dépression, ainsi de suite. Là cela change la perspective. Ce sont vraiment des gens malades. Ceux là sont moins « vite » pour faire des coups, tu as donc beaucoup moins de problèmes de discipline (I#2, p. 3).

Cependant, les « vrais » malades de certaines unités sont considérés comme de grands malades, condition clinique qui vient, selon les informants, exacerber leur potentiel de dangerosité.

Ce sont malheureusement de très grands malades ... mais ils sont par ailleurs très dangereux, étant donné leur maladie. Ils n'ont aucune inhibition. Ce sont des gars très dangereux, qui ne devraient jamais être dehors. Je sais pas ce qui arrivera avec certains de ces cas, mais je les considère comme des risques potentiels (I#2, p. 20).

Sur cette unité de soins, il y a à peu près 76% de schizophrènes dont les trois-quarts ont commis des délits d'une violence extrême... pouvant aller jusqu'à l'homicide (I#7, p. 4).

4.1.3.3 Résumé de la catégorie # 3**CATÉGORIE 3****Les représentations du détenu-psychiatrisé****Construction de l'identité du détenu-psychiatrisé**

- Discours des autorités institutionnelles sur le détenu-psychiatrisé

- Profil criminologique

- Admissions et réadmissions

- Profil clinique général

- Troubles cliniques - Axe 1

- Troubles cliniques - Axe 2

- Discours du personnel infirmier sur le détenu-psychiatrisé

- Détenu-psychiatrisé comme risque

- «Dangereux et astucieux»

- «Manipulateurs et menteurs»

- «Exigeants»

- «Incurables»

- Le partage (nécessaire) «fou / non-fou»

Les diverses représentations rapportées plus haut témoignent des multiples identités que l'on fait porter aux détenus-psychiatrisés. Ces représentations, sont présentes dans le discours institutionnel mais aussi dans le discours du personnel infirmier. Les représentations qui sont constituantes des discours en vigueur au Centre psychiatrique correctionnel sont tantôt similaires, tantôt contradictoires. Elles permettent

ainsi d'apprécier que l'identité du détenu-psychiatrisé est polymorphe à l'intérieur des pratiques discursives institutionnelles et professionnelles que nous avons présentées.

À la fin mars 2000, le détenu-psychiatrisé hébergé au Centre psychiatrique correctionnel a en moyenne 39 ans, en est à sa première sentence fédérale, se caractérise par une criminalité polymorphe et purge une peine d'emprisonnement de moins de cinq ans. Le potentiel de réussite pour la réinsertion sociale, fixée à 52% par les autorités du Service correctionnel, est considéré comme faible par le Service. Selon les documents officiels consultés, le taux annuel de réadmissions est à peu près équivalent au taux des nouvelles admissions. La population pénitentiaire du Centre présente, selon les autorités du SCC, un taux élevé de co-morbidité, soit 41%, entre le trouble psychiatrique, le trouble de la personnalité et l'abus de substance. Selon le même document officiel, les troubles psychotiques ou de l'humeur affectent 87% des détenus-psychiatrisés du Centre. Par ailleurs, 82% des détenus souffriraient d'un trouble de la personnalité inclus dans la catégorie des personnalités théâtrales, émotives et capricieuses tel que définies dans le DSM-IV. Ces troubles de la personnalité s'énoncent comme suit : antisocial, histrionique, limite et narcissique. L'axe 2, siège du diagnostic « trouble de la personnalité », est détaillé en trait principal et en trait secondaire dans le discours institutionnel, exemplifiant ainsi la problématique dite « complexe » des détenus-psychiatrisés. Ces deux « couches » diagnostiques au niveau de l'axe 2, sont superposées aux autres diagnostics des axes du DSM-IV.

Le discours institutionnel sur le détenu-psychiatrisé trouve écho dans celui du personnel infirmier, de même que dans le discours des agents de correction interviewés. Pour la majorité des informants rencontrés, qu'ils soient infirmières, infirmiers, agentes ou agents de correction, le malade mental qui réside au Centre psychiatrique correctionnel constitue d'abord et avant tout un délinquant. Cette représentation tendrait à s'énoncer plus « naturellement » en proportion de l'ancienneté du personnel.

Le délinquant serait un risque permanent pour la sécurité du personnel. Le personnel infirmier, les deux genres confondus, considère le détenu-psychiatrisé comme une personne dangereuse. Cette dangerosité serait, selon le personnel, attribuable à leur problématique psychiatrique mais aussi à leur nature délinquante. Toujours selon le personnel infirmier, cette nature délinquante confère aux détenus-psychiatrisés des statuts supplémentaires à savoir que les détenus-psychiatrisés sont astucieux, manipulateurs et menteurs. Ces attributs supplémentaires sont non seulement le produit (ou la conséquence) de la nature délinquante des détenus mais ils sont aussi des

éléments servant de critères diagnostiques supportant ainsi le trouble de la personnalité avec lequel ils ont été diagnostiqués.

Selon le personnel infirmier, la nature du délit commis vient renforcer l'intensité du risque perçu par le personnel. Par exemple, la nature sexuelle d'un délit provoquerait chez le personnel infirmier féminin des réactions de colère et de peur. Plusieurs infirmières ont d'ailleurs exprimé avoir une crainte particulière des détenus-psychiatrisés sentencés pour viol. Le type de délit commis servirait à déterminer le degré de dangerosité des détenus-psychiatrisés.

Au-delà de la dangerosité du détenu-psychiatrisé et des attributs qui lui sont connexes, les informants soulignent que le détenu est « exigeant » et incurable. Parce qu'il est exigeant, le détenu-psychiatrisé aurait besoin qu'on l'encadre afin de limiter ses demandes; autre élément qui, de toute évidence, est déterminant dans la nature de la relation entre les détenus-psychiatrisés et le personnel infirmier. Enfin, les détenus-psychiatrisés sont dits d'emblée « incurables », sauf pour ceux qui en sont à leur première sentence. Les données statistiques compilées par le Service correctionnel fait état d'un pourcentage important de réadmission, ce qui supporte l'impression du personnel infirmier. Cependant, il n'est pas clair, pour le chercheur, à la lumière des données recueillies, si ce qualificatif « d'incurable » est attribué aux détenus-psychiatrisés compte tenu d'un échec à l'égard de la réinsertion sociale ou compte tenu du traitement du trouble mental comme tel.

Notre corpus démontre par ailleurs que les détenus-psychiatrisés qui ne souffriraient pas d'un trouble psychiatrique « franc » ne bénéficieraient pas du même type de relation avec le personnel du Centre que les détenus-psychiatrisés qui souffrent de troubles psychiatriques francs. Succinctement, nous établirons que les détenus souffrant essentiellement d'un trouble de la personnalité auraient des relations plus difficiles avec le personnel du Centre, étant donné leur diagnostic.

En somme, le discours du personnel infirmier sur les détenus-psychiatrisés rejoint et supporte le discours institutionnel quant à la représentation faite des personnes hébergées au Centre. Selon ce que nous avons recueilli comme données, la représentation du détenu-psychiatrisé véhiculée dans le discours du Service correctionnel et le discours des informants tendraient à influencer la nature de la relation entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé. À preuve, le changement d'attitude des recrues lorsqu'elles commencent à intégrer le discours des plus anciens. Dans la

prochaine section de cette présentation des résultats nous tenterons de faire ressortir les éléments déterminants de cette relation soignant-soigné.

4.1.4 Les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs de la scène pénitentiaire

Présenter les relations sociales entre le personnel infirmier et les autres acteurs de la scène pénitentiaire, c'est mettre en lumière un réseau excessivement complexe de relations interpersonnelles où les rôles, définis institutionnellement, sont relativement statiques. Cette partie descriptive de l'avant dernière catégorie renvoie essentiellement aux relations interpersonnelles dans lesquelles le personnel infirmier est impliqué. Lors de la recherche nous nous sommes assurés d'obtenir des informations à l'égard de la nature des interactions impliquant le personnel infirmier avec les détenus-psychiatisés, avec les agents de correction, avec les autres professionnels de la santé et enfin avec les gestionnaires du Centre psychiatrique correctionnel. Chacune de ces interactions fera l'objet de notre attention. Par conséquent, nous décrivons fidèlement chacune d'entre elles et ce, à partir des propos des informants et des observations faites par le chercheur lorsque les observations directes furent possibles. Notre attention portera notamment sur les interactions entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés de même que sur les interactions entre le personnel infirmier et les agents de correction.

4.1.4.1 Interactions personnel infirmier / détenus-psychiatisés

Le Centre psychiatrique correctionnel est non seulement un milieu de soins psychiatriques, mais aussi un milieu de vie et, par conséquent, le personnel infirmier côtoie régulièrement les détenus-psychiatisés. Si on compare le C.P.C. au Centre de soins physiques (communément appelé l'hôpital) la clientèle de « l'hôpital » y séjourne temporairement pour un traitement spécifique puis quitte immédiatement pour regagner ses quartiers : la fréquence des interactions avec les clients apparaît nettement plus importante au C.P.C.. La fréquence des interactions contribue, selon plusieurs informants, à favoriser l'établissement d'un contact plus étroit avec la clientèle comme en témoigne cet extrait d'entrevue.

Le détenu va au centre de soins [hôpital – centre de soins physiques] que pour avoir son traitement. Il passe la barrière, reçoit son traitement et s'en retourne, c'est fini... Tandis qu'au Centre, tu en as cent qui circulent autour de toi sans arrêt. Tu leur parles sans arrêt, il se développe une certaine relation avec eux. C'est certain que tu développes une relation avec eux, tu les as 24 heures par jour (I#5, p.28).

Cependant le chercheur a pu remarquer, lors de ses visites hebdomadaires, que la disposition de certains postes infirmiers ne favorisait aucunement les rencontres spontanées et informelles entre les détenus-psychiatrisés et le personnel infirmier, ce qui raréfie les occasions de contacts entre les deux groupes ou les observations directes du personnel infirmier sur la personne des détenus-psychiatrisés. De plus, l'horaire d'activités (ludiques, rééducatives, scolaires, thérapeutiques, etc.) chargé pour la majorité des détenus-psychiatrisés ne favorise pas les rencontres entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés pendant la journée. Un nouvel extrait d'entrevue réalisée avec un infirmier vient contredire l'extrait d'entrevue précédent, tout en étant représentatif de la réalité appréhendée par le chercheur lors de la phase terrain de la recherche.

L'exercice ici est très très différent parce que, dans un hôpital, tu es chez vous. Tu circules comme tu veux... tu as ton patient sous les yeux en permanence. Tu vis dans la même pièce que lui. Ici, non, non, non, tu es dans une prison. Tu vois ton détenu quand il est débarré de sa cellule, parce que bien souvent, ils ont des périodes de repos. Tu ne vois pas le gars. Tu ne peux pas faire de soins, tu le vois pas. Le matin, il y a une période où ils sont embarrés, tu ne les vois pas; l'après-midi, il y a une période où ils sont embarrés, tu ne les vois pas. Le soir, il y a une période où ils sont embarrés, tu ne les vois pas. Les périodes où ils sont aux ateliers, tu ne les vois pas. Ça, aussi ça fait partie du plan correctionnel. Lui montrer quelque chose, qu'il puisse sortir avec une formation en mécanique, en soudure... tes gars, tu ne les as pas toujours sous les yeux. Tu ne sais pas ce qu'ils font (I#2, p. 11).

En fait, les contacts entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés sont plutôt rares, dans la mesure où diverses activités prévues à l'horaire du détenu, de même que la disposition de certains postes infirmiers limitent les contacts entre les deux groupes. Tous les informants s'entendent cependant pour affirmer que le contact avec la clientèle du Centre de soins psychiatriques est plus soutenu qu'au Centre de soins physiques. Pour certains informants, la proximité avec la clientèle est problématique. Ainsi, malgré les heures de repos, les activités sportives ou rééducatives et les activités reliées aux opérations pénitentiaires, certains informants ont souligné que les contacts avec les détenus-psychiatrisés sont [trop] nombreux. Cette promiscuité constituerait un élément de difficulté pour certains membres du personnel infirmier comme en fait foi ce court passage.

J'étais tannée, fatiguée d'avoir, comme je te dis, une centaine de détenus autour de moi toute la journée. Ils cognent à la porte et veulent toujours quelque chose. C'est un milieu que je trouve agressant (I#5, p. 29).

Trop de contacts avec la clientèle pour certains informants et pas assez pour d'autres, c'est ce qui ressort des données recueillies. Tous, par contre, s'entendent pour dire que les contacts avec les détenus-psychiatrisés diffèrent grandement des contacts avec les patients d'institutions hospitalières.

Selon nos informants, les impératifs sécuritaires de l'environnement carcéral influencent le type de contacts avec les détenus-psychiatrisés. L'omniprésence des agents de correction influence aussi le soin dispensé. Le court passage suivant traduit cette réalité vécue par l'ensemble du personnel infirmier.

Moi, en tout cas, je n'ai pas la même approche clinique que j'ai à l'hôpital qu'ici. Ça, c'est sûr. La proximité... Je te dirais tu as la structure qui fait que tu n'as pas la même... [approche]... Tout en ayant un service, un soin en santé mentale. Mais je pense que la sécurité prend beaucoup de place aussi... Moi en tout cas je n'ai pas la même attitude avec le détenu. Tu es comme de l'autre bord... de la barrière (I#11, p. 20 et p. 21-22).

L'aspect sécuritaire influencerait donc la nature du contact entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés. La sécurité serait à l'origine d'autres différences avec le milieu hospitalier. Le délai dans le traitement des demandes formulées par les détenus-psychiatrisés serait, selon les informants rencontrés, différent de celui rencontré en milieu non-sécuritaire. Plusieurs membres du personnel infirmier répétaient au chercheur que le volet sécuritaire constituait un obstacle à un service rapide auprès de la clientèle. Le délai entre la demande du détenu-psychiatrisé et le temps de réponse du personnel infirmier est directement proportionnel à la disponibilité du personnel assurant la sécurité du personnel infirmier. En effet, parce que le personnel infirmier doit, la plupart du temps, être accompagné par les agents de correction. Le personnel infirmier est donc dépendant de la disponibilité des agents de correction pour dispenser les soins, ce qui influence la relation entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé (ce dernier reprochant parfois au personnel infirmier les délais trop longs). Le passage suivant illustre la réalité vécue par l'ensemble du personnel infirmier.

Si j'ai une pilule à donner, bien ils [agents de correction] sont peut-être en train de prendre le café ou ils sont occupés à faire une autre affaire. Il faut que toi tu acceptes qu'il y ait un délai. Il faut toujours, pas toujours mais souvent, mettre des gants blancs, « moi j'aurais une pilule à aller donner, pouvez-vous m'escorter ? Pouvez-vous venir ? » Dépendre des autres, des fois, ça peut être frustrant. Parce qu'il y a des gardiens qui sont plus nonchalants. D'autres, sont extraordinaires, tu as la collaboration sur toute la ligne. Mais quand tu en pognes un, ne serait-ce qu'un, tu as huit heures à faire avec (rires), lui, il n'est pas pressé, puis nous autres, dans le domaine infirmier, on est pressés, on ne veut pas que notre gars se désorganise parce qu'on le fait attendre une demi-heure (I#12, p. 7).

Selon les informants, et pour toutes les raisons invoquées précédemment, le soin, qu'on peut dispenser en psychiatrie correctionnelle est bien « différent » du soin normalement dispensé dans un hôpital psychiatrique. En milieu psychiatrique correctionnel, les délais sont quasiment toujours inévitables étant donné la relation de « dépendance » du personnel infirmier à l'endroit des agents de correction. Ce type de relation est la conséquence directe de l'aspect sécuritaire du milieu de recherche visité. Le personnel infirmier serait donc dépendant de la disponibilité et du bon vouloir des agents de correction pour effectuer son travail. Un informant dira d'ailleurs au chercheur que :

C'est plus dans les délais, je ne sais pas si on peut comparer [avec le milieu hospitalier]... il y a aussi la structure [l'environnement carcéral]. Les gens sont en cellule. Tu passes une porte ou tu vas dans un bureau, tu as besoin de la sécurité [agents de correction] à côté de toi. Le soin n'est pas pareil [comparé au milieu hospitalier] » (I#11, 12-13).

Dès lors, le personnel infirmier est donc régulièrement accompagné par un ou plusieurs agents de correction lors de certaines rencontres avec les détenus, lors des tournées de « rangée », etc. Toutefois, certaines entrevues, entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés ont lieu en privé à l'intérieur des bureaux, auquel cas l'agent de correction demeure à l'extérieur pour assurer la sécurité du personnel. Si les rencontres se font dans la cellule du détenu-psychiatisé, un agent est toujours présent. La majorité des répondants s'entendent pour dire que la sécurité est nécessaire, mais certains reconnaissent les limites que cette obligation sécuritaire impose. Le passage suivant témoigne d'ailleurs de la difficulté d'entrer en relation avec la clientèle psychiatisée lorsqu'une tierce personne est présente.

Un rapport avec la clientèle qui se fait toujours avec une tierce personne, c'est pas évident de donner des soins, alors une relation d'aide avec un client quand t'as toujours une tierce personne avec toi. Je dirais que le contact est pas aussi authentique, c'est très difficile, tu fais ton travail, mais l'authenticité de la relation avec ton patient n'est pas la même (I#10, p. 2).

Selon les informants, l'établissement d'un climat de confiance serait à la base du développement et du maintien d'une relation thérapeutique entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés. Selon la majorité des personnes rencontrées l'établissement d'une relation thérapeutique est difficile, étant donné la méfiance du détenu à l'égard du personnel de l'établissement. Pourtant, la qualité de la relation thérapeutique constituerait pour la majorité des informants un outil indispensable au travail du personnel infirmier. Pas étonnant si plusieurs informants disent consacrer beaucoup d'énergie au développement de ce lien, comme en témoignent ces deux extraits d'entrevues.

En espérant d'avoir un lien thérapeutique. Je travaille beaucoup sur le lien thérapeutique, sans donner ce qu'ils ont pas le droit... (I#13, p. 4).

C'est cette proximité là que tu recherches. Si tu veux être thérapeutique, c'est cela que ça te prend (I#2, p. 20).

Malgré la méfiance « naturelle » des détenus-psychiatisés à l'égard du personnel infirmier, certains informants soulignent qu'après avoir travaillé fort pour établir un lien de confiance avec le détenu, il n'est pas rare que ce dernier se livre un peu plus et qu'il apprécie l'écoute offerte par le personnel infirmier. Lorsque le détenu se sent en confiance, il serait davantage disposé à parler de lui et de ce qu'il vit au personnel infirmier. Si certains aspects occultes de la vie au pénitencier sont cachés (contrebande, etc.) au personnel infirmier, d'autres aspects directement liés à la problématique de santé mentale en cause sont dévoilés au personnel.

Souvent ils sont méfiants, ils sont méfiants depuis leur enfance, et la majorité ont subi beaucoup de rejets, et manque d'amour, manque de soins et tout, alors... Mais ils développent vraiment un lien, parce que c'est rare qu'ils ont eu de l'écoute comme on leur en donne, nous, parce qu'on les écoute, on les rencontre puis on les écoute, puis on essaie de les aider. Puis, c'est rare qu'ils ont eu ça dans leur vie, vraiment des attentions (I#14, p. 12).

Le rapprochement avec le détenu-psychiatrisé semble être, pour la majorité des informants, une condition nécessaire à l'établissement d'une alliance ou d'un lien thérapeutique. Le personnel infirmier dit devoir y investir temps et énergie, cela en dépit du fait que l'environnement carcéral favorise peu cette proximité entre le personnel et les détenus-psychiatrisés. À cet égard, l'analyse des entrevues retranscrites, de même que les observations réalisées par le chercheur lors de la phase terrain de la recherche, ont permis de faire ressortir quatre types de relations entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés. Ces types de relations ont été libellés de manière à rapporter le plus précisément possible l'expérience des informants, les deux sexes confondus. Ces relations s'énoncent comme suit : la relation normée, la relation observée, la relation suspecte (dangereuse) et enfin, la relation superficielle.

4.1.4.1.1 La relation normée

La relation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés est dite « normée » dans la mesure où les expressions de cette relation sont déterminées de l'extérieur par des prescriptions explicites ou implicites émanant du milieu pénitentiaire ou de ses représentants. En fait, des principes (forces) externes viennent déterminer le cadre et la nature de la relation entre l'infirmière et le détenu-psychiatrisé. La relation normée apparaît caractérisée, entre autre, par la valorisation (externe) de la distance interpersonnelle entre les soignants et les soignés.

Lors des entrevues individuelles, cette notion de distance interpersonnelle a été maintes fois exprimée par le personnel infirmier et ce, spontanément. Personnel infirmier et détenus-psychiatrisés seraient campés de part et d'autre d'un fossé virtuel et idéologique comportant des effets bien réels.

Tu as d'un côté, le personnel et puis de l'autre, les détenus. Ça, c'est infranchissable, c'est marqué au fer rouge et tu ne peux pas transgresser ça. C'est la loi carcérale, c'est la loi du milieu (I#1, p. 11).

Le détenu, c'est un détenu,... tu ne t'attaches pas à lui... on se garde une certaine barrière. Parce que c'est un détenu... Il faut que tu saches garder cette distance-là, parce qu'on est dans un milieu à risque (I#5, p. 38).

Ça pleure, mais ici, on ne touche pas. Il y a une barrière qui s'est établie. Elle s'est établie *via* la sécurité. Parce que, avant tout, la personne a un problème de santé mentale, mais aussi parce qu'elle a commis des actes criminels. Donc, c'est dans une certaine limite, hein

? Moi je peux être empathique, mais je ne suis jamais sympathique. Jamais ! (I#13, p. 5).

Puisque l'attouchement en guise d'encouragement constitue une transgression importante en milieu correctionnel, le passage précédent assimile le toucher à une manifestation de sympathie et non d'empathie, celle-ci n'étant pas considérée comme thérapeutique selon plusieurs informants rencontrés. Ils préféreront ne pas toucher le client et se restreindre à ce qu'ils qualifient comme une relation empathique. Une infirmière souligne par contre que l'attouchement possède une dimension très importante et se désole que les conditions de son emploi ne l'autorisent pas à toucher son patient.

J'avoue que c'est pas vraiment ma place, si vous voulez savoir... Je pense qu'il y a des personnalités qui *fittent* bien là-dedans, dans le milieu carcéral, d'autres moins. Moi je pense que je *fitte* moins bien, parce que justement à cause de ça. J'aime ça toucher, bon, être correcte, tandis qu'ici je peux pas faire ça (I#18, p. 12).

Ainsi, les marques d'attention et les gestes de rapprochement, acceptés en milieux hospitaliers et qui se manifestent par des gestes quasi naturels chez le personnel infirmier tels les touchers réconfortants, la tape sur l'épaule, le sourire, etc. sont très mal perçus dans le milieu psychiatrique carcéral ce que confirme l'extrait suivant :

Par exemple, une petite tape sur l'épaule en guise d'encouragement, un petit signe de réussite - avec le pouce relevé - tout cela ne se fait pas ici. C'est considéré comme de l'intimité (I#1, p. 12).

Au même titre que le toucher amical, les contacts physiques sont strictement interdits à moins d'être absolument nécessaires, comme par exemple lors de l'évaluation de certains paramètres physiologiques (signes vitaux, etc.). Dans tous les cas de contacts physiques entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés, un agent de correction doit être présent.

Selon certains informants, les délits commis par les détenus-psychiatisés contribuent à expliquer la distance « nécessaire » entre la clientèle et le personnel infirmier. Le passage suivant supporte cette observation du chercheur.

Parce que tu as le voleur de sacoches, tu as la personne qui a commis de l'inceste, tu as un pédophile actif encore, puis qui te dis

encore qu'il va recommencer à l'extérieur, puis qui a plaisir à décrire tous les actes qu'il a faits. Je ne me verrais pas le prendre dans mes bras, une tape sur l'épaule. Ce serait trop me demander. Oui, je suis capable de marcher à côté de toi, oui je suis capable de te dire qu'il y a des choses que tu peux faire pour régler ton problème, ta maladie pour éviter de toi, te mettre dans cette situation là... je ne serais pas capable d'en faire plus ! (I#13, p. 6).

La relation « normée » est assujettie à cette distanciation interpersonnelle et constitue un type de relation « idéale » pour quelques membres du personnel infirmier, notamment les hommes, désireux de maintenir volontairement une distance avec les clients et ce, pour des raisons dites « thérapeutiques » (premier extrait) ou d'efficacité en regard de « l'exercice du contrôle » (deuxième extrait) comme en font foi ces passages extraits d'entrevues réalisées avec deux infirmiers.

Il faut faire attention pour ne pas passer trop de temps avec les détenus, pour ne pas augmenter trop le contact thérapeutique et que l'angoisse de séparation ne soit pas trop difficile pour le détenu, qui finira par sortir un jour (I#3, p. 6).

Il y a une certaine barrière. Veux ou veux pas, il y a une certaine barrière. Il faut que tu aies un contrôle, une autorité (I#13, p. 24).

La distanciation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés, décrite précédemment, serait rendue nécessaire tant pour des raisons de sécurité que pour des raisons d'efficacité dans le contrôle des détenus-psychiatisés. De plus, les « structures » carcérales contribueraient pour une bonne part, selon certains informants, à l'établissement d'une distance interpersonnelle entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatisé. À cet égard, un infirmier souligne :

C'est plus facile de garder nos distances. Ici... à cause des structures, c'est plus facile de le faire (I#9, p. 13).

Le fossé normatif peut aussi être sécurisant lorsque la peur empêche le personnel infirmier de s'approcher de la clientèle. Ce sentiment de peur a été verbalisé par certains informants qui soulignent que la clientèle étant potentiellement violente, il vaut mieux se tenir loin d'elle et éviter de prendre des risques inutiles.

Le personnel infirmier n'entrerait pas au pénitencier en connaissant les paramètres (modalités) de la relation « normée » qu'il devra entretenir avec les détenus-psychiatisés. Les rudiments de la relation normée sont appris sur le tas. Les passages suivants sont particulièrement révélateurs du travail d'auto-censure et de « conformation » que doit intérioriser le personnel infirmier.

L'approche au patient à l'hôpital, l'approche au détenu en milieu carcéral, c'est très très différent. Bon ben, par exemple... L'approche d'un détenu, tu peux pas dire « bonjour monsieur, ça va bien ? Est-ce que vos médicaments font effet ? » Bon tu dis jamais ça ici parce que c'est sûr qu'ils vont dire : « non, j'ai toujours mal, j'ai toujours mal... ». Il faut faire attention à ça. Au lieu de dire bonjour toujours *friendly*, faut pas que tu sois aussi *friendly* que ça. Tu parles, « Bon ça va ? ». Moins de « Ah, bonjour! », moins de... Comment je peux dire ?... moins de familiarités. La politesse est là, mais moins de familiarités... Les gens avec qui j'ai travaillé... C'est eux autres qui m'ont dit, « Bon, l'attitude avec un détenu c'est pas pareil comme à l'hôpital, tu n'es pas aux petits oignons et aux petits soins avec eux autres, il faut que ce soit moins familier et plus directif ». C'est comme ça. Pourquoi ? Parce que, à cause de l'abus qu'ils [détenus-psychiatisés] faisaient. Oui, et aussi pour ma sécurité. Ce serait dangereux de trop être familière, ça pourrait créer des idées dans leur esprit, pis oups... Ça serait dangereux pour ma sécurité (I#18, p. 2-3-4).

On vient de l'hôpital. On a la politesse ancrée dans nous autres. On est peut-être plus maternante, ce que les agents ont beaucoup de difficulté à supporter de nous autres, c'est ce côté maternant-là... Des fois, ils nous le disent assez cru. Ils vont comme se moquer de toi. « Monsieur, monsieur, tiens, il a violé la bonne femme là. Arrête-moi ça ! ». Bien, tu es comme coincée, tu ne sais plus quoi faire. C'est blessant. Parce qu'il y en a qui te le disent assez sec. [Par exemple], je n'étais pas capable d'appeler quelqu'un par son nom [de famille]. Je vais préférer l'appeler par son prénom, plutôt que de l'appeler par son nom de famille, je ne suis pas capable. J'ai beaucoup de difficultés... bien bien de la misère (I#12, p. 6-7).

De l'avis de plusieurs informants (infirmières et infirmiers) l'intensité du lien, ou tel qu'ils l'ont eux-mêmes désigné, l'intensité de « l'attachement au patient (détenu-psychiatisé) », est différent au pénitencier si on le compare à ce qui est « courant » en milieu hospitalier. Certains informants trouveront donc l'occasion d'humaniser subtilement les soins aux détenus-psychiatisés afin de se conformer aux attentes explicites et implicites de leurs collègues de travail (personnel infirmier et agents de correction). Ils tentent donc de se rapprocher incidemment de la clientèle afin de bâtir et

de préserver le lien thérapeutique. Ce rapprochement avec les détenus-psychiatisés s'effectue à travers des activités précises. Le personnel infirmier profiterait d'activités sportives, par exemple. Se rapprocher de la clientèle prendrait la forme d'une résistance subtile aux règles régissant les contacts entre le personnel de l'établissement et les détenus-psychiatisés. L'extrait d'entrevue suivant réalisée avec une infirmière représente bien ce que vivent plusieurs autres infirmières et infirmiers du Centre, tout en traduisant bien ce constat.

Mon attachement était plus profond à l'hôpital avec mes patients. Bien, il va être plus... comment je pourrais dire cela ?... il va aller plus loin [cet attachement]. C'est comme si il y a quelque chose qui est comme plus chaleureux. Bien ici, tu es limitée. Je me souviens d'une patiente [à l'hôpital], son père meurt. Je peux arriver à côté d'elle, mettre ma main sur sa main et puis tu sais... « Bon, madame, on va en parler... » Je la reconforte. Tandis qu'ici, le gars son père meurt, il pleure comme un bébé, tu sais. Tu n'as plus le contact chaleureux. Des fois, j'oserais dire que oui. Parce que je me suis surprise à taper dans le dos de quelqu'un. Tu sais, comme : « continues, ça va bien! » C'est ça. Je ne dis pas que ça m'est arrivé fréquemment, mais... Tu sais, c'est comme des fois, moi je suis une personne qui touche beaucoup. Ça fait que, pour moi, c'est un besoin qui n'est pas comblé. Ce que j'ai aimé beaucoup dans mes contacts, ici, c'était quand je faisais l'activité sportive avec les gars. Là, il y avait... comment je pourrais dire cela ? Là je trouvais que je pouvais me rapprocher plus. C'est comme si on avait du plaisir ensemble. Ici, il ne faut pas que tu deviennes comme trop familier. Dans le sport, on pouvait arriver, se faire des plaisanteries, se taquiner (I#12, 14-15).

Par ailleurs, on s'efforceraient d'assurer le maintien d'une distance significative entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés. Sur une base quotidienne, la majorité du personnel infirmier (femmes et hommes) dit avoir été exposé à des commentaires, servis en guise d'avertissement, leur rappelant les aspects délictueux de la clientèle qu'il soigne. Ces rappels auraient pour effet, selon les mêmes informants, de les éloigner de la clientèle à soigner. Une infirmière, elle aussi tentée de reproduire les mêmes comportements « hospitaliers » (toucher les patients, entretenir des conversations plus soutenues avec les patients, etc.) raconte d'ailleurs comment elle a vécu cette réalité.

Bon ça [le processus de conformation aux moeurs carcérales] a commencé graduellement. Au début j'aurais été portée à le faire [toucher un détenu-psychiatisé], oui, mais avec mes collègues de travail, bon, ils vous diront, « bon, un tel c'est un pédophile, il a fait ci, il

a tué une petite fille, il a fait ci, c'est un écoeurant, etc ». Tranquillement j'ai vu une différence. Je me suis mise à être plus distante, ça a fait comme... [ne termine pas sa phrase]. Parce qu'à lire le dossier c'était correct, je le savais, mais ça a comme... C'est ça... juste comme ça « Cet estie-là » pis ci pis ça. Ça m'a distanciée [de la clientèle]. Je reste la même pareil, là, ça change pas le fin fond de ma personnalité, mais... je suis plus distante. [Je suis] très différente. Bon, admettons que je donne un soin [à l'hôpital], bien je vais aller vérifier auprès de mon patient : « Es-tu correct ? », bon je sais pas : « Ta médication ? » Je vais beaucoup plus m'en occuper qu'ici. Parce que c'est différent. Parce que je peux pas m'en occuper comme je voudrais. Parce que ce serait probablement mal vu. Au début... les agents me le disaient des fois, « Pas besoin de mater ça [détenu-psychiatisé], là ». Mais là ça circule plus. Probablement à cause de la transition qui s'est faite... La distance que j'ai prise (I#6, p. 10-11).

Le personnel infirmier serait donc la cible ou l'objet d'un *processus de conformation aux moeurs carcérales* jusqu'à ce qu'il manifeste des comportements qui soient conformes aux attentes.

4.1.4.1.2 La relation observée

Il est important de souligner qu'au-delà du cadre imposé par l'environnement, la nature de la relation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés constitue un objet de surveillance continue par les collègues de travail (particulièrement les agents de correction), puisque cette relation pourra éventuellement être considérée comme un risque à la sécurité du personnel infirmier lui-même, un risque pour les collègues de travail et enfin, un risque pour le pénitencier.

Lors des entrevues, certains informants admettaient que la sécurité même du personnel commande le principe de la présence sécurisante d'un agent de correction lors des soins. Cependant cette « ingérence » sécuritaire engendre d'autres effets comme en témoigne ce passage.

Premièrement tu n'as pas de contact physique ici avec le détenu, sauf dans un cadre bien spécifique de soins [de base ou d'urgence] ou d'évaluation de la condition physique. S'il faut lui toucher... il faut le faire, tout comme l'évaluation, sous les yeux des agents. Il faut que la sécurité soit présente, ce qui est correct mais cela leur permet de s'ingérer, tu vois. Ils sont là donc ils contrôlent, ils savent... et ce qu'ils ne savent pas crois-moi qu'ils s'organisent pour obtenir l'information (I#1, p. 12).

Ainsi, selon certains informants, le personnel infirmier étant l'objet d'observations lors de la dispensation des soins, cela permettrait aux agents d'obtenir des informations supplémentaires sur l'exercice infirmier et d'évaluer et de discuter (dans la salle réservée aux agents) si, oui ou non, l'interaction entre tel membre du personnel infirmier et les détenus-psychiatisés est « appropriée ».

La nature de la relation est évaluée par les pairs, et notamment par les agents de correction responsables de la sécurité des lieux. L'intimité, la familiarité, voire la simple politesse (« monsieur ») avec les détenus sont proscrites ou du moins dénoncées par certains agents. Toutefois, la présence des agents est considérée, aux dires même du personnel infirmier, comme essentielle à la sécurité du personnel de tout le Centre. Cependant, pour plusieurs informants, cette présence continue de la sécurité et la pression induite par leurs commentaires, qualifiés par les informants eux-mêmes de « désobligeants », entravent l'établissement d'une relation spontanée et de confiance entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatisé. Les deux extraits suivants en témoignent.

Les agents, il faut qu'ils regardent, qu'ils voient et qu'ils contrôlent et cela, c'est aussi sécurisant car le détenu peut s'agiter. En présence d'un agent, le détenu n'agira pas de la même façon... En même temps, les agents se sont eux-mêmes investis d'une mission parallèle de tout surveiller, de tout entendre... tu pourrais devenir parano [iaque] dans le contexte et cela serait normal (I#1, p. 13).

Les agents surveillent particulièrement le lien ou les contacts entre le détenu et un membre du personnel féminin. Des remarques peuvent être faites en ce sens : « il en a des soins dans une journée, lui »... C'est désagréable dans un sens parce que ça te limite dans tes soins, mais d'un autre côté ça te porte aussi à faire très attention. C'est un détenu et il est de l'autre côté de la barrière (I#1, p. 14).

Dans le dernier passage émerge la frustration du personnel féminin, en raison de la présence des agents assurant leur sécurité personnelle lors des soins. Il semblerait que cela contraigne les infirmières, plus que leurs collègues infirmiers, à une pratique observée, évaluée, où les aspects relatifs à la spontanéité et à la confidentialité sont sérieusement menacés. Dans le passage qui suit une infirmière raconte dans quelle mesure ses rapports professionnels avec le détenu sont observés par les agents de correction.

Nous autres on est comme un tampon entre les deux [agents et détenus-psychiatisés] parce qu'on est plus là pour faire de la relation d'aide, tandis que les gardiens, eux autres [ne termine pas sa phrase]... Par exemple, si on fait une entrevue dans le bureau et puis, je sais pas, moi, le détenu va dire quelque chose de drôle et puis on rit, bien là les gardiens vont dire « Ouais, le fun était pogné... », il faut faire attention, on est comme entre les deux (#18, p. 6).

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises, suivant la majorité des témoignages, exception faite de deux infirmiers, la surveillance des agents constitue à la fois une nécessité sécuritaire et une limite prescriptive et normative à une relation infirmière-client « authentique et spontanée » ce qui, manifestement, place le personnel infirmier dans une position inconfortable. À mesure que l'ancienneté s'accroît, le personnel infirmier s'accoutume progressivement à cette réalité jusqu'à l'intérioriser. La sécurité constitue indéniablement un des éléments déterminants de la nature des rapports entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés. Or cette relation thérapeutique s'avérera potentiellement suspecte et objet de réprobation à mesure qu'un rapprochement entre soignants et soignés est observé par les agents de correction.

4.1.4.1.3 La relation suspecte

Lorsque la fréquence des rencontres entre le personnel infirmier (principalement féminin) et les détenus-psychiatisés s'accroît au-delà d'une moyenne arbitraire et ce, indépendamment de sa condition clinique psychiatrique, la relation devient suspecte tant pour les agents de correction que pour certains membres du personnel infirmier.

Quand tu crées une relation d'aide avec un détenu, cela relève du privilège... Les agents diront : « Ah ! tiens c'est drôle, elle le voit souvent. Hé ! Il a été rencontré lui cette semaine. Je te dis qu'il se pendra pas cette fin de semaine. Tu l'as vu trois, quatre ou cinq fois cette semaine ? » On tient un décompte serré de ce que tu fais et avec qui tu le fais... Ces commentaires peuvent aussi venir du personnel infirmier (#1, p. 20).

Par ailleurs, le personnel infirmier doit éviter les familiarités avec les détenus. Le rapprochement avec la clientèle serait dangereux pour sa propre sécurité.

C'est le risque qu'ils deviennent trop familiers avec toi et qu'ils te demandent des choses qui ne seraient pas légales : « Amène-moi une lettre en avant... Me rendrais-tu un service ? » Ça commence comme cela et puis finalement parce que tu as fait une affaire, bien là

tu en as deux ou trois qui t'en demandent, puis tu t'exposes à des risques sécuritaires... Tu feras des choses qui sont contre les règlements (I#12, p. 9).

Le personnel en viendrait aussi à craindre aussi que leurs actions, aussi distantes et professionnelles puissent-elles être, ne soient faussement interprétées par le détenu. Une infirmière raconte un incident alors qu'elle exerçait dans un autre établissement.

J'ai retiré des points de suture à la tête d'un détenu, un jour. Comme une coiffeuse, j'étais très près de lui. J'étais vraiment à proximité du détenu. Ce même détenu a dit à un membre du personnel que je m'étais frotté contre lui. Que lui n'était pas dangereux, finalement, puisque je manipulais des ciseaux de dix pouces de longueur. À ce moment, j'ai compris et cela m'a servi de leçon. Je ne me suis pas frottée sur lui c'est certain; j'étais à proximité de lui, ça, c'est vrai (I#12, p. 10-11).

Le personnel infirmier, tout particulièrement les infirmières, se devrait de faire attention au type de contact qu'il a avec la clientèle incarcérée. Selon nos informants, certains gestes posés par le personnel risqueraient d'être faussement interprétés par les détenus-psychiatisés et aussi par certains collègues de travail. On comprend ici pourquoi la relation dite « suspecte » prend une connotation sexuée et viserait davantage les infirmières que les infirmiers. On prendrait pour acquis que le développement d'une relation amoureuse risquerait davantage de se développer entre une infirmière et un détenu-psychiatisé plutôt qu'entre un infirmier et un détenu-psychiatisé. C'est probablement ce qui explique que la surveillance dont est l'objet le personnel infirmier est davantage orientée vers les infirmières.

4.1.4.1.4 La relation superficielle

Soigneusement, mais subtilement purgée de spontanéité, la relation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés ne pourrait faire abstraction de l'environnement dans laquelle elle prend place. Le fait d'être dans un milieu où le personnel infirmier est sans cesse interpellé à respecter les normes du milieu, sans compter les limites de tout ordre imposées par l'environnement carcéral, rend difficile l'établissement et le maintien d'une relation « thérapeutique » entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés. Cette relation est aussi influencée par les acteurs présents.

En effet, si l'agent de correction en service démontre peu de considération pour le détenu, ce dernier ne livrera aucune information pertinente à l'infirmière lors d'une entrevue par exemple. L'information est filtrée mais surtout sous-entendue. Le détenu-psychiatrisé se méfie et l'information qu'il livre reste superficielle. Même en l'absence d'une confrontation ouverte entre le détenu et l'agent de correction, l'uniforme de ce dernier constituerait, selon nos informants, un signal suffisamment puissant pour occulter toute velléité de confiance. Sachant qu'un membre de la sécurité est la plupart du temps présent lors de l'entrevue (sauf dans les cas où l'agent de correction demeure à l'extérieur du bureau où s'effectue l'entretien entre l'infirmière et le détenu-psychiatrisé) et sa seule présence influence la nature (et le contenu des informations) de la relation entre l'infirmière et le détenu-psychiatrisé. Un infirmier souligne d'ailleurs que :

Les agents, ils sont super importants. Mais un agent c'est aussi un uniforme bleu. Ce qui fait que si l'agent est à tes côtés lorsque tu parles avec le détenu, tu n'auras pas de jus. Le détenu ne te parle pas et demeure superficiel dans ses propos. Il ne te fait pas confiance. Mais l'agent doit être là. Alors on fait comment ? (I#2, p. 6).

Il faut, semble-t-il, prendre en considération que la relation entre les agents de correction et les détenus ne serait pas « naturellement » harmonieuse, comme le déclareront plusieurs informants. Cette relation serait d'ailleurs encore plus tendue dans les autres sections du pénitencier. Au C.P.C. on s'efforce, par le biais de règlements internes et de la formation aux agents, de « décarcéraliser » le milieu et d'assainir les relations entre les agents de correction et les détenus-psychiatrisés. Des événements dramatiques comme les prises d'otages et une émeute importante à l'établissement pénitentiaire pèsent encore sur les rapports entre le personnel et les détenus-psychiatrisés du Centre. Les agents sont davantage sensibles à ces souvenirs dramatiques puisque certains de leurs collègues y perdirent la vie.

Ces agents-là ne pardonnent pas. Ils ne pardonnent pas à l'ensemble des détenus. Ils ne comprennent pas que nous voulions les soigner. Ils [les détenus] ne méritent pas de soins et, cela, ils te le rappellent souvent : « Moi... j'ai vu Untel mourir à mes côtés et lui il [un détenu-psychiatrisé] était dans la gang des détenus qui ont parti le party ». Tu comprends tout de suite la haine et la hargne. À ce point, ce n'est plus du contre-transfert (I#1, p. 29).

Le rapport agent de correction / détenu-psychiatrisé est, selon l'ensemble de nos informants, « naturellement » difficile puisque, d'un côté, tout le poids de l'autorité carcérale, dans ce qu'elle a de plus coercitif, semble y être concentré. Mais le statut du personnel infirmier comme agent de la paix influence aussi les rapports avec les détenus qu'il soigne, ce qui rend l'établissement d'un climat de confiance – condition essentielle de l'alliance – difficile, voire même, selon plusieurs informants, impossible. Le statut d'agent de la paix des infirmières et des infirmiers est connu des détenus-psychiatrisés. Leur statut d'employé du Service correctionnel constituerait un obstacle réel à l'énoncé des informations que le détenu-psychiatrisé partagera éventuellement avec le personnel infirmier. D'ailleurs, les informants rappellent que certains détenus-psychiatrisés considèrent le personnel infirmier comme des *screws*, c'est à dire des agents de correction. Dès lors, le silence s'impose dans cette relation entre soignants et soignés. Aux dires de plusieurs infirmiers et infirmières, il semblerait que le soignant devra tout mettre en oeuvre pour établir, malgré tout, une alliance avec l'incarcéré, s'il veut intervenir efficacement sur les problématiques multi-axiales du détenu-psychiatrisé (psychiatrique, personnalité et facteurs criminogènes). Quatre de nos informant soulignent la difficulté que rencontre le personnel infirmier dans l'établissement de la relation avec le détenu-psychiatrisé. Leurs propos rejoignent l'ensemble du personnel rencontré.

De toute évidence, je représente moi aussi la sécurité. Pas autant qu'un gardien en uniforme, mais tout de même je représente la sécurité. Donc, le détenu ne me confiera pas tout ce qu'il vit... Nous sommes en prison. Alors je suis limité. Je ne sais pas le fond du problème de mon gars. Je ne sais pas le fond du problème. C'est une espèce de silence qui va avec la relation... Nous sommes limités dans l'exercice de nos fonctions, ce n'est pas transparent (I#2, p. 21-22).

Un autre informant ajoute :

J'ai l'impression que les détenus, justement, dans une [situation de soin semblable], tu as tout le temps un peu de méfiance... Eux ils, ont à *dealer*, bon, ils sont du côté des détenus, toi [l'infirmier] tu es sur l'autre côté. Ça, j'ai l'impression que ça peut jouer un peu contre nous, dans le sens qu'ils ne nous donneront pas toute l'information, ils [les détenus-psychiatrisés] sont méfiants. Tu sais, c'est difficile de créer une alliance dans un contexte carcéral comme ça... Pour revenir à ce que je disais tantôt, l'alliance est difficile à avoir et facile à perdre aussi. Ça ne tient pas sur grand chose... (I#11p. 13 et p. 15).

Puis un autre :

À chaque fois que je rencontre un nouveau client... je dis : « Écoute, moi je suis infirmier. Ma spécialité, c'est la santé mentale, mais si j'observe des choses [délictueuses] ou si j'observe [des méfaits] au niveau carcéral, de la prison ou du comportement antisocial, je me dois de le signaler à la sécurité ». Je travaille de très près avec la sécurité (I#4, p. 10-11).

Et enfin,

À cause de notre double mandat d'officier et d'infirmière, il nous est difficile d'établir et de maintenir un lien thérapeutique (I#9, p. 5).

Selon les informants, les détenus-psychiatisés se méfieraient du personnel infirmier et celui-ci devra travailler ardemment afin d'établir une relation de confiance avec sa clientèle. Il est difficile, par ailleurs, d'espérer une complète ouverture de la part du détenu, dans la mesure où la confidentialité intégrale de la part du personnel infirmier est impossible statutairement (prescription du SCC), compte tenu du milieu dans lequel il exerce. Deux extraits d'entrevues traduisent bien l'impossibilité de garder confidentielles toutes les informations relatives à un détenu-psychiatisé.

Je taquinais un détenu condamné pour plusieurs délits. Je lui demande donc combien de délits il a réellement commis. Il m'a répondu : « Écoute, je ne peux pas te le dire. Si je te dis que j'en ai fait 30, qu'est-ce que tu feras avec l'information ? Tu es obligé de le dire et je le sais ». Comme un agent de la paix, là encore mon double rôle est clair... c'est vrai je devrais le rapporter. Il avait tout à fait raison (I#2, p. 19).

J'avise toujours le client que j'ai une responsabilité au niveau de l'institution, au niveau de la sécurité. Ma responsabilité va jusqu'au dévoilement [d'informations confidentielles]. Mon devoir c'est de signaler si j'observe un comportement qui pourrait mettre la vie des autres en danger... Souvent on est à cheval entre deux chapeaux. Souvent je dis, là je suis infirmier, oui mais je le rapporte. Je peux perdre le lien thérapeutique de mon client. Le lien de confiance. Quand je le rencontrerai, il peut être moins ouvert. En milieu carcéral, la sécurité prime sur le lien de confiance (I#4, p. 10).

Néanmoins, la confidentialité absolue, diront nos informants, n'est pas assurée même en l'absence des agents de correction. Le statut d'agent de la paix des infirmières et des infirmiers ne garantit pas la confidentialité des informations confiées par les détenus-psychiatisés, lesquels sont bien au fait de cette réalité. Selon une infirmière, le secret professionnel et la confidentialité sont intrinsèquement menacés en milieu correctionnel. Une autre informante souligne quant à elle que le double statut d'agent de la paix et d'infirmière empêche le personnel infirmier de garantir aux détenus-psychiatisés toute forme de confidentialité.

Puis ça [confidentialité] c'est une affaire dont j'aurais aimé parler. C'est que ça [le double rôle] nous compromet dans le secret professionnel (I#12, p. 27).

La fonction « *d'advocacy* » (représentation du client) est un autre aspect de l'exercice infirmier qui semble sérieusement limité en milieu correctionnel. Un membre du personnel infirmier qui déciderait de prendre la défense de son client et d'être son porte-parole au sein de l'équipe multidisciplinaire ou même, au plan institutionnel, se place dans une position conflictuelle dans la mesure où il s'allie au détenu-psychiatisé, contre l'organisation carcérale. Un informant souligne d'ailleurs que la fonction « *d'advocacy* », qui est une exigence professionnelle reconnue par tous les informants, ne peut être assumée par les infirmières et les infirmiers.

Par exemple, un employé ou une employée qui va écrire une lettre... pour confirmer que, oui, il [le détenu-psychiatisé] a fait du chemin, et qu'il mérite de poursuivre son cheminement au Centre; un ou une employée qui écrit ça, qui signe ça, qui donne ça au détenu et que le détenu amène ce document à son grief ou au premier palier, qui se ramasse au bureau du sous-commissaire, le bureau du sous-commissaire voit qu'un employé a signé une lettre entérinant ça. Comprends-tu le... [ne termine pas sa phrase] Et l'opinion de l'employé est extrêmement légitime, mais il y a des réunions d'équipe et on doit se rallier, il y a un consensus et on doit se rallier à ça. Tu peux pas te permettre au sein d'une équipe de faire bande à part et en plus de donner de l'argumentation au détenu là-dedans. Oui, on peut argumenter auprès de l'organisation pis dire, écoutez, ce gars-là moi je pense qu'il a fait ci, il a fait ça. Mais de fournir des écrits à un détenu pour défendre son point de vue, c'est comme si on n'était plus dans l'organisation, qu'on était en dehors. Il y a d'autres organismes pour ça, il y a le droit des détenus, il y a l'avocat du détenu, il y a la famille du détenu pour jouer ce rôle-là, mais les employés ne peuvent être des deux côtés (I#10, p. 29-30).

Ainsi, l'employé qui prendrait partie pour le détenu-psychiatrisé se marginaliserait à l'égard de l'institution, démarche tout à fait inadmissible pour la majorité des informants rencontrés. En milieu correctionnel, certaines dimensions importantes de la relation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés sont colorées par les règles pénitentiaires. Cet exemple invoquant « *l'advocacy* » démontre bien dans quelle mesure la distance interpersonnelle entre le détenu-psychiatrisé et le personnel infirmier est structurelle, c'est à dire tacitement ou explicitement imposée par l'institution. La personne (infirmier-ère) qui représente le détenu-psychiatrisé se place « en dehors de l'organisation », et n'en fait plus partie. En effet, prendre la part du client c'est se placer en conflit avec l'organisation et à cet égard, le propos énoncé plus haut par une informante, signifierait que le membre du personnel en question constituerait un risque politique (menace) pour l'institution dans la mesure où il ne respecte pas les conventions carcérales.

Notre description analytique, appuyée sur d'abondantes citations, a établi que la relation personnel infirmier / détenus-psychiatrisés est soumise à des prescriptions et des proscriptions qui déterminent et contraignent, voire censurent, l'exercice infirmier psychiatrique, tel qu'ordinairement consenti hors des murs du pénitencier. Effectivement les propos recueillis mettent en relief l'assujettissement des interactions entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés à un ensemble de normes et à une surveillance tatillonne. Dans une certaine mesure, cette surveillance est légitimée par le fait qu'il faille à tout prix assurer la sécurité du personnel infirmier, éviter le développement de relations dangereuses (ou illicites), en plus de s'assurer du respect des modes de fonctionnement pénitentiaires tout en dispensant les soins infirmiers psychiatriques.

4.1.4.2 Interactions personnel infirmier / agents de correction

Selon la majorité des informants rencontrés, incluant les agents de correction, le « pouvoir » est un élément central dans les relations entre le personnel infirmier et les agents de correction. La nature des relations entre les infirmières et les infirmiers avec les agents de correction (en majorité des hommes) est aussi teintée de particularités et de sous-entendus et ce, chez les deux groupes (infirmières et infirmiers). Cette recherche a permis de mettre en évidence des différences significatives entre les relations infirmiers / agents de correction et les relations infirmières / agents de correction. Le sexe des soignants constitue donc une dimension importante et souvent

déterminante que nous devons prendre en compte dans cette section tout comme cela a été le cas dans certaines sections précédentes.

Tout d'abord, nous soulignerons que les relations entre le personnel infirmier et les agents de correction n'ont pas toujours été harmonieuses et ne le sont toujours pas, même si de l'avis de l'ensemble des informants (personnel infirmier et agents de correction), les relations sont beaucoup moins tendues qu'auparavant. Chacune des parties tente, tant bien que mal, de déterminer son territoire et d'imposer son discours et les pratiques qui l'accompagnent. Nos sources nous permettent d'avancer que la personne du détenu-psychiatrisé serait un objet de lutte, « un terrain de bataille », où s'affronteraient deux paradigmes divergents, soit celui des soins infirmiers et celui de la sécurité. Ainsi, le détenu-psychiatrisé peut être l'objet de dispute entre le personnel de correction et le personnel infirmier (tant les infirmières que les infirmiers). À titre d'exemple, une infirmière constate :

Tu as aussi le détenu misogyne, que les femmes, ça le fait suer. Et bien parce qu'il a de la difficulté à interagir avec les femmes, il formule ses demandes aux agents plutôt qu'aux infirmières. L'agent se présente et te dit : « Comment se fait-il qu'il vienne me voir pour du Tylenol plutôt que te voir toi ? » Alors il se gonfle l'ego. Tu vois, il y a toujours une espèce de lutte de pouvoir (I#1, p. 14).

Il y aurait donc certaines luttes de pouvoir entre les deux groupes socioprofessionnels aux fins de déterminer quel groupe (personnel infirmier ou agents de correction) répond le mieux aux besoins des détenus-psychiatrisés et avec quel groupe l'alliance est assurée.

D'autres informants ajouteront que le « lien » ou la « relation » entre les agents de correction et le personnel infirmier est « très fragile, très friable », puisque depuis quelque temps, plusieurs agents ont l'impression d'avoir perdu du pouvoir au profit du personnel infirmier. Cette perception des agents de correction vient envenimer la qualité des relations entre les deux groupes qui, rappelons-le, travaillent en étroite collaboration sur une base quotidienne.

Tu sais, ici, les agents sont habitués d'avoir le pouvoir absolu sur les détenus. Ce qui est difficile au Centre, c'est que ce sont les soins infirmiers qui ont le pouvoir absolu sur les détenus (I#4, p. 5).

Cet extrait confirme également que ces deux groupes se disputent le « terrain de l'intervention » au Centre de santé mentale dans la mesure où on lutte pour assurer la supériorité d'un groupe sur l'autre. Cette priorité se traduit dans l'esprit des informants par la lutte constante entre le soin et la sécurité. Il nous apparaît important de souligner que le sentiment de plusieurs agents d'avoir « perdu du pouvoir » au profit d'un autre groupe socioprofessionnel (le personnel infirmier) vient colorer le type de relations interpersonnelles entre ces deux groupes. Cette situation serait beaucoup moins épineuse qu'auparavant selon le personnel infirmier rencontré, mais le personnel infirmier continuerait, régulièrement, à y être confronté. Selon nos sources, les tensions seraient parfois très vives.

Selon certains agents de correction, rencontrés pendant la recherche, certains infirmiers et certaines infirmières tenteraient d'imposer leur vision des choses, vision qui entrerait en conflit avec celle des agents de correction, premiers occupants de l'espace carcéral. Le passage suivant, extrait d'une entrevue réalisée avec un agent, explicite bien l'intensité des divergences entre les deux groupes socioprofessionnels.

Là, c'est plus ça ! Là c'est [les détenus-psychiatisés] des personnes – parce que c'est même plus des détenus... qui ont un problème, puisque c'est plus important de suivre qu'est-ce qu'eux autres [personnel infirmier] pensent pour le problème. Autrement dit, pour eux autres, c'est plus facile de médicamenter, de structurer, que de nous dire à nous autres : « surveillez-les pour ne pas qu'il arrive ci, pour pas qu'il arrive ça », là, non. C'est pas ça. On ne sait à peu près rien de ce qui se passe. Puis en plus de ça, ils s'amuse à faire chambarder toutes les idées qu'on a des prisons, comme... Ils [SCC] mêlent beaucoup de pédophiles avec des tueurs, des *strickers*, des *Hell's*, ils mêlent tout ça. Tu sais, on peut avoir dans la même unité, plein, plein, plein d'affaires... Anciennement, c'était la mort, ça. Mais là, oup ! Ils les font fonctionner, puis en jouant avec des menaces. « Toi [détenu-psychiatisé], tu acceptes ça, ou bien donc si ça va mal, on va te transférer ! » Puis le gars veut pas transférer, il est bien là. Le Centre c'est une place où le détenu sait [l'informant insiste] qu'il est bien ! Là on ne parle pas des extrêmement malades, y en a à peu près une quinzaine. Il y en a à peu près une vingtaine, le quart, mettons, que c'est des vrais malades, pis encore ! Vrais malades dans le sens qu'ils sont vraiment médicamentés. Ils sont vraiment suivis de près. Mais les autres qui sont là pourraient facilement travailler, rester dans d'autres pénitenciers, sans aucun problème. Mais, avec le personnel médical, bon ben là eux autres trouvent des raisons pour les garder. Nous autres on n'a pas un *christ* de mot à dire. C'est : « Il est là ? Gère-le ! » « Oui, mais si on [les agents de correction] a des problèmes ? » Si on [les agents de correction] a des problèmes, c'est eux autres [les gestionnaires du Centre] l'autre bord

qui vont décider ce qui va arriver... Mais eux autres [le personnel médical] ont dans leur tête que [ce n'est] plus une prison (I#C, p. 5-6).

Toutefois, selon certains agents de correction, plusieurs infirmières et infirmiers ont compris qu'ils travaillaient dans une prison et, par le fait même ont modifié leurs attitudes à l'égard des détenus-psychiatisés dans le sens de la prévention (double mandat). Le fait d'avoir modifié leurs attitudes rendrait les interactions avec les agents de correction moins conflictuelles. Selon les agents, ce personnel infirmier a compris et s'est adapté à l'environnement carcéral. Mais la représentation que se font certains agents du travail infirmier en prison semble diverger de celle de plusieurs infirmières et de certains infirmiers questionnés en regard de leur représentation de leur exercice professionnel au Centre. Au sujet de l'exercice professionnel du personnel infirmier, un agent soucieux de faire comprendre au chercheur qui a une pratique infirmière adéquate et qui ne l'a pas, souligne ceci.

Parce qu'on a des très bonnes infirmières, qui savent qu'elles travaillent dans une prison avec des bandits. Puis que les bandits l'écoutent parce qu'ils la respectent, justement parce qu'elle suit vraiment ce que, mettons, le psychiatre ou le psychologue entendent faire avec le détenu. Elle se contente de lui dire : « le matin il faut que tu fasses ton lit. Il faut que tu fasse ça, puis il faut que tu ailles te laver, puis il faut que tu fasses çà. » Puis si il le fait pas : « hey, tu n'as pas fait ça ? Là tu vas le faire !... ». Elle ne les frappera pas, elle. Elle le lui fait faire comme il faut. Mais quand tu pognes les autres là,...« ah !, laisses-y donc une chance !... » Eux autres, les Mère Thérèse, c'est bien simple; tu fais juste leur poser la question quand tu vas en entrevue, tu dis : « D'après toi là, un client détenu ou un client dehors, qu'est-ce que c'est la différence pour toi ? » « C'est la même affaire. » O.K. Celle qui va te dire que c'est la même affaire, laisse-la donc dehors. Celle qui va dire : « C'est un détenu, fait qu'on va s'arranger pour qu'il soit structuré au point de vue sécurité, puis après ça je ferai mon travail en tant que professionnel infirmier, ça, tu pourras l'envoyer en dedans. Tu comprends-tu ? Mais il y a une différence entre les deux. Il ne faut pas prendre n'importe quoi [n'importe quel personnel]. J'ai l'impression qu'à un moment donné ils [les autorités] prenaient à peu près n'importe qui. Mais là, depuis un certain temps, ça a pas mal plus d'allure, parce qu'on dirait qu'ils leur donnent des contrats avant pour les voir aller. Fait que là ça va un petit peu mieux. Puis là, on a moins de troubles parce que les infirmiers nous appuient, nous autres là-dedans. Tu sais, dans le sens que la sécurité, c'est pas eux autres, ça. C'est nous autres. Mais dans une psychiatrie, dans un département psychiatrique, les CX [agents de correction] devraient avoir le même pouvoir que l'infirmier sur le détenu (I#C, p. 15-16).

Encore une fois, dans cet extrait, la notion de pouvoir est bien présente. Alors que certains agents affirmeraient avoir moins de « pouvoir sur » les détenus-psychiatisés ceux-ci croiraient que le personnel infirmier en aurait beaucoup plus.

Si plusieurs membres du personnel infirmier reprochent aux agents d'être « trop stricts » ou « trop rigides », certains agents rencontrés reprochent, quant à eux, au personnel infirmier d'entretenir des liens « trop étroits » avec les détenus-psychiatisés. De l'avis de certains agents ce lien thérapeutique fait en sorte que certains membres du personnel infirmier se positionneraient contre certaines actions posées par les agents de correction à l'endroit des détenus-psychiatisés. Un agent dira d'ailleurs avec colère :

Puis, plusieurs cas que j'ai vus que, au lieu de prendre pour nous autres, ils [le personnel infirmier] prennent pour le détenu, parce que eux autres ont un lien différent avec le détenu. Un lien thérapeutique ou je ne sais pas trop quoi... Parce que moi, j'ai déjà vu des bagarres, puis moi je sais que quand tu essaies de tenir un gars de même [mime une contention au chercheur], c'est de la merde. Il faut le mettre à terre. Mais là eux [le personnel infirmier] : « ...[mot inaudible] la force, ça n'a pas de bon sens ! » puis là, ils [le personnel infirmier] sont à l'envers avec ça, *estie*. Mais moi je sais comment il faut que je le maîtrise le bandit. Qu'il [le personnel infirmier] ne vienne pas me juger là-dessus. « Tu [l'infirmier ou l'infirmière] le [détenu-psychiatisé] ramasseras après !... » Puis on en entend parler par en arrière, comme quoi les *boss* ont tout su... que je l'ai trop frappé, *estie* ! Qu'est-ce qu'ils [le personnel infirmier] connaissent là-dedans... ? Je suis certain qu'ils n'ont jamais été frappés une fois dans leur vie, *estie*. Tu sais, moi je me suis fait *slider* les dents huit fois dans la gueule. Je sais c'est quoi. Ben je lui [détenu-psychiatisé] laisserai pas la chance. Hey, le trois quart du temps il [détenu] est maîtrisé d'un coup sec. C'est vrai que ça l'a sonné, mais... ça a marché. Fait que là, on ne devrait pas nous juger là dessus, tu sais... (#C, p. 40-41).

Certains infirmiers et certaines infirmières se disent conscients des difficultés que peut vivre le personnel de correction et comprennent les réactions d'hostilité qu'ils peuvent avoir à l'endroit des détenus-psychiatisés. Certains informants manifestèrent de l'empathie à l'égard de leurs collègues agents, comme en fait foi ce passage.

C'est un travail [celui des agents de correction] qui est ingrat, je l'avoue, c'est pas un travail facile. Ils portent l'uniforme, donc ces gars-là se font crier des noms tout le temps, ils se font traiter de cochons, de chiens, de toutes sortes d'affaires. Au départ, ils représentent l'autorité, ça fait que le détenu est tout de suite rébarbatif

à l'autorité, comme ils le sont envers les policiers. Les policiers représentent l'autorité ; nous on n'est pas vu comme l'autorité, on est vu comme un aidant. Donc la dynamique est différente... Il doit assurer la sécurité du personnel, la sécurité des autres détenus et sa propre sécurité. Donc il a une tâche qui est quand même lourde. Puis, y en a qui ont vécu de mauvaises expériences avec des détenus, donc c'est resté. On ne peut pas les blâmer à 100%. Parce que, eux aussi, il y en a là-dedans qui sont de la vieille école, alors. Parce que c'est quoi qui fait la réputation d'un gardien de prison ? C'est les bras. Ça ne fait pas très humain. Puis il en reste encore, des gens de la vieille école. Il est difficile pour eux autres de s'adapter aux nouvelles techniques, aux sciences sociales, d'essayer d'aider le détenu. Dans leur optique, eux autres, c'était la correction. La correction n'incluait pas nécessairement la réhabilitation. C'était très rigide. C'était vraiment correctionnel. Mais les rapports avec l'agent de correction... il faut que tu comprennes son travail aussi (I#8, p. 13-14-15).

Malgré les tensions palpables qui existent entre les deux groupes socioprofessionnels, certaines infirmières et certains infirmiers militent pour une meilleure intégration des agents de correction dans les équipes multidisciplinaires. Certains d'entre eux, dont le nombre s'accroît, manifesteraient des habiletés relationnelles et thérapeutiques qu'il convient de reconnaître. Les trois extraits d'entrevues suivants réalisées avec des infirmières témoignent de cette volonté d'intégrer véritablement les agents de correction dans les équipes de soins.

Il y a des agents avec des profils de thérapeutes. Ces gars-là sont précieux et on les exploite mal. Ils ne font pas assez partie des équipes multi... on ne leur fait pas suffisamment sentir qu'ils sont tout aussi importants que les autres membres de l'équipe. Je suis convaincu qu'ils vivent des malaises à cet égard et que cela alimente leur frustration (I#1, p. 17).

C'est sûr que moi si je rêve dans le futur et que je regarde les agents au C.P.C., je les vois habillés en civil. Je les vois changer de nom. Plus des agents de correction, mais des agents d'intervention (I#7, p. 12).

Peu à peu, il a fallu qu'on les aide à changer de mentalité. C'était que oui il y a de la sécurité mais là c'est devenu une unité de traitement. Il faut donc modifier l'approche. La sécurité, il fallait les amener à devenir intervenants, ce qui n'a pas été évident, parce que là tu avais des gars qui arrivaient avec une mentalité de maximum, parce qu'ici

c'était un maximum avant. Certains se sont adaptés mais d'autres pas (I#5, p. 18).

Plusieurs informants, tant des infirmières que des infirmiers expriment manifestement le sentiment que la transition d'une approche « carcérale » vers une approche dite « thérapeutique » repose, en très grande partie, sur leurs épaules. Tel que soulevé dans l'extrait d'entrevue précédent, le personnel infirmier se sentait et se sent toujours investi du mandat de changer les pratiques correctionnelles dites « rigides », en pratiques correctionnelles dites « thérapeutiques ». Le personnel infirmier tente donc d'assurer ce virement ou ce changement de paradigme, tel que désiré par le Service correctionnel.

Les passages précédents démontrent bien aussi la volonté de certains informants de promouvoir la reconnaissance, voire même, la professionnalisation des agents de correction, ce qui s'inscrit en droite ligne avec la volonté du Service correctionnel (volonté manifeste dans divers documents officiels). Une infirmière ajoutera à cet égard :

Ils veulent changer la culture organisationnelle, on demande de plus en plus à l'agent de correction d'avoir un rôle proactif auprès du détenu, un rôle de réinsertion sociale, et non pas un rôle de contrôle strict et de punition (I#10, p. 21).

Les rôles des uns et des autres, à savoir les rôles du personnel infirmier et des agents de correction, risqueraient d'être indifférenciés bien que l'on tente, sur le terrain, comme le soulignent certains agents, de départager sécurité et soin. Si certains membres du personnel (infirmier et correction) désirent distinguer les fonctions qu'assument ces deux groupes socioprofessionnels, certaines pratiques quotidiennes concourraient plutôt à indifférencier les deux groupes. Cette observation du chercheur a été confirmée par le témoignage d'un infirmier selon lequel on ne sait plus trop qui du personnel infirmier ou du personnel de correction fait quoi.

Il y a autre chose qui n'a pas de sens, tu sais... L'agent a un *case load*, le *case load* de l'agent croise le mien par exemple, et il fait des rapports d'évolution sur mes patients, dans le SGD. Mais le gardien fait aussi une évaluation de l'état de mes patients au niveau de leur plan correctionnel. Mais c'est moi qui les voit chaque semaine, pas lui ! Certains gardiens avec qui tu as une bonne relation viendront te voir et te poser des questions sur le détenu... mais ils ne sont pas obligés

une « maudite miette » de me le demander. Il fait donc un rapport à partir des informations que lui il a (I#2, p. 28-29).

Selon certains informants, cette pratique aurait pour effet de renvoyer l'image qu'il n'existe aucune différence entre l'intervention de l'agent et celle du personnel infirmier et que les tâches ordinairement dévolues au deuxième sont assumées, en partie, par les premiers. Dans un milieu comme le C.P.C., les rôles respectifs du personnel infirmier et des agents de correction seraient peu clairs. Une informante nous dira « qu'ici, il n'y a que ça des zones grises » (I#1). Ainsi, les rôles des intervenants exerçant au Centre risquent d'être confondus, voire même, indéterminés.

Il semblerait que la cohabitation personnel infirmier / agents de correction ait eu des effets au niveau des deux groupes socioprofessionnels. Semblable à un effet « d'osmose », le discours et les pratiques des agents de correction ont influencé le discours et les pratiques du personnel infirmier, tout comme le discours et les pratiques de ces derniers ont influencé les agents de correction. Il y aurait donc toujours un risque de voir le personnel infirmier adopter et assumer des comportements qui s'apparentent à ceux de la majorité des agents de correction et qui sont le reflet d'un fonctionnement correctionnel strict. Les extraits suivants démontrent bien à quel point certains informants (personnel infirmier) sont bien au fait de la possibilité d'une modification de leur pratique professionnelle comme infirmière ou infirmier à mesure que s'accroît le contact avec l'environnement carcéral.

Il y a des éléments que je trouve importants au niveau de l'intégrité... et ici il y a tout un conflit. On se frotte à des agents, des agents de correction, à une culture organisationnelle mâle, chauviniste, qui persiste malgré bien des années, et il faut avoir une grande force de caractère pour y faire face, il faut être sévère dans sa profession, il faut être en accord avec nos valeurs, et il faut savoir affirmer notre point de vue là-dedans... Faut s'adapter, mais je pense qu'il faut être capable si on voit un comportement inapproprié, vis-à-vis un client, de dire « non, ça fonctionne pas comme ça », et d'être capable de faire face à la musique aussi, parce qu'on fait pas face toujours juste à un agent de correction, on fait face à la masse, parce que c'est un groupe qui se tient très fort. Tu dois pas, pour te faire accepter dans un groupe, accepter des choses qui viennent te déranger dans ta façon de fonctionner... j'ai vu du personnel infirmier devenir plus rigide dans leur approche. J'ai vu des rapports... tu lirais ça, tu croirais pas ça, que c'est une infirmière qui a écrit ça... L'infirmier ou l'infirmière, l'infirmier aussi, là. L'infirmier qui aussi pour bien *fitter* se tient plus avec les agents de correction qu'avec le personnel infirmier, on dirait qu'il fait plus partie d'un groupe que de l'autre. C'est pour être accepté, pour

passer, pour faire passer ses gestes plus facilement, il y a toutes sortes de stratégies pour se faire accepter par un groupe. C'est toutes des choses qu'on peut voir. C'est une organisation qui est très rigide aussi. Alors, quand tu travailles ici, il faut que tu sois convaincu de ce que tu vaux, puis il faut que tu risques d'être ça (I#10, p. 22 à 27 et p. 28).

Il y en a des infirmières, ici qui sont comme des gardes [agents de correction]. Souvent, elles étaient bien bêtes, ou elles criaient après les détenus... elles voulaient tellement pas se faire embarquer qu'elles étaient *roughs* avec les détenus (I#7, p. 21 et 22).

Le personnel infirmier est donc continuellement invité à auto-critiquer ses attitudes sécuritaires et ses contacts avec les agents, afin de faire respecter ses fonctions de soignant auprès des agents de correction. À cet égard, le comité de gestion est très clair et supporte mal que le personnel infirmier manifeste des comportements non-conformes à ce qui est généralement attendu d'une infirmière ou d'un infirmier à l'extérieur d'un pénitencier. Plusieurs informants appréhenderaient devenir « très » sécuritaires au détriment du soin et soulignent devoir constamment jauger leur position sur l'axe « contrôle-soin ». Cet extrait d'entrevue témoigne bien de cette réalité :

Et bien, c'est ça qui est le jeu. Tu es un peu de leur côté [agents], mais en même temps tu n'es ni d'un bord ni de l'autre. Il faut pas que tu sois d'un bord ou de l'autre, sinon tu es soit anti-thérapeutique soit non-sécuritaire. C'est notre défi ici, il y en a qui y arrivent mieux que d'autres (I#2, p. 15).

Malgré les tensions qui existent entre certains membres du personnel infirmier (particulièrement les femmes) et certains officiers de correction, certains infirmiers croient qu'il est important de respecter les membres de la sécurité parce que ces derniers sont les premiers occupants des lieux. Cette attitude de déférence permettrait d'éviter les conflits et le stress associés aux confrontations. Un infirmier souligne à ce sujet :

J'aimerais dire que je m'entends très bien avec la sécurité, d'autant plus que, depuis l'ouverture du C.P.C., je n'ai jamais eu aucun problème avec un membre de la sécurité, un membre de la gent correctionnelle. Au contraire, ils me supportent toujours. Quand je leur demande d'aller faire une ronde, quand je demande un conseil ou un renseignement, j'ai toujours une réponse positive. Ce qui arrive, c'est

que je me suis toujours aligné avec la sécurité. La prison, le pénitencier, ça appartient finalement aux gardiens de prison. Ce sont eux qui mènent la prison, pas le personnel infirmier... Si à un moment donné la sécurité décide que le service médical sera secondaire, ça devient secondaire. Il faut aussi marcher de ce côté-là... C'est une des façons de sauver sa peau dans ce milieu-là, de se faire une belle carapace, mais pas nécessairement de faire son temps dur. Il ne faut pas oublier que lorsqu'on est embauché par le service correctionnel, on l'est pour longtemps... Autrement dit on vient aussi faire notre temps et il ne faut pas le faire difficile (I#3, p. 8).

Encore une fois, malgré des tensions manifestes entre le personnel infirmier et les agents de correction, le personnel infirmier, dans son exercice professionnel, utilise aussi les agents, comme des outils de travail essentiels dans la prestation de ses interventions et ce, selon ses besoins et aussi selon le profil des détenus-psychiatisés dont il a la charge. Pour les trois informants que nous citons ici, le choix de l'agent est stratégique.

Si tu as une mauvaise nouvelle à annoncer à un détenu et que tu ne veux pas le rencontrer sans risquer de te faire blesser, tu vas choisir, tu vas aller chercher des agents. Je vais les choisir en fonction de leur personnalité et de la situation. Par exemple, si je suis exaspérée avec un détenu et que je voulais le faire « visser » dans sa chaise [pour qu'il obtempère], j'allais chercher Monsieur X. Lui, il organisait le cas du détenu. Là, le détenu était [vissé] dans sa chaise. Ça veut dire que le détenu ne déroge plus des règles, qu'il va s'en tenir à ce que l'infirmière lui a dit. Style d'encadrement que les agents savent offrir. Parce que c'est bien beau, le nouveau cadre de soin [au C.P.C.] mais les détenus, eux, fonctionnent dans un cadre carcéral... L'agent bien costaud n'a pas le même impact que la petite infirmière. Dans le cas où j'ai une entrevue à faire avec un détenu qui se livre peu, eh bien je choisis un agent Y qui se mêlera pas de la discussion et qui me laissera faire mon entrevue tranquille. Travailler ici, c'est comme jouer aux cartes. Tu as un *joker* en mains et il faut que tu saches t'en servir (I#1, p. 15-16).

Les agents nous reprochaient de faire de la thérapie de papa et maman. Ils disaient qu'on [le personnel infirmier] les [les détenus] écoutaient trop, qu'on étaient mous, on était la bonne personne... Quand ça n'allait pas bien, bien là on disait aux agents « réagissez »... là les agents jouaient aux papas qui réprimandaient (I#4, p. 14-15).

Souvent, il faut aller les chercher par en dessous, les agents. Souvent, si c'est un narcissique, tu sais, qui peut avoir un certain

contrôle à un certain niveau. Souvent, on va l'utiliser. Tu sais, si c'est un agent qui est habitué de jouer à la police, je dis : « on va en profiter que tu es là, aujourd'hui, ça te tentes-tu, on va faire des fouilles. On va aller vérifier, voir si les gars n'ont pas troqué des affaires (I#7, p. 15).

Donc, si à certains moments la présence des agents entrave les soins qui sont dispensés par le personnel infirmier, certains intervenants apprécient par ailleurs l'importance de la présence de ceux-ci au quotidien et les avantages qu'ils procurent au personnel infirmier.

C'est tout de même un avantage que de travailler avec des agents... Si tu crois qu'un détenu pourrait être agressif, tu fais appel aux agents. Tu peux donc l'encadrer sur le plan sécuritaire, chose qui est souvent impossible en milieu psychiatrique régulier. Ici, il faut leur donner ça : la sécurité est présente... omniprésente. On a cet avantage-là (I#1, p. 34).

De plus, la sécurité personnelle des infirmières et des infirmiers serait un enjeu important pour les informants rencontrés. Le sentiment de sécurité personnelle verbalisé par le personnel infirmier serait directement relié à la qualité des relations qu'entretiennent chaque infirmière et infirmier avec les officiers de correction. À cet égard, le personnel infirmier se sentirait vulnérable comme en témoigne ce passage énoncé par la plupart de nos informants : « il faut soigner nos rapports avec eux pour assurer notre sécurité ». Certains informants précisent à cet effet que des relations interpersonnelles saines avec les agents de correction contribuent à préserver un sentiment de sécurité personnelle dans cet environnement qu'on qualifie « d'hostile ». Cette citation d'un infirmier traduit bien le sentiment que partagent une majorité de ses collègues de sexe masculin et féminin.

Je ne veux surtout pas être en conflit avec eux [agents de correction]. Sinon tu te mets à avoir de la pression, puis n'oublie pas que c'est lui qui est en charge de ta sécurité. Qu'arrivera-t-il si tu te chicanes avec un détenu ? Il regardera ailleurs. Moi, je ne prends pas de chance. Faire une plainte contre un gardien, c'est faire une plainte contre vingt cinq agents. Tu comprends ? (I#2, p. 9).

Une infirmière ajoutera :

J'ai déjà déposé une plainte contre un agent, je l'ai rapporté... J'ai payé la note (l#1, p. 10).

Sans avoir obtenu des preuves concrètes d'incidents de la sorte, la peur d'être abandonné par les agents de correction advenant une situation explosive (prise d'otage, assaut, etc.) est rapportée par certains informants. Le personnel infirmier se croit être dans l'obligation de « soigner » ses relations avec les agents pour assurer sa sécurité personnelle. Souvenons-nous que le sentiment d'être en sécurité dans le milieu constitue un élément déterminant dans la capacité, pour le personnel infirmier, d'offrir son service professionnel. Le personnel infirmier aurait donc tout intérêt à être stratégique lorsqu'il entre en contact avec des agents de corrections. Selon nos sources, cet impératif toucherait davantage le personnel infirmier féminin qui, pendant longtemps, s'est objecté ouvertement aux décisions prises par certains agents de correction.

Cependant, selon certains informants, le fait que des infirmières soient maintenant en relation de couple avec des agents de correction, influence les rapports entre les deux groupes socioprofessionnels. Par contre, pour certaines infirmières, cette situation est d'autant plus difficile qu'elle les empêche de se distinguer complètement des agents de correction. Malgré ces rapprochements d'ordre personnel (privé), les relations demeureraient plus tendues entre infirmières et agents de correction qu'entre infirmiers et agents de correction.

En effet, selon la presque totalité des infirmières rencontrées, les infirmiers auraient beaucoup moins de difficulté à être « acceptés » par les agents de correction. La phrase suivante a été maintes fois utilisée par la majorité des informants (incluant les infirmiers) : « je crois que c'est plus facile pour les infirmiers que pour les infirmières ». Il semblerait que les attitudes des infirmières qualifiées de « rigides » par certains infirmiers et agents de correction dérangent plusieurs d'entre eux qui soulignent que certaines infirmières ne se sont pas « adaptées » à l'ordre carcéral. Les relations seraient donc plus tendues. On l'a vu dans certaines sections précédentes, la plupart des infirmières sont perçues comme trop « maternantes », « irréalistes », « rigides », etc. Par ailleurs, certains informants ont confié au chercheur que la majorité des agents de correction préféreraient travailler avec des infirmiers plutôt qu'avec des infirmières, parce que les infirmiers seraient davantage en mesure d'assurer leur propre sécurité, ce

qui ne serait pas le cas pour les infirmières. Les agents de correction se sentiraient donc entièrement responsables de la sécurité des infirmières. Le passage suivant expose bien la préférence des agents de correction à l'égard de leurs collègues de travail infirmiers.

Le gardien aime mieux travailler avec un homme que travailler avec une femme... Je m'avance, parce que j'ai pas de certitudes, je pourrais dire qu'un gardien aime probablement mieux travailler avec un infirmier, parce qu'il y a moins de risques d'agression physique, dans le sens du viol... il trouve souvent qu'on prend des risques... un homme peut assumer plus facilement sa sécurité qu'une femme... (I#12, p. 18)

Le problème relationnel du personnel infirmier avec les agents de correction semblerait moins criant chez les infirmiers, que chez leurs consœurs infirmières, puisque ceux-ci évitent d'emblée les confrontations avec le personnel de sécurité et se croiraient d'ailleurs plus stratégiques lors de conflits. Il convient de spécifier à nouveau que les femmes tendent à résister davantage aux modes de fonctionnement carcéraux (modes de fonctionnement actualisés par les agents) et à imposer leur vision du soin, ce qui n'est pas étranger aux problèmes relationnels qu'ont vécu certaines des informantes rencontrées. Ce faisant, elles s'exposeraient, plus que les infirmiers, à des conflits ouverts avec les agents de correction rébarbatifs au discours des infirmières.

Parce qu'au début, t'arrives, t'es tout naïf, là, tu sais. Toi on t'as enseigné [en sciences infirmières] qu'il ne faut pas que tu fasses de différence entre quelqu'un qui est moribond, quelqu'un qui est noir, quelqu'un qui pratique la religion de Bouddha, tout le monde est supposé être sur le même pied, c'est-à-dire un humain qui est supposé recevoir des soins pour le problème qu'il a. Mais ici, attention. Un détenu c'est un chien. Puis un chien, ça a pas de soins. Fait que en rentrant, si tu décides que tu épouses encore une maudite fois ta maudite profession de nursing jusqu'au bout, ça en fait des claques dans la face pour être capable de se rendre au bout... Puis je pense que c'est plus facile pour les gars infirmiers que pour les infirmières (I#1, p. 27).

Par apprentissage vicariant, les nouvelles recrues auraient déjà compris cette réalité du milieu et tentent de limiter, autant que possible, les confrontations avec les agents de correction.

La présence des agents de correction constitue, pour plusieurs informants, un mal nécessaire alors que pour d'autres, tous ont leur place et doivent être partie prenante de l'équipe multidisciplinaire. Cette réalité correctionnelle [omniprésence des agents de correction] est loin de plaire à tous les informants, même si tous disent que leur présence ne peut être remise en question.

Si, de manière générale, les relations entre les agents et le personnel infirmier risquent d'être tendues, il semble que ce soit davantage le cas pour les infirmières. Les rapports entre les infirmières et les agents sont parfois même violents et cette violence s'exprime de plusieurs manières. Si des conflits se dessinent entre une infirmière et un agent de correction, celle-ci aura fort à faire pour dispenser les soins dont les détenus-psychiatisés sous sa charge ont besoin. En fait, plusieurs informants (infirmiers et infirmières) ont clairement exprimé au chercheur que les soins aux patients étaient directement affectés par les conflits entre une infirmière et un agent de correction. Le passage suivant d'un infirmier décrit cette situation. Ce passage témoigne aussi dans quelle mesure les infirmières en conflit avec un agent de correction pourraient éprouver des difficultés à faire un travail qui nécessite presque toujours la collaboration d'un agent.

Mettons, une infirmière qui va aller le voir et que, elle, elle ne passe pas [certains agents en ont contre elle], elle va aller le voir pour faire les tournées, elle va attendre toute la journée. Parce qu'il va s'organiser [l'agent de correction] pour aller la faire sans elle, ou il va aller chercher une autre infirmière ou collègue, ou il va aller la faire tout seul, ou il va la faire poireauter toute la journée. Elle va lui demander : de lui appeler un détenu : « pourquoi tu me l'as pas appelé ? » « Je n'ai pas eu le temps ! » Tout cela est dans la façon de les approcher aussi. Parce qu'il y a des infirmières qui ont fait bien des années dans des centres de soins, ... l'infirmière était reine et maître là-dedans, puis les agents qui venaient, c'était juste des agents de sécurité. Puis il y en a qui sont encore dans cette mentalité-là, des infirmières aussi. Souvent, elles vont picocher, donner des ordres. Ça dépend de l'approche (I#7, p. 20).

Encore une fois, on remarque l'importance de soigner sa relation avec les agents et de manifester une approche qui corresponde aux attentes des agents de correction. Une infirmière renchérit :

C'est ça, dans le milieu. Ce que j'oserais dire, c'est qu'il faut s'allier à la sécurité, c'est un *must*, une obligation. Il faut que tu t'allies à eux autres. Il faut que tu aies, comment je pourrais dire cela : si j'ai une pilule à donner, bien ils sont peut-être en train de prendre le café ou

ils sont occupés à faire une autre affaire. Il faut que toi tu acceptes qu'il y a un délai. Il faut toujours – pas toujours mais – souvent mettre des gants blancs, « moi j'aurais une pilule à aller donner, pouvez-vous m'escorter ? Pouvez-vous venir ? » Si tu es trop directive, « bon, il faut que je donne un médicament, venez ! » Un moment donné, il faut être très polie, « j'aurais besoin de...» (I#12, p. 7).

S'allier aux agents de correction prend les allures d'une obéissance inconditionnelle pour certaines infirmières qui, dans le cas contraire s'exposeraient à une incapacité de faire leur travail. Selon des informants, certains agents de correction seraient capables de saboter le travail « thérapeutique » qu'a fait une infirmière ou un infirmier avec un détenu-psychiatrisé, ce dont nous informe l'une d'elle :

C'est des gars qui vont saboter, par leurs comportements, par leurs attitudes, par leurs commentaires, quelque chose que toi t'essaies de faire au niveau, par exemple, thérapeutique avec un gars... L'alliance que tu essaies de créer... tout ce qui est, qui relève par exemple des soins, qui est pas strictement carcéral, tu comprends. Tout ce qui se trouve à être hôpital, thérapie, c'est méprisé, c'est méprisé parce que ça leur a fait perdre le contrôle... ces bons saboteurs-là vont aller miner le moral des autres [agents de correction], vont aller influencer beaucoup. « Eh, t'es [agent de correction] un facile, tu fais ce qu'elle te demande» (I#1, p. 4-5).

Par ailleurs, à la lumière des données recueillies, le personnel infirmier se trouve souvent dans une position inconfortable où il a soit à défendre le patient, soit à le représenter. Dans ces situations le personnel infirmier se sent souvent pris à partie par les agents de correction et la violence verbale est parfois utilisée par certains agents de correction afin de faire valoir leur point de vue. Cette réalité a été exprimée principalement par les infirmières. Les deux extraits d'entrevue suivants réalisées avec une d'entre elles traduit bien le sentiment partagé par plusieurs autres infirmières.

Puisqu'il y a de la pression par rapport à la gestion du cas. Tu sais ? C'est arrivé souvent. Il y a des fois on se sent impuissant. On se sent impuissant. T'es comme le tampon entre le patient que tu veux représenter, que tu veux soigner et puis la sécurité, souvent... Bien, de par ma conception, on est une équipe. On peut avoir des divergences d'opinions, mais il y a des façons de le dire. Puis, quand la personne élève la voix pour me le dire, ou qu'il est très mécontent... Je me défends mal, verbalement (I#12, p. 32-33).

Parce que moi... Il y a une chose qu'on a pas dite, mais moi, la plus grande agressivité que j'ai vécue ou qui m'atteignait le plus, c'est pas celle des détenus, mais de mes compagnons de travail... Je pense que je vais être plus tolérante à l'agressivité des détenus... Mais quand c'est intervenant-intervenant, et que tu as une situation où il y a une divergence d'opinion et puis que... Je prends par exemple la sécurité qui va te le dire brusquement, ça je trouve ça... avec un ton de voix élevée, « c'est pas parce que tu es infirmière que tu vas décider de comment on va gérer ça icitte ! » (I#12, p. 31 et p. 32).

Non seulement le personnel infirmier doit-il faire face à des situations conflictuelles avec les agents mais aussi doit-il « encaisser » les frustrations du détenu-psychiatrisé qui se voit, par exemple, refuser l'accès au groupe de détenus-psychiatrisés de son unité (le personnel infirmier étant souvent mandaté pour aviser le patient de la décision prise à son égard). Ainsi, le personnel infirmier s'expose aussi à la violence verbale du détenu-psychiatrisé.

En somme, les relations entre le personnel infirmier et les agents de correction ne sont pas toujours civiles et harmonieuses et ceci est particulièrement vrai pour les infirmières qui, par leur façon d'être, c'est à dire en insistant pour exercer leur profession en suivant des normes rigoureuses, s'attirent les foudres de certains agents dits de « la vieille école ». Bien entendu, les informants ont souligné au chercheur que la qualité des relations entre le personnel infirmier et les agents de correction s'était grandement améliorée depuis l'ouverture du Centre. Reste que le chemin parcouru depuis lors ne semble pas avoir été de tout repos pour le personnel infirmier (et particulièrement pour les infirmières). De toute évidence, à la lumière des entrevues effectuées, il semblerait que la confrontation des discours représentatifs du soin et de la sécurité persiste toujours.

4.1.4.3 Interactions personnel infirmier / autres professionnels

Dans cette section, il sera question des rapports entre le personnel infirmier et les autres professionnels exerçant au Centre, exception faite des agents de correction. La nature des relations entre le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé n'a pas toujours été harmonieuse si l'on se rapporte à tous les informants rencontrés. Ces relations resteraient difficiles à certains égards.

Par exemple, les relations interpersonnelles entre le personnel infirmier et certains groupes socioprofessionnels comme les psychologues furent et demeurent, encore aujourd'hui, tendues. Nos informants déplorent la fragilité du lien entre les psychologues et le personnel infirmier. À la lumière des propos recueillis, le personnel

infirmier continuerait de se voir dans l'obligation de défendre sa place au Centre. Selon plusieurs informants, incluant les gestionnaires en soins infirmiers, la place du personnel infirmier n'est pas consolidée au C.P.C. et doit donc être disputée sur une base quasi quotidienne.

En effet, depuis l'ouverture du Centre, les infirmières ont l'impression de devoir défendre un territoire ou un champ d'exercice nécessaire, mais peu valorisé ou contesté par d'autres professionnels travaillant dans le même milieu. Un des informants verbalise d'ailleurs avoir l'impression que les soins infirmiers sont accessoires au travail de d'autres groupes socioprofessionnels. Plus encore, certaines tâches et responsabilités ordinairement dévolues aux infirmières, sont assumées en partie ou en totalité par d'autres groupes socioprofessionnels. Selon nos informants, le souci de travailler en équipe multidisciplinaire aurait donc eu l'effet de créer de la confusion en regard du domaine d'exercice professionnel exclusif au personnel infirmier.

En fait, ce qui initialement se voulait être le reflet d'un travail multidisciplinaire aurait, dans les faits, pris l'allure d'une indifférenciation des rôles. Les interventions professionnelles se chevaucheraient au point où, aux dires des informants, « on ne sait plus qui fait quoi ». Les passages suivants traduisent bien cette préoccupation « territoriale » du personnel infirmier, préoccupation qu'on trouve aussi exprimée par les agents de correction.

Ce qui est difficile ici, c'est que tu as le milieu carcéral avec les criminologues qui ont leur mission à remplir, qui est très importante aussi, les psychologues aussi ont leur travail, et les infirmières. Il s'agit de... On essaie de définir bien nos places. On trouve qu'il y a beaucoup de chevauchement, souvent. Tu sais, psychologue, infirmière, criminologue, et des fois c'est difficile, on a des réunions pour se rencontrer... pour bien délimiter. Pour la criminologue, c'est plus facile en tout cas... Et je pense que dans la direction, [entre les gestionnaires] il y a ce problème-là [chevauchement des territoires professionnels], psychologue et infirmière (I#14, p. 21).

Ici au niveau carcéral, la différence c'est aussi, tu as des psychologues qui sont dans le milieu, les agents de liaison. Ce n'est pas nécessairement un travail d'équipe. On peut se parler. Mais... chacun tire la couverture de son bord! (I#6, p. 3).

Les chasses-gardées de chaque groupe professionnel ont aussi entraîné l'apparition d'une multitude de dossiers où chaque entité (représentant un groupe de professionnels) se veut une constituante du dossier. Ainsi, le détenu a un dossier de gestion de cas, de soins infirmiers physiques, un dossier psychologique, un dossier psychiatrique, un dossier de soins infirmiers psychiatriques, etc. La multiplication des dossiers pour un seul et même individu traduit bien un type de travail parallèle où chaque groupe socioprofessionnel est maître sur son territoire.

Avec le psychiatre, ça va. On est des coopérants. Eux autres sont intéressés à nous informer de ce qui se passe pour le patient, parce qu'ils savent qu'on est là pour surveiller comment ça va le restant du temps. Là où ça *bogue* un peu c'est avec les psychologues. Tu rencontres le psychologue « comment est-ce qu'il va mon gars ? ». « Ah, il n'y a rien de spécial »... C'est leur domaine à eux-autres et ça ne nous concerne pas, selon eux (I#2, P. 26).

Alors que le discours officiel privilégie un fonctionnement multidisciplinaire, certains informants ont remarqué que plusieurs informations pertinentes sur certains cas leur sont cachées par d'autres professionnels et ceci, sous le couvert du secret professionnel. L'extrait suivant rend bien le sentiment d'exaspération de certains informants à l'endroit des psychologues.

On a des dossiers séparés. Tu as un dossier médical et infirmier, et tu as un dossier de psychologue que nous on n'a pas consulté. L'agrément ! Ils ont découvert que le détenu a 12, 14 dossiers. Gestion de cas, psychologie, psychiatrie, physique, sécuritaire, 12, 14 dossiers. Ils y en a beaucoup là-dedans qui ne me concernent pas. Ce serait important que je sache si mon gars peut être recommandé à sa prochaine libération... Je dirais que la psychologie c'est par chasse-gardée. Je ne comprends pas pourquoi, parce que je suis tenu par le même secret professionnel que la psychologue. Mais moi, quand j'ai de l'information...,qu'il ne va pas bien je l'appelle [psychologue] et je lui dis : « ce serait intéressant que tu le rencontres. C'est un gars sur ton *case-load* et puis là il va pas bien... » Moi si je transmets cette information là ; c'est *one-way*, ça ne revient pas (I#2, p. 26 et 27).

Ce que je déplore c'est le dogmatisme du service de psychologie, qu'on retrouve beaucoup au Service correctionnel. Le contrôle absolu des psychologues. On [les infirmiers et infirmières] le vit très fort au C.P.C.. Ils disent que les infirmiers ont un pouvoir clinique sur le client. Par contre, si on regarde les directives fédérales, il faut toujours que le psychologue fasse une réévaluation. Ça me dérange à

un certain point, quand mon supérieur me demande d'aller évaluer un cas qui fait des menaces de s'automotiler. J'ai le pouvoir de le mettre sous caméra, pas de problème. Mais si je dis : « oui, il y a un danger qu'il s'automotile », ils vont envoyer un psychologue pour l'évaluer. Donc, mon évaluation est plus ou moins pertinente. Souvent les psychologues vont diriger les programmes, les soins au C.P.C.. Comme présentement, il y a un programme majeur de réinsertion au C.P.C.. Si les psychologues disent : « ce programme là ne fonctionne pas, on change de programme », les soins infirmiers s'adaptent toujours au programme chapeauté par les psychologues. On [les infirmiers et infirmières] est toujours au second plan. Par contre, [ce contrôle des psychologues s'exerce] du lundi au vendredi de 8hres à 16hres. Mais le reste du temps de la semaine, ce sont les infirmières-infirmiers et les agents sur le plancher qui gèrent le C.P.C. au complet. Les préoccupations des infirmières-infirmiers et agents sont entendues, mais elles ne sont pas prises en considération... (I#4, p. 3).

C'est parce qu'eux autres ils se disent « c'est le psychologue qui est important et la gestion du dossier, qui est la gestion de cas ». C'est comme si nous, on est là pour donner les pilules et le reste, c'est pas plus grave que ça là, tu sais... Mais on fait plus que ça. On en rencontre des gars, pis on en désamorce. On en désamorce beaucoup beaucoup... Nous sommes très présents et c'est important (I#5, p. 14 et 15).

Ces extraits d'entrevues démontrent à quel point la place des infirmières et des infirmiers dans le milieu où s'est effectuée la recherche est loin d'être assurée. Comme le souligne une informante, « il s'agit d'un combat de tous les instants ». Il n'en demeure pas moins que, de manière générale, les informants s'entendent pour dire que les rapports entre les groupes socioprofessionnels sont plus sains qu'auparavant, même s'ils demeurent compétitifs. Une autre informante précisa au chercheur que les tensions avec le service de psychologie seraient beaucoup moins importantes qu'auparavant.

La mise en place récente « d'équipes de rangées » rendrait la collaboration interprofessionnelle plus harmonieuse. Ce nouveau mode de travail multidisciplinaire encourage le rapprochement entre les différents titres socioprofessionnels, puisque tous les groupes professionnels sont représentés au sein de chaque équipe de rangée et ce, dans chaque unité du Centre psychiatrique correctionnel.

Selon les informants rencontrés, le Service correctionnel du Canada devrait soutenir davantage le personnel infirmier dans ses revendications puisque ce groupe socioprofessionnel est investi d'un mandat complexe, bicéphale et difficile à assumer.

Pour plusieurs infirmières et infirmiers, le personnel infirmier doit « prendre la place qui lui revient au Centre et pouvoir assumer le leadership clinique de l'unité tout comme il le ferait dans un hôpital » (I#10, p. 11).

4.1.4.4 Interactions personnel infirmier / gestionnaires

De manière générale, les infirmières et les infirmiers soulignent entretenir de bons rapports avec les responsables de la section des soins infirmiers, même si plusieurs questionnent les lignes d'autorité actuellement en vigueur au Centre psychiatrique correctionnel. En effet, certains informants insistent sur la nécessité d'identifier officiellement une responsable des soins infirmiers (qu'ils comparent d'ailleurs à une directrice des soins infirmiers dans un hôpital) sous l'autorité clinico-administrative de laquelle des chefs d'équipe de soins infirmiers travailleraient. Certains évoquent la nécessité de créer un tel poste, auquel seraient liés des pouvoirs spécifiques. Selon plusieurs informants, une responsable des soins infirmiers en position d'autorité formelle permettrait au personnel infirmier d'accroître son pouvoir et sa juridiction vis à vis d'autres groupes socioprofessionnels, et permettrait au titulaire de ce poste de mieux représenter le service des soins infirmiers.

Certains informants ont aussi souligné l'absence de support de la part des autorités du Service correctionnel en regard de la réalité infirmière dans un milieu comme le C.P.C.. Cette lacune aurait des répercussions directes sur l'attitude de leurs supérieurs hiérarchiques à leur endroit.

On ne sent pas toujours l'aide et l'appui qu'on voudrait avoir de nos gestionnaires. Ils ont des patrons, dans la hiérarchie du Service correctionnel et on ne sent pas toujours qu'ils sont là pour nous aider. C'est désolant, mais c'est ce qu'on sent (I#3, p. 7).

Malgré ce constat, la majorité des informants rencontrés se disent sensibles aux difficultés que peuvent rencontrer leurs patrons « infirmiers », avec certains dirigeants de l'établissement. Les informants soutiennent que leurs patrons travaillent d'arrache pieds afin d'assurer la place que doit ou devrait occuper le service des soins infirmiers au C.P.C.. Les informants disent être conscients des luttes à mener afin que les soins infirmiers soient reconnus à leur juste valeur. Ils soutiennent d'ailleurs majoritairement que leurs supérieurs hiérarchiques sont conscients de cette réalité et que ceux-ci tentent, tant bien que mal, de les représenter au niveau institutionnel et de pousser certains dossiers prioritaires. Ainsi, face aux autorités du pénitencier, de même que face

aux autorités régionales, les informants se sentent représentés adéquatement par leurs supérieurs infirmiers, et certains spécifient que « leur tâche n'est pas facile » et que « les luttes ne sont pas terminées ».

S'ils se croient bien représentés par leurs supérieurs immédiats, le personnel infirmier rencontré exprime par ailleurs certaines doléances en regard de ceux-ci. De manière générale, les informants se sentent bien peu valorisés en regard du travail qu'ils effectuent au Centre. Le passage suivant est révélateur de ce sentiment.

Il n'y a personne qui nous valorise. Donc on a besoin de toujours se faire valoriser. On essaye d'aller chercher tout le temps plus, puis plus, puis plus, pour essayer d'épater la direction (I#6, p. 25).

D'autres informants soulignent quant à eux ne pas avoir besoin d'être valorisés par les autorités.

Mais je pense que souvent on se valorise nous autres mêmes dans notre travail. Nous sommes satisfaites de notre travail, ce qu'on fait, ce qu'on en retire et tout ça. Ta valorisation, tu n'as pas toujours besoin de tes boss pour te dire si tu es bonne ou si tu es fine, ou des choses comme ça, ta valorisation tu la retires avec tes patients. C'est difficile d'être valorisée avec nos patients parce qu'on a pas beaucoup de succès. C'est là que c'est difficile, je trouve, moralement, c'est ça qui nous draine beaucoup (I#14, p. 17).

Dans un autre ordre d'idée, un informant signale l'existence d'une « culture de blâme » qui serait fermement enracinée dans le fonctionnement de l'établissement. Cette « culture de blâme » contribuerait à ternir les relations entre le personnel infirmier et les gestionnaires en poste au Centre psychiatrique correctionnel.

On cherche un coupable. Dans un cas de suicide, comme c'est arrivé dernièrement, on cherche, non pas la cause du suicide ou du décès, mais plutôt : qui a commis l'erreur ? Comment ça se fait que ce gars-là se soit suicidé ? Ces questions sont monnaie courante. Ces questions contribuent à une part du découragement qui peut nous [infirmières et infirmiers] affliger. Plusieurs d'entre nous sont découragés face à cette procédure (I#3, p.9).

Cette brève description des relations personnel infirmier / gestionnaires traduit dans quelle mesure l'établissement d'une hiérarchie infirmière formelle est souhaitée par le personnel infirmier rencontré. La réorganisation de l'organigramme décisionnel

constituerait, selon plusieurs informants, une priorité. Ceci aurait pour effet d'améliorer la communication entre le personnel infirmier et les gestionnaires, en plus de réaffirmer institutionnellement la légitimité du service des soins infirmiers. Un extrait d'entrevue réalisée avec un infirmier détaille des lacunes importantes qui sont partagées par certains informants rencontrés.

La raison de ce manque de communication entre responsables et exécutants, c'est que l'organigramme des soins infirmiers n'est vraiment pas élaboré. On est dix sept infirmières-infirmiers sur le plancher, on a une chef d'équipe, un autre chef d'équipe intérimaire... on a juste une personne qui a le pouvoir intégral sur les infirmières. Le suivi du contrôle de qualité au niveau des soins infirmiers est déficient. Le travail que nous faisons n'est pas contrôlé. Il y a beaucoup de laisser-aller. L'intervenant est engagé au fédéral comme un autonome. Par contre, dix sept personnes qui travaillent de façon autonome dans un même milieu, qui n'ont pas les mêmes objectifs, qui n'ont pas la même vision... J'estime qu'au niveau des soins infirmiers, nous n'avons pas une bonne ligne de conduite, on n'est pas orienté dans notre vision, dans notre choix de thérapeutiques. Au niveau de l'organigramme, on n'a pas, - à part une infirmière dont le titre est chef d'équipe - on n'a pas de patron. Notre patron n'a aucune notion de soins infirmiers. C'est un peu difficile au plan de l'organigramme. Il y a deux lignes de conduite différente au niveau clinique : il y a le service psychologique et le service infirmier. Et le service psychologique a toujours été plus présent au Service correctionnel... Il a plus de notoriété. Il est toujours plus écouté que les soins infirmiers (I#4, p. 4 et p. 5).

La phase terrain de cette recherche met en évidence à quel point les rapports de pouvoir constituaient une pièce maîtresse de toutes les relations interpersonnelles. La centralité du pouvoir comme concept dominant en milieu carcéral a d'ailleurs été, à maintes reprises, évoquée de manière implicite ou explicite par les informants comme en témoigne cet extrait d'entrevue réalisée avec une infirmière :

Le pouvoir ici, c'est tout [avec insistance]. Le pouvoir c'est tout ce qui fait fonctionner ce qui est ici (I#1, p. 31).

Si, selon les informants rencontrés, le pouvoir est un élément central de l'environnement carcéral, ce constat trouve écho dans la perception du chercheur pour lequel le pouvoir est un concept central qui traverse toutes les catégories présentées jusqu'ici et qui ont été construites à partir des données empiriques de cette recherche en milieu psychiatrique correctionnel.

4.1.4.5 Résumé de la catégorie # 4**CATÉGORIE 4****Les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs de la scène pénitentiaire****Interactions personnel infirmier / détenus-psychiatisés**

- La relation normée

- La relation observée

- La relation suspecte

- La relation superficielle

Interactions personnel infirmier / agents de correction**Interactions personnel infirmier / autres professionnels****Interactions personnel infirmier / gestionnaires**

La description des données relatives à la quatrième catégorie témoigne de la complexité des interactions entre les différents acteurs du Centre psychiatrique correctionnel. À ce stade-ci de notre analyse descriptive, nous sommes à même de dégager certains jalons importants. Ces jalons constituent des éléments d'analyse cruciaux qui nous permettront de mieux comprendre comment le personnel infirmier du C.P.C. articule le mandat bicéphale de contrôle social et de soins dont il est investi.

Force nous est de constater que les rôles assumés par le personnel du Centre sont définis par l'institution pénitentiaire et par conséquent, qu'il sont relativement statiques. Ceci impliquerait que les interactions entre le personnel infirmier et les autres acteurs sont en partie pré-déterminées.

Les recherches portant sur les relations infirmières et les détenus-psychiatisés sont, à notre connaissance, quasi inexistantes. La description de la relation personnel infirmier / détenus-psychiatisés, entre autres, témoigne de la complexité de l'exercice infirmier dans ce type d'environnement, qu'est l'environnement carcéral. Un aspect important des relations entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés suppose des liens tels qu'entre surveillants et surveillés. En effet, malgré la promiscuité, dénoncée par certaines infirmières et certains infirmiers, nos informants faisaient état de la difficulté qu'ils avaient à établir un lien dit « de confiance » avec leurs clients. Cette difficulté serait le fait de la nature de la clientèle desservie, de l'omniprésence des officiers, du double statut socioprofessionnel du personnel infirmier et des règlements pénitentiaires. Les règles prescriptives en vigueur au pénitencier, et qui s'appliquent au Centre, favoriseraient la distanciation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés et, à cet égard, on peut ici insister sur la nature structurelle de cette distance. Ces prescriptions institutionnelles ne permettraient pas le respect de certains principes d'éthique professionnelle comme le respect de la confidentialité des informations divulguées par le détenu-psychiatisé et la représentation entière (advocacy) du détenu-psychiatisé par le personnel infirmier.

Dans ses rapports avec le détenu-psychiatisé, le personnel infirmier, qui assume aussi une fonction d'agent de la paix, serait responsable de dépister, contrôler, sanctionner et rapporter. Dans cette optique, le détenu-psychiatisé est objet de pouvoir et sujet à l'obéissance. Ce même personnel se devrait en même temps d'établir et de maintenir un lien de confiance avec le détenu-psychiatisé, sachant que les principes de confidentialité et « *d'advocacy* » ne pourraient faire partie de cette relation.

Les interactions entre le personnel infirmier et les agents de corrections méritent aussi que l'on extrait les dimensions importantes en prévision de la partie analytique. Selon nos sources, il semblerait que les contacts entre les infirmières et les agents de correction soient plus tendus qu'entre les infirmiers et les agents. Les infirmières auraient tendance à verbaliser ouvertement leurs désaccords en regard d'agirs des officiers alors que les infirmiers, se disant plus stratégiques, toléreraient ces agirs ou tenteraient de négocier. Les infirmières manifesteraient davantage de comportements dits « maternants », ce qui les exposerait à des conflits avec les agents. Selon la majorité de nos informants, les difficultés relationnelles entre les infirmières et les agents seraient plus importantes que pour leurs collègues infirmiers. La bonne entente entre le personnel infirmier et les agents serait directement proportionnelle à la conformation du

personnel infirmier aux moeurs carcérales, véhiculées par un nombre important d'agents. Le sentiment de sécurité ressenti par le personnel infirmier, de même que la qualité du service infirmier qu'il offre aux détenus-psychiatisés, seraient directement proportionnels à la qualité de ses contacts avec les agents de correction.

Les rapports entre le personnel infirmier et les agents de correction seraient aussi caractérisés par des disputes à l'égard du « terrain » de l'intervention. Paradoxalement, on remarque que plusieurs infirmières et infirmiers souhaiteraient une meilleure intégration des agents dans les équipes de soins. Certains militent ouvertement en ce sens. Il pourrait s'agir d'une manoeuvre stratégique pour assurer une transition plus douce vers « l'hospitalier »; cette intégration serait essentielle pour assurer le virage du « carcéral » vers « l'hospitalier ». Des infirmières et infirmiers sont par contre d'avis que cette intégration des agents viendrait renforcer leur sentiment d'indétermination ou d'indifférenciation à l'égard de leur rôle. À la lumière des informations obtenues, il nous apparaît évident que le personnel infirmier porte le poids de l'humanisation du milieu alors qu'en revanche cet environnement structure plusieurs dimensions de leur pratique.

Malgré que les contacts avec les agents puissent s'avérer quelques fois plus tendus, le personnel infirmier dit bénéficier de la présence des agents pour assurer sa sécurité mais aussi pour intervenir directement auprès des détenus-psychiatisés. Le choix de l'agent lors d'une intervention infirmière serait aussi stratégique.

Les entrevues réalisées auront aussi permis de mettre en lumière certaines difficultés de collaboration passées et présentes entre le personnel infirmier et un groupe professionnel particulier, à savoir les psychologues. Les luttes territoriales imputées aux interactions personnel infirmier / agents de correction s'appliqueraient, selon nos informants, aux interactions personnel infirmier / psychologues. Aucun informant n'a fait mention d'un autre groupe socioprofessionnel.

Les entrevues auront aussi permis de préciser la nature des luttes présentes et futures concernant la place des soins infirmiers au C.P.C.. Pour plusieurs informants, jamais le C.P.C. n'aurait pu se développer sans la présence des infirmières et des infirmiers qui, nous rappellent-ils, ont eu fort à faire pour se tailler une place dans une institution où les aspects reliés au correctionnel laissent bien peu de place au soin et à ses attributs, quoiqu'inévitablement le soin soit indissociable du mandat de cette unité de traitement psychiatrique.

Les défis auxquels sont conviées les infirmières exerçant en psychiatrie correctionnelle sont de taille et, tant chez le personnel infirmier soignant que chez le personnel infirmier gestionnaire, on partage encore le sentiment que la place des soins infirmiers au Centre s'est construite et se construira à coup de revendications, de résistances et de luttes quotidiennes. Nos informants sont aussi d'avis que la structure hiérarchique actuellement en place au C.P.C. ne permet pas le plein développement du potentiel infirmier dans cette organisation encore jeune. Le personnel infirmier est conscient des luttes de pouvoir actuelles et on a confié au chercheur que la nomination d'une « Directrice des soins infirmiers » constitue une condition essentielle au développement du service infirmier au C.P.C., à l'amélioration de la qualité des soins et au rayonnement du Centre hors de ses murs. Certains iront même jusqu'à souhaiter la création d'une direction de soins infirmiers qui chapeauterait le Centre de soins psychiatriques et le Centre de soins physiques du pénitencier. Ces nominations de directrices des soins infirmiers auraient pour effet, de l'avis de nos informants, de consolider les acquis « nursing » en plus de mieux positionner le service des soins infirmiers dans l'arène politique de l'établissement. Les conflits rapportés dans les interactions entre le personnel infirmier et certains groupes professionnels seraient, croient-ils, transposés au comité de gestion du C.P.C..

4.1.5 Souffrance et stratégies défensives

S'il soulève des défis, l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire, on l'a vu, est loin d'être exempt de difficultés. À cet égard nous signalions plus haut que les interactions entre le personnel infirmier et les officiers de correction peuvent être conflictuelles, particulièrement celles entre les agents de correction et les infirmières. Nous ferons état, ici, de données relatives à la souffrance vécue par le personnel infirmier en poste au C.P.C.. Nous détaillerons également les stratégies de survie déployées par le personnel pour éviter, atténuer ou transformer l'impact des contraintes particulières du soin infirmier en milieu carcéral.

Dans un premier temps nous décrivons les facettes de la souffrance telles qu'elles sont rapportées par le personnel infirmier. Nous exposerons ensuite les stratégies défensives adoptées par le personnel infirmier afin de composer avec cette souffrance.

4.1.5.1 Les facettes de la souffrance

La pratique infirmière en milieu psychiatrique correctionnel est souvent perçue par le personnel infirmier comme une « mission impossible » à plusieurs égards, de

l'avis de plusieurs informants, tant des hommes que des femmes. Par ailleurs, la majorité des informants rappelle que des améliorations notables au plan de l'humanisation des soins psychiatriques ont été apportées par les dirigeants du service des soins infirmiers et par plusieurs soignants depuis l'ouverture du C.P.C.. Il n'en demeure pas moins qu'encore aujourd'hui, la pratique infirmière serait étriquée et difficile à actualiser dans cet environnement de travail. Aussi, malgré les efforts déployés par les dirigeants du service des soins infirmiers et par plusieurs soignants pour humaniser le milieu – tant au plan clinique qu'architectural – il semblerait que cette lutte opposant des points de vue antagonistes sur la finalité du Centre psychiatrique correctionnel ne soit pas terminée.

Le personnel infirmier continuerait donc de lutter, au quotidien, pour défendre des prérogatives normalement associées au soin infirmier. Paradoxalement, d'autres groupes socioprofessionnels reprochent aux soins infirmiers d'avoir déjà pris beaucoup trop de place. La lutte du personnel infirmier aurait un prix qu'il convient de détailler.

4.1.5.1.1 Violence et harcèlement

À de nombreuses occasions le personnel infirmier a confié au chercheur que son travail était difficile, exténuant et soumis à de nombreux facteurs de stress. Le stress perçu par le personnel infirmier serait tributaire de la nature « carcérale » de son travail. Les principaux facteurs de stress recensés incluent les aspects architecturaux, sécuritaires et interpersonnels. D'ailleurs, il a été rapporté par certaines infirmières – informations confirmées par des collègues infirmiers et des agents de correction – que des personnes, majoritairement des infirmières, ont été et sont encore soumises à des violences polymorphes, incluant la violence verbale, le harcèlement sexuel ou les atteintes à la propriété privée.

Afin de préserver l'anonymat de nos informants sur ces questions sensibles, nous ne citerons pas les anecdotes d'infirmières se disant victimes de violence verbale ou qui rapportaient les quolibets ou sévices encourus par des consoeurs ou confrères. Cependant, la compilation des témoignages concordants impose un résultat que l'objectivité scientifique nous contraint cependant à énoncer : cette recherche tend à démontrer que les infirmières, beaucoup plus que les infirmiers, sont la cible d'une violence verbale actualisée soit par des détenus-psychiatisés, soit par des collègues de travail, particulièrement certains agents de correction adhérant à une idéologie carcérale stricte.

Une majorité d'infirmières déclarent en outre être confrontées au harcèlement sexuel. Souvent perpétré par des détenus-psychiatisés, le harcèlement sexuel d'infirmières en service serait aussi le fait de certains agents de correction. Le chercheur demanda à une informante de fournir un exemple concret illustrant ce phénomène.

Par exemple : tu vas chercher un officier. Tu pars de ton bureau d'infirmière, tu entres dans le sien, tu dis « Monsieur X, est-ce qu'on peut aller faire une tournée ? » « Tout à l'heure, tout à l'heure, deux minutes, je vais aller te chercher. » Tu as juste le temps de revenir dans ton bureau... Et c'est supposé être une blague. Et là, c'est l'attitude macho : « Hey, femme – tu sais, avec les doigts qui claquent – Hey femme, envoie pour la tournée », (cela) devant tout le monde, tes collègues infirmiers, tes supérieurs immédiats, les agents de libération, ça peut être d'autres officiers. Toi, il faut que tu ailles faire une tournée avec un gars comme ça, qui dans les *wings* [unités] te parle comme ça devant les détenus... et qui, pour gratiner le tout, en te parlant, te regarde les seins de façon fixe, c'est clair. Comme exemple, on ne peut pas avoir mieux...(I#1, p. 27).

Enfin, des attaques contre la propriété sont rapportées par le personnel infirmier des deux sexes. Aux dires des informants rencontrés, leurs voitures auraient été les cibles exclusives – c'est à dire les seules ayant été vandalisées dans le stationnement du personnel du C.P.C. – des attaques de certains membres du personnel, connus pour s'opposer à la vision du soin promue par certains membres du personnel infirmier. Nos témoins affirment que ces infirmières et infirmiers, victimes d'actes de vandalisme, seraient perçus par leurs présumés auteurs comme menaçant le *statut quo* en vigueur dans l'univers carcéral où, traditionnellement, les aspects sécuritaires primeraient sur les soins psychiatriques, perçus comme une édulcoration injustifiée de la peine carcérale. L'extrait suivant démontre que les biens du personnel infirmier, qui travaillait à l'établissement d'une « culture de soin » et qui du même coup rapportait les agirs de leurs collègues, subissait les assauts de certains membres du personnel.

Dans ce temps-là, ça a été bien difficile, parce que nous on avait demandé qu'il y ait un officier en permanence. Les officiers refusaient de monter à l'étage. Donc, nous on notait toujours qu'il n'y avait pas d'officiers qui venaient... Ça nous empêchait de faire nos entrevues, de faire nos tournées (I#6, p. 24).

Le passage suivant illustre brièvement la nature de ces attaques à la propriété de certains membres du personnel infirmier.

Depuis que je travaille là, deux crevaisons et puis une voiture grafignée. D'autres infirmiers se sont fait faire la même chose (I#6, p. 24).

En rapport avec ces incidents, certains informants des deux sexes ont mentionné qu'ils craignaient pour leur sécurité personnelle à l'extérieur du Centre. Ce court extrait traduit le sentiment de peur éprouvé par certaines infirmières, alors que le chercheur explorait cet aspect de la réalité du personnel infirmier exerçant en milieu correctionnel :

J'avais peur autant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Chercheur : « Tu avais peur de qui ? »

Je ne le savais pas.

Chercheur : « D'un détenu ou d'un agent de correction ? »

[Voix étranglée] Des officiers. Parce que ce sont les officiers qui étaient dehors. Aucun détenu ne pouvait faire ça (I#6, p. 25).

Enfin, la recherche a mis en évidence que les femmes (infirmières) semblent souffrir davantage – ou du moins elles expriment davantage cette souffrance – que les hommes (infirmiers). Cet extrait d'entrevue appuie ce constat, réitéré au chercheur lors de ses contacts avec les informants.

Moi, j'ai vu un temps où il n'y avait pas une semaine, où il n'y avait pas une fille que tu ne ramassais pas dans les toilettes, une infirmière qui pétait une crise de larmes. C'est stressant! C'est difficile!... La pression du milieu (I#1, p. 21).

Très peu d'infirmiers ont exprimé explicitement qu'ils souffraient. Ceux-ci choisissaient plutôt de parler en terme de « défis » et de « difficultés rencontrées » dans le milieu de travail. Quelques infirmières verbalisaient clairement cette souffrance qu'elles associent notamment à la violence du milieu (incluant la violence entre les employés). Ces mêmes infirmières font état de l'incapacité de dispenser un service infirmier en psychiatrie carcérale que n'opprimerait pas l'aspect sécuritaire. Cependant, on le répète, la sécurité représenterait en même temps pour elles une condition essentielle à l'exercice infirmier. En tentant de justifier cette contradiction, les infirmières n'ont pas hésité à raconter ce qu'elles vivaient comme femmes au travail et certaines

rencontres ont été particulièrement difficiles vu les émotions suscitées par ces confidences.

À plusieurs égards, le personnel infirmier souffre. Cette souffrance se manifeste sous des formes variées. La sous-section suivante décrit les formes qu'elle prend particulièrement pour le personnel infirmier féminin.

4.1.5.1.2 *Frustration et inconfort*

Plusieurs infirmières exprimaient qu'aucune tribune n'est disponible pour ventiler les tensions et la souffrance dont elles s'estiment victimes. Elles conçoivent cette tribune comme un espace de parole qui leur permettrait de se purger d'un excédent de frustrations qui s'accumulerait au quotidien. Le personnel infirmier du C.P.C. ne dispose donc pas de groupes « d'entraide » ou de groupes de support où il pourrait partager ses frustrations, ou discuter de solutions reliées aux problématiques socio-professionnelles qu'elles affrontent, comme par exemple les modalités de la pratique infirmière au Centre.

4.1.5.1.3 *Absence de gratification*

L'absence de reconnaissance et de valorisation a aussi été verbalisée par plusieurs informants. En outre, les accomplissements du personnel infirmier passent souvent inaperçus aux yeux des autorités carcérales ou médicales ou corporatives comme c'est le cas pour plusieurs aspects de leur travail, par exemple le retrait des notes infirmières du dossier du détenu lorsqu'il est transféré. Cette importante lacune au plan de la reconnaissance et de la valorisation du personnel infirmier aurait, selon plusieurs infirmières, non seulement des impacts substantiels au niveau de la qualité des soins mais aussi sur leur vie personnelle, tel qu'en témoigne ce passage.

Comme tu n'as jamais de séances où tu peux verbaliser puis vomir tout ça, comme tu n'as pas de séances où on te tape dans le dos, puis qu'on te dit : « Bien là, ce que tu viens de faire, c'est héroïque, félicitations! » Bien, t'es nourrie de petites miettes, tu comprends ? À un moment donné, il faut que tu tombes sur tes piles de secours. À un moment donné, ta pile de réserve descend, descend, puis là ce qui se passe, le cycle s'élargit, tu es obligée d'amener ce qui ne va pas chez vous, ton inconfort, ton irritabilité, ça se transmet dans ta vie quotidienne, qui devient le prolongement, l'autre huit heures pour lequel tu n'es pas payée, puis qui t'amène toutes sortes d'autres pépins. Tu te couches et tu rêves au pénitencier, comme moi cette nuit, tu te lèves, puis tu t'en viens travailler. Le soir, tu t'en vas chez vous puis t'as ton inconfort, fait qu'un moment donné t'es minée, minée. Tu n'as pas de service de ressourcement. Fait qu'il n'y a jamais rien de facile. Fait que ça devient (soupir) une grosse boule

que tu portes un moment donné. Puis l'intérêt diminue. La qualité de soins que tu donnais mange une claque. Les notes que tu faisais, longues et intéressantes, qui donnaient beaucoup d'informations, se rapetissent en trois ou quatre lignes. Fais que là tu rentres travailler le matin pour ta maudite paye. Ça, je peux te dire que ça commence à me contaminer, moi, puis que c'est lourd. Ça crée beaucoup d'insatisfaction. Fait que là faut que tu te trouves quelque chose pour te ressourcer. Il y a beaucoup de gens qui sont ici, qui consultent à l'extérieur, que ce soit par le programme d'aide aux employés ou de façon personnelle, un psychiatre ou un psychologue, qu'ils consultent. Parce que ça devient trop lourd à porter cette grosse boule là... un moment donné, tu n'es plus capable (I#1, p. 22-23).

4.1.5.1.4 *Détresse psychologique*

Par ailleurs, il a été soulevé par plusieurs informantes que certains membres du personnel infirmier souffriraient de problèmes de santé mentale provoqués par leurs conditions de travail. Une informante nous rappelle cependant que « les femmes en particulier » sont visées par ces problématiques de santé mentale (I#10, p. 14). Selon les informations recueillies auprès de nos informants, il semblerait que les frustrations, les insatisfactions et la colère qui se chevauchent font place, à la longue, à un inconfort « insupportable » qui serait responsable, selon certaines infirmières, de la détresse psychologique vécue par certains infirmiers et plusieurs infirmières.

Je suis épuisée. C'est plus par rapport à la culture insupportable. Plus par rapport aussi à ma satisfaction au milieu de travail. Pour moi, travailler comme infirmière, ça n'a jamais été pénible, ça a toujours été réconfortant. Ça me rapporte quelque chose en quelque part. Ça a toujours été valorisant. Se faire valoriser dans un milieu comme ici, c'est bien rare [insistance du ton] (I#6, p. 16).

Le chercheur a pu apprécier dans quelle mesure certaines infirmières étaient affectées psychologiquement, comme en fait foi cet extrait difficile d'une entrevue traduisant bien l'intensité de la souffrance partagée par certaines infirmières.

[Voix étranglée]. Parce que un moment donné, c'est certain que la santé physique et mentale sont plus importantes que la paye, à un moment donné... [pleurs] (I#6, p. 28).

Plusieurs informants affirment que l'embauche régulière de nouveau personnel au Centre montrerait bien l'incidence psychologique défavorable des conditions de travail où évolue le personnel infirmier. Le « roulement » du personnel s'avèrerait

toutefois moins important à présent, tiennent-ils à préciser. Ils réfèrent à d'importantes refontes successives des lignes d'autorité dans l'organigramme hiérarchique de tout le personnel employé au C.P.C.. Ces refontes, qui affectèrent également les exigences relatives à la dispensation des soins, eurent des impacts significatifs et positifs chez le personnel infirmier. En effet, la relative stabilité de la main-d'œuvre infirmière consécutive à ces restructurations est favorablement interprétée par nos informants. De manière générale, le personnel infirmier soutient qu'il serait l'artisan responsable de cette modeste transformation idéologique du milieu carcéral qui évoluerait vers un milieu de soin plus humanisé.

Cette relative humanisation du soin psychiatrique en milieu carcéral que revendique le personnel infirmier s'effectuerait au sein de tensions quotidiennes. Une informante dira à ce sujet que « dans la vie de tous les jours... c'est pas vivable ».

En fait, l'organigramme décisionnel du Centre cumule, depuis 1993, plusieurs modifications successives tant aux plans clinique qu'administratif, apportées par la direction du C.P.C.. Il semble que ces refontes se soient succédées de manière continue, suivant nos témoignages. On a rappelé au chercheur que l'adaptation successive du personnel infirmier à des modes de fonctionnement souvent divergents comporterait un facteur de stress supplémentaire, s'ajoutant aux autres facteurs de stress perçus par les infirmières et les infirmiers. Le fait de devoir modifier fréquemment les routines infirmières établies serait perçu comme un fardeau supplémentaire. Toutefois, de l'avis d'une majorité de répondants, ces transformations cliniques et administratives auraient eu des effets positifs sur la pratique infirmière et sur la qualité des soins offerts. D'ailleurs, les informants convenaient du caractère indispensable des changements apportés, afin de « décarcéraliser » le milieu de soin psychiatrique.

Les contraintes psychologiques et socioprofessionnelles subies par le personnel infirmier sont objectivement identifiables dans les documents officiels du SCC par exemple. Ces contraintes résident dans le caractère hybride du mandat confié au personnel infirmier en milieu de psychiatrie correctionnelle. La description de tâche du personnel infirmier précise en effet que les agents de soin sont aussi des agents de la paix. Dès lors, des attentes et des responsabilités contradictoires se chevauchent dès que les aspects humanitaires et psychiatriques du soin interfèrent négativement avec les aspects coercitifs de la sécurité et de la réhabilitation. Cet exercice professionnel hybride, partagé entre le contrôle social et la dispensation du soin de santé mentale, constituerait une source importante de difficultés adaptatives pour le personnel infirmier.

Si quelques infirmiers ont souligné être confortables avec le double mandat (de garde et de soin) dont ils étaient investis, d'autres éprouvent de la difficulté à assumer ces deux rôles perçus, par certains informants (particulièrement les infirmières), comme « antithétiques ».

En effet, certaines infirmières et certains infirmiers disent se questionner continuellement sur la qualité de leur exercice infirmier compte tenu des prescriptions sécuritaires dont ils sont également investis. Ces informants souhaiteraient que les autorités précisent quel rôle (de garde ou de soin) a préséance dans leur exercice professionnel quotidien. Ils questionnent l'adéquation de leurs interventions. Une infirmière a même confié au chercheur : « C'est comme si je ne savais plus qui j'étais », tant elle sentait que les deux rôles se sont intégrés en elle. Ce sentiment d'étrangeté, de dépossession, de perte d'identité du statut socioprofessionnel a été évoqué par d'autres informantes.

4.1.5.2 Stratégies défensives

Pour se soustraire partiellement à ces tensions psychologiques, certains membres du personnel développeraient des mécanismes de protection que nous avons appelé des stratégies défensives. Certains de ces mécanismes de protection s'avèrent être des initiatives individuelles, d'autres comme le « masque » et la « carapace » sont utilisés par plusieurs infirmières et certains infirmiers. Même si le « masque » et la « carapace » ne s'inscrivent pas dans un arsenal collectif et concerté, nous constatons qu'ils sont utilisés par le personnel infirmier pour réduire la tension engendrée par le caractère antithétique de leur double mandat.

Pour se prémunir ou se défendre contre divers facteurs d'inconfort, voire des manifestations d'agressivité, plusieurs infirmières et certains infirmiers soulignent à maintes reprises devoir porter un « masque » ou revêtir une « carapace ». Deux raisons distinctes sont invoquées.

D'abord, on porterait un « masque » pour éviter que l'entourage ne découvre qu'on souffre. Plusieurs infirmières et certains infirmiers en effet recourraient au masque pour dissimuler des émotions personnelles dites « déplacées » en contexte de psychiatrie carcérale. Ensuite, on endosserait la « carapace » pour se protéger de cette souffrance, en se détachant mentalement de ce que le soin en psychiatrie carcérale comporte de difficile au quotidien pour arriver à travailler. Selon plusieurs informants la mise en place d'une « carapace » s'accompagne d'un « durcissement » de sa personne. Ce « durcissement » serait le résultat d'un travail de régulation continu, de soi sur soi,

impliquant la distanciation entre l'objet qui fait souffrir et la personne qui souffre. Les notions de « masque et de carapace » ont été invoquées fréquemment par les informants pour illustrer comment « on arrive à survivre » dans l'environnement psychiatrique correctionnel. Reprenons chacune de ces stratégies défensives que nous illustrerons à l'aide d'extraits d'entrevues.

4.1.5.2.1 « *Masque* »

Le « masque » est considéré comme une parade efficace contre les sarcasmes et les quolibets de collègues de travail à l'affût d'une défaillance ou d'une certaine souffrance. Le personnel infirmier se sent dans l'obligation de dissimuler ce qu'il vit par crainte d'être étiqueté par les autres travailleurs comme étant « faible », « fragile » ou « sans (tonus) moral ». Exprimer ses émotions serait problématique en contexte carcéral et il semble que les femmes soient davantage portées à le faire. Les deux extraits suivants, dépeignent le « masque » tel que se le représente le personnel infirmier.

Il y a peut-être quelques femmes qui ont des difficultés ici, quelques femmes infirmières. C'est des femmes qui sont peut-être, qui montrent peut-être trop leurs émotions des fois. Je pense qu'ici il faut apprendre à les cacher, quand les choses nous atteignent... c'est vu comme de la faiblesse... On a beaucoup de cas de santé mentale [chez le personnel infirmier]... (I#10, p. 31-32).

Il y a une mentalité du milieu correctionnel qui dit « il faut que tu sois fait fort, il faut que tu sois bâti solide. » [Des remarques comme] « tu n'as pas le moral » ou « je voudrais avoir ton moral » reviennent souvent. Ça [mentalité correctionnelle] ne te permet pas d'avoir des faiblesses ou de les laisser paraître" (I#3, p. 12).

Le « masque » permettrait d'éviter les remarques éventuellement désobligeantes des collègues de travail et s'avèrerait utile pour conserver et entretenir une image « conforme » aux attentes explicites des acteurs du milieu pénitentiaire. Le « masque » protégerait le personnel infirmier des assauts verbaux intempestifs. Il semblerait que le personnel infirmier est tenu de projeter une image de calme, de flegme, d'emprise sur ses émotions personnelles. L'ordre carcéral s'attendrait à ce que les soins soient dispensés sans manifester ni peur, ni attachement, ni compassion, ni faiblesse, ni colère. Les infirmières et les infirmiers porteraient le « masque » essentiellement dans le but d'éviter les conflits avec leurs collègues, en affichant une image de maîtrise de soi et

de force de caractère. Le « masque » constitue une forme de protection psychologique personnelle importante.

4.1.5.2.2 « *Carapace* »

La « carapace », cette deuxième stratégie défensive renvoie, selon les informants rencontrés, à la capacité du personnel infirmier à « s'endurcir » face à la réalité correctionnelle. Il s'agirait d'une capacité adaptative qui permet au personnel infirmier de se « désensibiliser » ou de se distancier par rapport à des situations quotidiennes difficiles. Les extraits suivants démontrent bien l'importance que prendrait la « carapace » comme stratégie de survie essentielle.

Y en a, je trouve, qui n'ont pas la... la carapace pour travailler en prison, y en a qui s'en font trop avec tout, et c'est pour ça qu'ils se rendent malades, ils voudraient que tout soit parfait, puis tu peux pas avoir tout parfait, tu sais. Y en a qui ont de la misère à *dealer* avec la sécurité. Faudrait que ce soit peut-être plus sélectif un peu dans les [entrevues d'embauche]... (I#5, p. 43).

Il faut toujours faire attention. Nos soins ne peuvent pas être maximaux. Ici, c'est le minimum qu'il faut donner pour être acceptée du côté carcéral... bien des officiers... Je compose difficilement [avec cela] parce que je suis une personne qui est hyper-sensible, qui est hyper-humaine. J'ai été obligée de me faire une carapace. J'ai de la misère à vivre avec ma carapace. Il y a des moments où certains infirmiers me disent : « Recule, tu es rendue trop loin avec ce détenu-là. Je suis trop humaine à comparer à la majorité des officiers qui vivent [travaillent] ici... Pour *dealer* avec les soins, je pense qu'il faut être *tough* ici, il ne faut pas voir l'être humain là-dedans (le détenu). Il faut [voix étranglée] essayer de plaire à soi, au détenu, et de plaire à la sécurité. [long silence] C'est sûr qu'il y a une insatisfaction personnelle... Je cherche à *dealer* à travers ça. J'ai bien de la misère... Parce que je pense que je suis engagée (au Centre) parce que les détenus ont besoin de soins » (I#6, p. 8-9).

Le premier passage, extrait d'une entrevue réalisée avec un infirmier, légitime et encourage l'utilisation de la « carapace » comme bouclier de protection. Cet interlocuteur, qui représente bien le discours des infirmiers qui se sont « adaptés » à leur double mandat de contrôle et de soin, soutient que cette habileté devrait faire partie des mécanismes de défense personnelle des infirmiers et des infirmières et ce, dès leur embauche. Il insiste pour que cette habileté soit détectée lors des entrevues d'embauche du personnel infirmier afin de discriminer ceux et celles qui sont « faits pour travailler au pénitencier ». Suivant ce témoignage, la « carapace » est essentielle pour

exercer en milieu psychiatrique pénitentiaire, car elle permet à la personne « de ne pas trop s'en faire » avec ce qu'elle observe, entend et éprouve.

Le deuxième extrait, tiré d'une entrevue réalisée avec une infirmière, traduit bien le sentiment de plusieurs autres infirmières et témoigne de la difficulté que peuvent avoir certaines infirmières et quelques infirmiers à porter leur « carapace » et, par conséquent, à se distancier de ce qu'ils observent, entendent et éprouvent. La « carapace » est une stratégie de défense difficile à assumer pour certains informants, car elle tendrait à déshumaniser le soin psychiatrique dispensé au détenu. Le précédent extrait confirme d'ailleurs cette difficulté. Selon cette informante, il faut être « robuste » (*tough*) pour soigner dans ce type de milieu. Elle ajoute, en parlant du détenu psychiatisé : « il ne faut pas voir l'être humain là-dedans ».

Suivant ce témoignage, il semblerait qu'il soit plus facile d'exercer conformément aux attentes du milieu carcéral en portant la « carapace ». Il faudrait donc se distancier suffisamment de la clientèle pour ne pas être touché par ce qu'elle a d'humain. Le passage suivant est révélateur à cet égard : « Pour dealer avec les soins, je pense qu'il faut être *tough* ici, il ne faut pas voir l'être humain là-dedans ».

En somme, il y a un prix personnel à payer pour porter le « masque » (souffrir en solitaire) et se couvrir d'une « carapace » (devenir insensible à l'humanité du patient). De l'avis de la majorité des informants et malgré les difficultés qu'elles génèrent, il serait préférable d'avoir recours à ces stratégies de survie, plutôt que de s'exposer à la vindicte ou à la maladie mentale.

4.1.5.3 Résumé de la catégorie # 5**CATÉGORIE 5****Souffrance et stratégies défensives****Facettes de la souffrance**

- Violence et harcèlement

- Frustration et inconfort

- Absence de gratification

- Détresse psychologique

Stratégies défensives

- « Masque »

- « Carapace »

La description des stratégies de survie témoigne de violences polymorphes et de souffrances subies par le personnel infirmier. Cette dernière catégorie décrivait les mécanismes défensifs mis en place par le personnel infirmier pour se protéger. Bien que les infirmiers pourraient avoir été l'objet de violence verbale et d'attaques à la propriété privée de la part de certains collègues de travail, la recherche a démontré que les infirmières auraient davantage été prises à partie, en étant victimes non seulement de violence verbale et de bris à la propriété privée, mais aussi en étant la cible de harcèlement sexuel. Soulignons que l'étiologie de cette violence se voudrait, selon nos sources, une conséquence des tensions existantes entre la « culture » du contrôle sécuritaire des détenus versus la « culture » du soin voué à des malades. Ainsi, il semblerait qu'en résistant à l'idéologie dominante de l'environnement carcéral et en voulant imposer une « culture » de soin, certains membres du personnel infirmier se

soient positionnés à contre-courant de l'idéologie carcérale dominante et en auraient payé le prix.

Tel que mentionné plus haut, des infirmières semblent avoir plus de difficulté à porter le « masque » et à se forger une « carapace », ce qui les place en position de vulnérabilité face aux détracteurs présumés de l'humanisation des soins. Elles auraient tendance à résister ouvertement au fonctionnement carcéral en refusant de fermer les yeux sur ce qu'elles considèrent inadmissible (difficulté à se forger une carapace), tout comme elles ont tendance à être authentiques et à manifester leurs émotions (difficulté à porter le masque). Ces infirmières, rebelles à l'approche répressive du détenu-psychiatrisé, auraient envenimé leurs relations avec les agents de correction, ce qui les exposerait du même coup à une détresse psychologique plus importante que chez leurs collègues infirmiers plus discrets quant à la dimension caritative du soin. Ces constats ont plus d'une fois été rapportés par nos informants, imposant progressivement l'idée que l'adaptation au milieu carcéral s'avérerait nettement plus difficile pour les infirmières que pour les infirmiers.

La problématique de la violence interpersonnelle entre collègues de travail s'additionne à la violence de détenus-psychiatrisés visant le personnel infirmier des deux sexes confondus. Bien que cette forme de violence ait été soulevée, il convient de souligner que seulement quatre personnes (deux infirmières et deux infirmiers) ont soumis ce point à la connaissance du chercheur.

Les frustrations, l'absence de gratification et un inconfort « insupportable » à l'égard de leur pratique professionnelle alimenteraient, selon nos sources, l'inconfort psychologique ressenti par plusieurs membres du personnel infirmier, surtout des infirmières.

Enfin, soulignons qu'un sentiment d'étrangeté envahirait certains membres du personnel infirmier de sorte que ceux-ci ne savent plus réellement qui ils sont. Bien que ce sentiment ait été verbalisé aussi clairement par une seule infirmière, le chercheur doit reconnaître que cette perception était implicite chez d'autres informants qui soulignaient avoir une moitié d'eux comme agent de contrôle et l'autre moitié comme agent de soin, ne sachant plus véritablement ce qu'ils sont. Cet élément fondamental de la recherche sera repris subséquemment lors de l'analyse.

Nous avons inscrit nos données suivant leur nature dans l'une ou l'autre des cinq catégories décrites ci-dessus. Nous entreprenons dès lors l'examen théorique de ces données répertoriées, en analysant l'articulation des mandats de soins et de garde en

milieu psychiatrique carcéral dont est investi le personnel infirmier, à la lumière des cinq catégories précitées dans le volet descriptif de notre présentation des résultats.

4.2 Présentation des résultats – volet analytique

Les données disponibles ayant été décrites et catégorisées précédemment sous cinq grandes catégories induites, nous abordons maintenant une deuxième phase de notre analyse inductive inscrite dans ce chapitre de présentation des résultats. Ultérieurement, un troisième niveau d'analyse, compris dans la partie « discussion » de la thèse, articulera ces résultats avec des notions empruntées à diverses théories susceptibles d'éclairer l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers en contexte de psychiatrie pénitentiaire.

À la lumière des données précédemment exposées, nous sommes en mesure, conformément à la méthodologie adoptée dans cette recherche, de proposer une représentation de l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire en recourant à des concepts simples mais ancrés dans la réalité empirique investie par notre recherche. À titre de rappel, le tableau 4.3 ci-dessous décrit et subsume sous des concepts simples, l'ensemble des données empiriques regroupées en catégories et en sous-catégories descriptives présentées dans la section précédente.

Tableau 4.3

**Principales catégories et sous-catégories
descriptives émergentes**

1	<p>LE CARCÉRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte spécifique de l'étude et mission du C.P.C. - Description du milieu psychiatrique pénitentiaire
2	<p>L'EXERCICE INFIRMIER EN MILIEU PSYCHIATRIQUE PÉNITENTIAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacts du milieu carcéral sur l'exercice infirmier - Double mandat : contrôle et soin
3	<p>LES REPRÉSENTATIONS DU DÉTENU-PSYCHIATRISÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construction de l'identité du détenu-psychiatrisé
4	<p>LES INTERACTIONS ENTRE LE PERSONNEL INFIRMIER ET...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interactions personnel infirmier / détenus-psychiatrisés - Interactions personnel infirmier / agents de correction - Interactions personnel infirmier / autres professionnels - Interactions personnel infirmier / gestionnaires
5	<p>SOUFFRANCE ET STRATÉGIES DÉFENSIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facettes de la souffrance - Stratégies défensives

Le soin infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire s'inscrit aux confins et au carrefour de deux types d'institutions, à savoir, l'asile et la prison. Considérées séparément, ces institutions « totales » souscrivent à des finalités spécifiques : soigner et « réhabiliter ». Cette spécificité des mandats respectifs n'exclut nullement que l'asile et la prison puissent parfois recourir à des moyens similaires pour atteindre ces finalités

différentes. Par exemple, pour soigner certains patients il faut parfois les confiner. Donc, il faut admettre un certain degré d'isomorphisme et de compatibilité entre les deux institutions et leurs finalités respectives. Toutefois on verra ci-dessous que ces finalités spécifiques, sans être antagonistes, ne sont pas nécessairement congruentes lorsqu'elles s'exercent simultanément sur la même clientèle et par le même groupe socioprofessionnel. La preuve de cette non-congruence des deux mandats (de soin et de garde) réside dans la quasi uniformité des témoignages du personnel infirmier et des agents de correction lorsqu'ils exprimaient leurs griefs réciproques.

En raison de leur mission délicate et parfois risquée, ces espaces institutionnels sont fortement investis au plan symbolique par les individus qui y travaillent. En effet, le personnel de l'asile ou de la prison partage (et est tenu de partager en tant que ce personnel forme un corps socioprofessionnel – personnel infirmier et agents de correction) des représentations convergentes de la mission institutionnelle, dont le respect tacite et conventionnel définit le « bon » employé eu égard à la représentation de la finalité de l'institution, en tant que ces règles auront été intériorisées. Autrement dit dans la mesure où le personnel infirmier a intériorisé ces règles, la dynamique sociale des infirmières et des infirmiers mandatés par une institution totale impliquerait une forte cohésion autour de valeurs et de représentations explicites ou implicites, balisant l'exercice infirmier. À la lumière de nos données, l'adhésion aux valeurs véhiculées au pénitencier serait considérée comme un signe de conduite professionnelle adaptée et rigoureuse par les agents de correction et par certains membres du personnel infirmier, notamment les infirmiers.

Ce milieu psychiatrique correctionnel est le berceau d'un espace discursif où coexistent des prescriptions informelles (idéologie machiste, harcèlement, violence, etc.) et des prescriptions formelles (réinsertion sociale réussie, respect de la dignité, etc) portées par des personnes « faisant corps » autour des mandats de leur profession respective. Ces prescriptions informelles sont le fait de discours propres à des groupes socioprofessionnels qui en fait, secrètent, dans leur espace (professionnel) discursif respectif, une idéologie qui fonctionne sans coordination consciente de la part du Service correctionnel, mais plutôt comme un dispositif de régulation socioprofessionnelle dans un milieu à la fois extrême et innovateur. Contrairement aux prescriptions formelles, les prescriptions définies comme « informelles » doivent être purgées de toute intentionnalité de la part des autorités carcérales.

Relayée par des personnes (personnel infirmier et agents de correction) investies de valeurs intériorisées avant leur embauche au Centre psychiatrique correctionnel, deux idéologies socioprofessionnelles et deux discours se disputeraient donc les ressources humaines en présence. Le personnel expérimenté (qui a cumulé plusieurs années de service), s'identifiant davantage aux représentations partagées par son groupe socioprofessionnel, deviendrait le vecteur d'un processus de conformation à la mission institutionnelle auprès du personnel nouvellement embauché ou auprès d'individus perçus comme résistants à l'idéologie pénitentiaire. Le chercheur a pu constater, à maintes occasions, lors des entrevues, l'ampleur de l'investissement affectif des informants (pleurs, expressions de détresse psychologique, coups de poing sur la table, ton allant *crescendo*) dans le bien-fondé des valeurs auxquelles ils adhèrent et qu'ils disaient bafouées par leurs collègues de travail et ce, tant chez le personnel infirmier que chez les agents de correction. Suivant que l'asile et la prison sont en soi des institutions distinctes, le C.P.C. constituerait donc un espace idéologique inédit et mixte, résultant de la combinaison des dispositifs psychiatrique et pénal. L'exercice du soin infirmier psychiatrique en milieu correctionnel s'exercerait donc à l'intersection de deux types de discours et de représentations symboliques.

Comme l'exercice infirmier en milieu psychiatrique correctionnel contribue à l'atteinte des objectifs que le Service correctionnel a énoncé à l'égard des détenus-psychiatisés, soit une réinsertion sociale réussie, il n'est donc pas étonnant que les opérations et les objectifs du Centre psychiatrique correctionnel s'inscrivent dans le prolongement des rationalités du Service correctionnel. À cet égard, la réinsertion sociale réussie, objectif ultime proposé par le SCC pour tous les détenus-psychiatisés, constitue une finalité attendue. Cependant, les documents officiels recensés au C.P.C. ne permettent pas de conclure qu'un souci humaniste présiderait au développement d'un projet de Centre psychiatrique correctionnel. Par exemple, des impératifs économiques sont aussi invoqués par les autorités du Service correctionnel pour justifier la fondation d'un Centre psychiatrique correctionnel.

Les documents du C.P.C. pouvant tenir lieu de philosophie de soin font plutôt état de la nécessité d'une approche multi-axiale et multi-thérapeutique, reposant principalement sur l'approche cognitive-béaviorale et touchant plusieurs aspects de la personne du détenu-psychiatisé en vue d'une réinsertion sociale réussie. Ces aspects sur lesquels porteront les soins infirmiers psychiatriques se libellent comme suit : trouble psychiatrique, trouble de la personnalité et facteurs criminogènes. En conséquence, les

interventions des agents de soin mandatés pour actualiser la réhabilitation des détenus-psychiatisés s'inscrivent dans la séquence assistance-répression-transformation, séquence calquée sur les étapes prévisibles d'une réinsertion sociale réussie.

C'est inscrit au sein de cette logique de transformation des détenus-psychiatisés, logique étrangère à la formation initiale du personnel infirmier exerçant en psychiatrie hospitalière, que le personnel infirmier en psychiatrie pénitentiaire exerce à la fois comme agent de soin et agent de la paix. Il faut donc situer l'exercice du personnel infirmier en psychiatrie pénitentiaire dans un dispositif correctionnel plus vaste qui, d'une part, vise *prioritairement* la transformation de délinquants suivant des objectifs précis en vue d'une réinsertion sociale réussie et qui, d'autre part, vise *incidemment* le rétablissement de la personne atteinte de maladie mentale.

Or, ces agents de soin qui interviennent auprès d'une clientèle délinquante et malade doivent impérativement se conformer à certaines règles sécuritaires qui, à certains égards, paraissent peu compatibles avec certains aspects de l'exercice infirmier psychiatrique, par exemple l'établissement d'un lien thérapeutique et de confiance avec le malade mental. Nous sommes donc d'avis que, si l'incarcération vise un processus délibéré de transformation du détenu-psychiatisé (et on pourra définir ce processus de diverses manières : traitement, correction, (re)dressement, etc), il existe corrélativement un processus informel visant à faire du personnel infirmier des agents (de soin et de garde) efficaces en regard des objectifs correctionnels, ainsi que des agents (de soin et de garde) adaptés à leur nouvel environnement de travail : le Centre psychiatrique correctionnel.

Les données empiriques amassées nous permettent d'affirmer que le personnel infirmier en fonction au Centre y arrive avec une « culture » que nous qualifierons de « domestique ». Domestique dans la mesure où le personnel infirmier est embauché au C.P.C. après avoir reçu une formation initiale en sciences infirmières dans les collèges ou les universités et, pour la plupart de nos informants, après avoir exercé dans d'autres milieux de soins généraux ou psychiatriques. Pour la majorité du personnel infirmier, l'initiation au milieu carcéral coïncide, nous ont-ils spécifié, avec un « choc culturel » important, dont nous avons fait état plus haut. Plus encore, les données empiriques nous permettent d'affirmer, à ce stade-ci de notre analyse inductive, que le personnel infirmier en milieu carcéral serait à la fois *objet* et *sujet* de pouvoir.

D'une part, le personnel infirmier serait *objet de pouvoir* sur lequel s'exerce une multiplicité de forces issues du milieu carcéral, forces déployées dans le but de

transformer (conformer) le personnel infirmier afin de le rendre apte à remplir un mandat bicéphale précis.

D'autre part, le personnel infirmier serait aussi *sujet de pouvoir* puisqu'en même temps qu'il est « modelé » pour répondre aux exigences de son double emploi d'agent de soin et d'agent de contrôle, le personnel infirmier userait de ce même pouvoir (qui l'a au préalable traversé), sur la clientèle recluse au C.P.C.. Dès lors, notre question de recherche reçoit ici un singulier éclairage et doit être approfondie puisque l'exercice infirmier en psychiatrie carcérale articulerait des mandats de contrôle et de soin non sans être traversé par un pouvoir anonyme que le personnel infirmier subit en tant qu'objet et un pouvoir qu'il détient cette fois en tant que sujet, « sur le plancher » à titre d'agent de soin et d'agent de la paix et parfois non sans susciter des problèmes de conscience professionnelle. Quoi qu'il en soit, le double statut identitaire (*objet et sujet de pouvoir*) du personnel infirmier atteste donc de l'efficacité des forces sociales contraignantes qui modèlent le personnel du C.P.C.. Cette double identité témoigne aussi de la viabilité de la symbiose entre la prison et l'asile, mais non sans heurts ni contradictions au plan du personnel.

Le pouvoir qu'on subit ou qu'on exerce dans ce cadre social constitue un concept fondamental et explicatif, compte tenu des données amassées. La notion de pouvoir nous servira à départager les rôles « d'objet de pouvoir » et de « sujet de pouvoir ». Ce partage binaire entre les deux rôles nous permettra d'analyser nos données de manière systématique, suivant que le personnel infirmier est objet ou sujet de pouvoir. *Nous entendons par pouvoir ce qui permet à une personne ou à un groupe de produire un effet quelconque sur une autre personne ou un autre groupe de personnes.* Le pouvoir, dont on a suivi les traces précédemment, est un concept qui traverse les cinq catégories dégagées à partir des données empiriques que nous avons présentées dans le volet descriptif de ce chapitre sur la présentation des résultats.

4.2.1 Objet de pouvoir

Selon les données empiriques, le personnel infirmier serait un objet de pouvoir sur lequel un travail de déconstruction et de re(construction) s'effectuerait. Ce travail serait le fait d'un ensemble de facteurs propres à l'environnement carcéral, incluant les discours et les pratiques qui le caractérisent. Selon nos sources, le personnel infirmier, les deux sexes confondus, serait objet de pouvoir et ce, par le truchement d'actions et de renforcements constants et sommatifs de la part de quatre entités : l'établissement carcéral en tant qu'espace discursif (compris dans un dispositif pénal plus large), les

agents de correction, les détenus-psychiatisés et leurs propres collègues infirmières et infirmiers.

En effet, dès son entrée au Centre, le personnel infirmier se voit informé, par les représentants de l'établissement pénitentiaire, des fonctionnements carcéraux et des règles à observer « en dedans ». La majorité de nos informants n'avaient pas eu de contact préalable avec le système correctionnel. Or ces informants confiaient au chercheur que leur arrivée au Centre avait été difficile compte tenu entre autres du dispositif architectural sécuritaire. À mesure que s'accroît leur expérience, ce malaise tendrait à s'estomper pour certains alors qu'il s'amplifierait pour d'autres. Nous analyserons en détail ces données apparemment contradictoires un peu plus loin dans l'analyse.

Nos témoignages font ressortir que le personnel infirmier serait l'objet d'un pouvoir normatif visant à faire de ce personnel des personnes capables d'assumer les fonctions d'un agent de la paix. Cette transformation dont on ne peut que recueillir les effets suivrait une logique précise. Nécessaire à l'intégration des infirmières et des infirmiers en milieu pénitentiaire, elle ne serait pas explicitement ordonnée par une instance supérieure. Nous appellerons ce processus visant à transformer le personnel infirmier : processus de « conformation aux moeurs carcérales ». Au coeur même de ce processus de « conformation » coexiste un ensemble de processus que nous mettrons aussi en évidence.

4.2.1.1 Processus de conformation aux moeurs carcérales

Dès son entrée en milieu psychiatrique pénitentiaire, le personnel infirmier serait soumis à un ensemble de contraintes et de pratiques normées, en conformité avec le discours dominant, voulant que leur exercice professionnel « prenne la couleur des murs ». Ainsi, l'idéologie « dominante » s'imposerait au personnel infirmier explicitement mais, surtout, implicitement. Ce processus de « conformation aux moeurs carcérales » comprend, nous l'avons souligné, un ensemble d'actions et d'attitudes qui, se superposant et s'accumulant les unes aux autres, viserait à assurer la transformation du personnel infirmier en personnel infirmier-agent de la paix. Il s'agit ici de forces externes et multiformes vecteurs de la transformation du personnel infirmier du C.P.C.. Mais ce processus de conformation n'implique pas nécessairement que l'ensemble du personnel soit inévitablement transformé par les forces en présence.

La finalité du processus de conformation aux moeurs carcérales comprend, selon nous, une suite d'opérations à teneur idéologique qui façonnerait le personnel infirmier

dont le C.P.C. a besoin. Les étapes de ce processus répondent à un schéma qui vise un résultat déterminé mais qui n'a pas été explicitement articulé par les autorités correctionnelles. Cependant, les données amassées permettent de (re)constituer ce processus de « conformation aux moeurs carcérales ». Deux grandes étapes seraient impliquées dans ce processus telles que libellées par le chercheur : le changement culturel et les techniques de conformation aux moeurs carcérales. La deuxième étape (techniques de conformation aux moeurs carcérales) se détaille comme suit : l'isolement, la transformation des personnes et des représentations (incluant : masculinisation et contamination morale) et enfin, modelage de l'exercice infirmier et sanctions (incluant : sanctions subtiles, harcèlement et violence).

4.2.1.1.1 Changement culturel

Ce processus de « conformation aux moeurs carcérales » débute par le « choc culturel » perçu et vécu par nos informants. Ce choc culturel met en jeu deux « cultures », à savoir : la « culture de soins » et la « culture carcérale ». Le personnel infirmier entrerait dans l'institution pénitentiaire avec une culture dite « domestique » constituée par les enseignements en sciences infirmières auxquels se sont additionnés les expériences de travail en milieu clinique. Cette culture hospitalière « domestique » du personnel infirmier, les données nous le confirment, confronterait l'ordre carcéral dominant dans l'institution psychiatrique carcérale sur certains points sensibles. En effet, cette culture hospitalière domestique fonde son exercice sur un ensemble de représentations qui définissent des paramètres éthiques et professionnels relatifs à quatre concepts centraux en sciences infirmières soit le soin, la santé, l'environnement et la personne. La représentation de ces quatre concepts centraux balisant la pratique infirmière serait, selon la majorité des informants, inévitablement modifiée à mesure que l'exposition à l'idéologie carcérale s'accroît. Cette modification serait le fait du contact soutenu avec l'environnement carcéral.

Contrairement aux institutions psychiatriques hospitalières, le C.P.C. n'énonce pas une philosophie de soin mais formule des objectifs visant la réhabilitation du détenu-psychiatisé en modifiant son comportement. L'environnement carcéral diffère de l'environnement hospitalier, constat rapporté par tous nos informants sans exception. L'aspect sécuritaire teinte l'expression du soin et altère ses dimensions éthiques comme la confidentialité et « l'*advocacy* ». Les impératifs sécuritaires, composante essentielle et incontournable de l'ordre carcéral, empêchent par exemple le personnel infirmier de s'entretenir en privé avec un détenu-psychiatisé sans qu'une surveillance constante ne

fragilise le lien thérapeutique. En contre-partie, l'aspect sécuritaire de l'environnement carcéral est nécessaire pour que le soin infirmier puisse s'exercer sur des détenus fédéraux, c'est à dire purgeant une sentence criminelle.

Si la sécurité du personnel constitue un élément incontournable de l'exercice infirmier en psychiatrie pénitentiaire, la présence d'agents de correction lors des interventions infirmières s'avère par conséquent aussi inévitable qu'indispensable. Le personnel infirmier devra alors être escorté, dans la majorité de ses tâches « sur le plancher » par le personnel de la sécurité. Mais nos informants nous rappellent que cette escorte présuppose un ensemble de conditions informelles mais préalables. En effet, la qualité de la relation entre l'infirmier(ère) et les agents de correction est déterminante dans la réalisation de l'exercice infirmier. Ils affirment en effet que des conflits entretenus ou non-résolus avec des agents de correction auront des répercussions à connotation négative (par exemple des retards dans la dispensation des soins) sur l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire. On se rappellera par exemple que certains agents refuseraient de servir d'escorte à certains membres du personnel infirmier si des conflits opposaient l'infirmier(ère) à cet agent de correction. À défaut d'une escorte, l'exercice infirmier, le point est établi, ne peut s'effectuer sécuritairement. Dans la mesure où la présence d'un agent de correction est impérative pour effectuer une intervention infirmière, la moindre intervention infirmière doit non seulement être planifiée pour répondre à la disponibilité parfois capricieuse de certains agents de correction, mais encore le personnel infirmier doit-il faire montre d'une déférence pas toujours réciproque dans ses relations avec les agents de correction s'il veut pouvoir intervenir auprès des détenus-psychiatisés dans un délai raisonnable.

Rappelons que certaines infirmières auraient eu du mal à dispenser les soins requis par un détenu-psychiatisé dans un délai, jugé par celles-ci, de « raisonnable » vu leur relation tendue avec certains agents de correction. Nous savons aussi que le groupe d'agent de correction fait preuve de cohésion. Des informants ont spécifié qu'un conflit avec un agent suscite de la part des autres agents une attitude nettement moins coopérative. Il serait donc indispensable pour le personnel infirmier de soigner ses relations interpersonnelles avec l'ensemble des agents de correction s'il veut faciliter son exercice professionnel.

Par ailleurs, nous établissons que des conflits entre les agents de correction et les détenus-psychiatisés affectent aussi le service infirmier. En effet, un conflit entre un agent de correction et un détenu-psychiatisé, peut significativement retarder le

signalement de la requête du détenu-psychiatrisé auprès du personnel infirmier. L'agent en question pourra délibérément faire attendre le détenu-psychiatrisé, empêchant par le fait même que le personnel infirmier ne puisse effectuer son travail.

La réalisation de l'exercice infirmier est donc conditionnelle à la qualité des relations interpersonnelles du personnel infirmier avec les agents de correction. Les conséquences pratiques de la conformation ou de la non-conformation du personnel infirmier à ces contraintes émanant de l'idéologie carcérale peuvent compromettre l'exercice intégral du soin infirmier. C'est l'exercice même du soin qui est menacé. Ce climat de travail diffère du milieu hospitalier, dans la mesure où le personnel exerçant en milieu correctionnel ne peut exécuter ses interventions en l'absence d'un agent de correction. L'ordre carcéral impose au personnel infirmier un rapport de sujétion stricte au personnel infirmier. Le pouvoir, tant hiérarchique qu'idéologique, qu'exerce l'environnement carcéral par le biais de ses règlements et des coutumes admises par la tradition carcérale induit une documentée et lourde de conséquences, surtout sur les infirmières.

Incidemment, l'exercice infirmier ne saurait être spontané comme celui qui se pratique en milieu hospitalier, vu la contrainte qui pèse sur l'exercice infirmier inextricablement lié à l'environnement carcéral. Dans cet environnement de soins, la réalisation de l'exercice infirmier est conditionnelle à des facteurs objectifs (disponibilités des agents) et subjectifs (qualité des relations interpersonnelles), ce qui présuppose que le personnel infirmier doit faire montre de complaisance et surveiller la qualité de ses relations interpersonnelles avec les membres de la sécurité.

S'il est vrai que l'ordre carcéral impose des règles qui définissent les modalités de la rencontre entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé, il est aussi vrai que les acteurs qui y évoluent, particulièrement les agents de correction et certains membres du personnel infirmier, véhiculent l'idéologie pénitentiaire et ceci affecte aussi les manières dont le soin infirmier devra se manifester. En effet, le personnel de correction et certains membres du personnel infirmier, particulièrement les hommes, endossent certaines règles pénitentiaires même si celles-ci compliquent leur travail.

Les exemples à cet égard sont légion dans la partie descriptive de cette présentation des résultats. Cependant plusieurs de ces exemples sont subsumés sous quatre formes de relations caractérisant les rapports entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés, suivant une typologie précise. Ces formes de relations, telles que définies dans notre premier niveau d'analyse, sont les suivantes : la relation normée, la

relation observée, la relation suspecte et enfin, la relation superficielle. Ces quatre types de relations entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés attestent de l'efficacité des forces exercées par l'idéologie carcérale sur le soin et qui le modèlent jusqu'à un certain point.

Selon nos informants, l'idéologie pénitentiaire stricte encore présente au Centre psychiatrique correctionnel édulcorerait et opprimerait les manifestations d'une « culture de soins » qu'on s'efforce toujours de préserver et d'enrichir. Par contre, il serait inexact de conclure que la « culture de soins » est complètement inhibée au C.P.C.. Elle a fait des gains et tend à élargir sa juridiction et sa légitimité depuis plusieurs années. Le choc des deux « idéologies » et de leur juridiction respective a été évoqué par nos informants à maintes reprises. Les conversations et les disputes rapportées par nos informants, ainsi que leurs confidences entourant la légitimité des soins infirmiers au Centre reflètent, à notre avis, l'antagonisme de deux « idéologies » dont les finalités, sans être incompatibles, divergent toutefois sur plusieurs points.

Par ailleurs, il faut admettre que les représentants des deux idéologies en présence perçoivent une certaine part d'antagonisme (ce qui n'exclut nullement une certaine part de compatibilité). En effet, des agents de correction craignaient relativement à l'avenir de la sécurité au Centre, qu'ils nous disaient menacée par les concessions faites au service des soins infirmiers avec l'aval des autorités carcérales. Tous les acteurs, même antagonistes, d'un milieu de détention traversé de finalités divergentes (contrôler *versus* soigner) subissent plus ou moins, individuellement, le ressac du conflit idéologique entre la juridiction respective de l'ordre carcéral ou de l'ordre hospitalier s'exerçant sur le même détenu-psychiatisé. Or l'effet négatif du conflit des juridictions est ressenti par tout le personnel interrogé au Centre, suivant une répartition constante mettant en lumière les positions respectives d'une idéologie dominante (carcérale et sécuritaire à l'égard du détenu-psychiatisé) et d'une idéologie minoritaire (soignante et gardienne de la personne psychiatisée).

Les conflits quotidiens entre le personnel infirmier et certains agents de correction ont d'ailleurs été longuement commentés par tous nos informants, y compris par des agents de correction et par le personnel de gestion du Centre psychiatrique correctionnel. Nous affirmons, à ce point de notre recherche, qu'une répression s'exerce sur le personnel infirmier dont les causes seraient étroitement liées au conflit qui oppose les deux idéologies en présence au Centre.

Certaines règles administratives objectivent, aux yeux du personnel infirmier, la place de second rang qui lui est réservé au Centre. Par exemple, on déplore l'invisibilité des interventions infirmières dans la mesure où les notes infirmières inscrites au dossier de chaque détenu-psychiatrisé sont retirées, faute de place, lorsque le détenu est transféré vers un autre établissement. Nos informants déplorent cette pratique dévalorisante pour le personnel infirmier et partagent le sentiment que cette pratique administrative révélerait la piètre estime que l'on entretient eu égard au travail du personnel infirmier. Les autorités du Service correctionnel justifient cette pratique en invoquant le manque d'espace physique dans le dossier papier des détenus-psychiatrisés. Selon la majorité de nos informants, cette pratique intensifierait le sentiment de dévalorisation de leur exercice professionnel.

Alors que le soin infirmier s'exerce rarement avec des contraintes extrinsèques d'ordre sécuritaire en milieu hospitalier, il en va tout autrement lorsque le personnel infirmier doit exercer dans un milieu carcéral. Nos informants nous soulignent en effet que le personnel infirmier est victime d'un « choc culturel » non-négligeable en entrant au Centre. L'impact perdurera puisque le personnel infirmier, principalement les infirmières, est la cible de pressions idéologiques générées dans ce milieu où évoluent principalement des acteurs masculins.

Si l'on compare le milieu hospitalier au centre de psychiatrie carcérale, on constate une très forte proportion du ratio d'employés masculin, population qui s'avère un élément non-négligeable du choc culturel vécu par le personnel infirmier. Le Centre psychiatrique correctionnel emploie quatre fois plus d'hommes que de femmes, tous les titres d'emploi confondus. La proportion des effectifs masculins s'élève à neuf fois plus d'hommes que de femmes (25/225) si l'on comptabilise les détenus-psychiatrisés du C.P.C.. L'omniprésence d'une idéologie machiste apparaît sans équivoque et de nombreux témoignages à cet effet, dans la section descriptive, supportent ce constat fait par le chercheur. L'idéologie machiste qui prévaut au C.P.C. et qui teinte les relations entre collègues de travail au Centre se manifeste entre autres par une attitude paternaliste à l'égard du personnel infirmier, particulièrement les infirmières. Si cette attitude paternaliste à l'endroit des infirmières est le fait de certains agents de correction, il n'est pas exclu que certains infirmiers l'endossent également.

Cette attitude paternaliste se manifeste positivement par le souci constant qui habite plusieurs employés masculins à l'effet de protéger les infirmières contre les agressions, toujours possibles, de détenus-psychiatrisés. Mais ce souci altruiste

engendre dans les faits une surveillance continue qu'on assure entre autres lorsqu'une infirmière rencontre un patient, que cette rencontre se fasse de manière formelle (entrevue thérapeutique) ou informelle (lorsque l'infirmière croise un détenu dans les corridors du Centre).

Selon nos informants, le personnel infirmier masculin ne ferait pas l'objet d'autant d'attention de la part du personnel de sécurité. Or, cette surveillance plus stricte à l'endroit du personnel féminin résulte de deux craintes entretenues et verbalisées par certains infirmiers et les agents de correction interrogés. D'abord, plusieurs agents de correction craignent que ne se développe une relation sentimentale entre les infirmières et les détenus-psychiatisés. Pour contrer ce risque, toujours présent selon eux, les agents de correction s'autorisent à surveiller plus étroitement la teneur des relations entre les infirmières et les détenus-psychiatisés. Afin de valider la perception des infirmières eu égard à l'omniprésence d'une idéologie machiste en milieu carcéral, nous avons évoqué devant un informant, agent de correction, la possibilité d'une relation sentimentale homosexuelle entre un infirmier masculin et un détenu-psychiatisé. Or, cette possibilité fut complètement écartée par cet informant. Il n'existerait, à sa connaissance, aucun précédent en ce sens. En contrepartie, il cite des précédents impliquant des infirmières ou d'autres femmes, employées du Service correctionnel. Ensuite, affirment les agents de correction et certains infirmiers et infirmières, plusieurs infirmières manifesteraient davantage des comportements « maternants » ou « féminins » qui vont à l'encontre des conduites admises dans le contexte de l'ordre carcéral. On dit de ces infirmières qu'elles ne respectent pas les règles sécuritaires. Soulignons ici que certains agents perçoivent intuitivement les disparités qui séparent l'exercice infirmier et l'exercice sécuritaire, puisque ces officiers affirment que certaines infirmières et certains infirmiers prioriseraient leur exercice professionnel infirmier au détriment de l'aspect sécuritaire.

Par ailleurs, le discours des autorités correctionnelles à l'égard du détenu-psychiatisé est sans équivoque et conforte l'opinion suivant laquelle l'idéologie carcérale « s'exprime » suivant le registre des valeurs qui la supportent. Ainsi, l'utilisation systématique du terme « délinquant » dans toutes les communications et les publications officielles du Service correctionnel ne recouvre pas exactement l'acception que la discipline infirmière et l'enseignement des sciences infirmières confèrent aux vocables « patient » ou « malade » tel qu'il apparaît dans la philosophie de soin rédigée par chaque établissement hospitalier, y compris l'hôpital psychiatrique (où des mesures

de sécurité existent aussi), alors que le C.P.C. ne publie ni n'adhère à une telle philosophie de soins infirmiers. En somme, notre question de recherche qui explore l'articulation du mandat de soignant et d'agent de la paix en contexte de psychiatrie pénitentiaire suppose l'examen de cette divergence entre le discours officiel des autorités carcérales et les discours qui fondent l'exercice infirmier aux plans de l'éthique professionnelle, de la formation et de la pratique. Or, cette interface entre les paradigmes carcéral et infirmier est d'ordre conceptuel, puisque la définition du délinquant (qui fait l'objet d'une sentence) ne recouvre pas la définition de la personne malade, c'est-à-dire du patient psychiatisé (même s'il a commis un délit).

Cependant, notre recherche a pu établir que ces représentations inscrites dans une « culture » de soin infirmier sont malléables. Nous constatons en effet que la représentation du détenu-psychiatisé tel que décrite par le personnel infirmier lors des entrevues a tendance à se rapprocher de la définition institutionnelle utilisée au pénitencier. Le malade mental est, au Centre psychiatrique correctionnel, d'abord et avant tout un délinquant. Ce délinquant constitue un risque contre lequel tout le personnel doit se prémunir. Tous les informants, sans exception, nous ont rappelé que le patient qu'ils soignent est d'abord un délinquant, puis un malade mental. La préséance de l'identité délinquante sur l'identité de la personne affligée de trouble mental semble faire l'objet d'un certain consensus fonctionnel au Centre, même s'il est mitigé chez certains de nos informants, infirmières et infirmiers.

L'intériorisation des contraintes sécuritaires propres à l'environnement carcéral impose des procédures qui contreviennent, modifient ou excluent, selon nos informants, des pratiques communément admises dans la profession infirmière. Selon les données de notre recherche, cette prise en compte du personnel infirmier aux règles tacites mais contraignantes de l'univers carcéral implique une transformation de la culture infirmière traditionnelle, transformation à laquelle sont associés des phénomènes sociaux qu'il convient de détailler puisqu'ils entraînent un processus de conformation aux moeurs carcérales qui n'exclut aucun membre du personnel interviewé. En effet, les individus réfractaires à cette conformation aux moeurs carcérales finissent parfois par céder, compte tenu des pressions informelles des collègues de travail, du stress de l'exclusion, voire même de la détresse psychologique. D'autres, par contre, inscriront leur pratique dans une sorte de résistance à l'ordre carcéral.

4.2.1.1.2 Techniques de conformation aux mœurs carcérales

L'isolement

Tel que précédemment exposé, le personnel infirmier arrive au Centre avec une « culture » infirmière dite « domestique » qui doit tenir compte voire même s'intégrer à une autre « culture » institutionnelle, étrangère à la majorité du personnel infirmier nouvellement embauché. Le contact avec l'ordre carcéral est vécu comme un choc culturel disent nos informants. La situation géographique du Centre, à l'écart des agglomérations urbaines et situé dans l'enclave d'un pénitencier de conception architecturale moderne, intensifierait le sentiment d'isolement ressenti par le personnel infirmier. Le Centre psychiatrique correctionnel est d'emblée perçu comme un environnement coupé du monde. Le sentiment d'oppression résultant de cette coupure avec la société civile se manifesterait plus intensément en début de carrière au pénitencier. Un infirmier souligna d'ailleurs au chercheur qu'il n'oublierait jamais le son sinistre du portail se refermant derrière lui, le premier jour où il entrait pour travailler au Centre. La charge symbolique associée à ce bruit de clôture grillagée se refermant derrière lui avait été telle qu'il fut tenté de rebrousser chemin.

Ce sentiment d'isolement physique ressenti pourrait certes n'être causé que par les caractéristiques architecturales impressionnantes de l'environnement pénitentiaire, mais nos entrevues révélaient un autre phénomène. Nos informants affirment se sentir isolés de la communauté infirmière exerçant en milieu hospitalier général. Cet isolement prend les allures d'une marginalisation socioprofessionnelle dans la mesure où ce sentiment d'isolement est exprimé en termes forts par plusieurs infirmières et infirmiers qui font état du double « ghetto » (asile et prison) dans lequel ils et elles se trouvent. Selon nos informants, la pratique infirmière en psychiatrie constitue un « arrière-monde » pour la plupart des infirmières prodiguant des soins physiques à l'hôpital. Qui plus est, disent nos informants, leurs collègues travaillant dans des établissements traditionnels deviennent muets lorsque nos informants leur apprennent qu'ils travaillent avec des détenus-psychiatisés. Une infirmière soulignait expressément son besoin pressant de signifier à tous son appartenance à la « communauté » *nursing* à l'extérieur du C.P.C.. Un fossé profond séparerait l'univers carcéral de la société « hors des murs ». Ceux et celles qui travaillent « en dedans » finissent, disent-ils, par s'identifier à ce milieu de détention. Plusieurs informants disaient avoir l'impression d'être piégés par leur situation professionnelle et, dans une certaine mesure, de « faire du temps » comme les détenus-psychiatisés dont ils ont la charge. Cet isolement social et cette

marginalisation socioprofessionnelle par rapport à la communauté infirmière exerçant à l'extérieur du Centre psychiatrique correctionnel constitue, à notre avis, une condition essentielle du processus de conformation du personnel infirmier aux moeurs carcérales.

Nos données établissent que le personnel infirmier nouvellement embauché ou qui travaille toujours en milieu hospitalier civil exprime une opinion plus critique à l'égard des moeurs carcérales que les employés de longue date et dont le C.P.C. constitue le lieu de pratique exclusif.

Il a été clairement rapporté par certains membres du personnel infirmier que l'ostracisme manifesté par certains collègues de travail à l'endroit de certaines infirmières constituerait aussi un puissant moteur de conformation aux moeurs carcérales. Rappelons que certaines infirmières déclarent être victimes de l'hostilité de certains agents de correction. Or les autres infirmières n'ignorent pas ces sévices et ne veulent naturellement pas encourir cette mise à l'écart, surtout en soirée, où pendant huit heures il peut n'y avoir qu'un seul membre du personnel infirmier par unité.

Dès lors, il est difficile pour l'infirmière ou l'infirmier isolé de faire valoir son point de vue professionnel ou de faire respecter certaines de ses décisions. L'absence d'autres collègues infirmiers ou infirmières aurait un impact significatif sur la qualité de l'interaction entre l'infirmière et l'infirmier en poste avec certains agents de correction. Selon les informations fournies par nos sources, ce constat de sous-représentation socioprofessionnelle affecte davantage les infirmières parce que certaines d'entre elles s'expriment sans détours devant des agents de correction.

Mais nous constatons aussi que l'isolement dont souffrent principalement les infirmières n'est pas ponctuel et ne vise pas seulement des femmes perçues comme défiant l'ordre correctionnel. Nos informants des deux sexes confondus déclarent que certains actes infirmiers touchant au lien thérapeutique sont difficiles à assumer, tant la pression exercée par certains agents de correction est importante. Certains infirmiers confessaient que le besoin d'un moment de répit les amène parfois à se réfugier seuls dans un bureau, tant le climat de travail est parfois tendu avec les agents de correction.

Transformation du personnel infirmier et des représentations socioprofessionnelles

L'analyse d'une étape décisive du processus de conformation aux moeurs carcérales, soit la transformation du personnel infirmier et de ses représentations, fournira plusieurs éléments de réponse à notre question de recherche sur l'articulation des mandats de garde et de soin confiés au personnel infirmier du Centre. Nous avons clairement établi, par les descriptions de la partie précédente, que le milieu correctionnel

était principalement un milieu masculin. Mais il s'agit d'abord et avant tout d'un milieu de correction, de discipline et de punition.

Tel que mentionné précédemment, le personnel infirmier arrive au C.P.C. avec une culture « domestique » qui n'est pas nécessairement congruente à l'idéologie dominante en vigueur au C.P.C.. Le processus de transformation décrit ici vise l'adaptation, c'est-à-dire la mise à niveau de la prestation professionnelle du personnel infirmier avec les valeurs implicites et explicites de l'ordre carcéral dominant. Le chercheur constatait que ce processus de transformation de nature idéologique passe par la transformation de la représentation de la personne soignée (détenu-psychiatrisé) chez le personnel soignant, ainsi que par la transformation de la notion de soin infirmier. Comment se produit ce phénomène ? Nos données nous permettent de décrire et d'isoler deux autres processus à l'œuvre et intriqués dans le processus de conformation du personnel infirmier aux moeurs carcérales : la masculinisation et la contamination morale du personnel infirmier.

Masculinisation

Les données recueillies lors de notre investigation nous permettent de mettre en évidence un processus de transformation du soin infirmier qui serait perçu, par les agents de correction, comme un attribut principalement féminin. Ce soin dit « féminin » subirait une pression en devenant en psychiatrie carcérale un attribut masculin, un soin fonctionnel, dépouillé par exemple de la douceur, du respect humain à l'endroit du détenu-psychiatrisé et de la dimension caritative associée au soin dit « féminin ». Les aspects féminins impliqués dans les interventions du personnel infirmier sont perçus comme des irritants par les représentants de l'idéologie machiste qui prévaut au C.P.C.. Nous désignerons ce processus de transformation du soin infirmier comme étant un « processus de masculinisation du soin ». Les données empiriques nous permettent d'affirmer que le discours machiste énonce, en recourant à un processus idéologique complexe, les critères des « actes posés à l'endroit des détenus qui sont acceptables et sécuritaires dans l'environnement carcéral » où le personnel infirmier exerce.

Par conséquent, des actes infirmiers légitimes en contexte hospitalier sont ici affectés de connotations dites « féminines » et tenus pour moralement suspects en contexte carcéral. Par exemple, une attitude de « maternage » (ce sont les termes utilisés par nos informants) à l'endroit du détenu-psychiatrisé serait, selon les agents de correction et certains membres du personnel infirmier, dangereuse et tout à fait proscrite dans le milieu puisque « ce sont tous (les détenus-psychiatrisés) des manipulateurs ».

Ces attitudes « maternantes » qu'on impute principalement aux infirmières, s'apparentent, pour certains représentants de l'ordre carcéral strict, à des comportements de « faciles », de « mitaines » et de « Mère Thérèse » alors que pour les infirmières et les infirmiers incriminés, il s'agit de manifestations courantes du soin infirmier tel qu'il se pratique en milieu hospitalier : s'adresser à un patient en disant « Monsieur », toucher l'épaule d'un détenu-psychiatrisé à qui on vient d'annoncer un décès dans sa famille, etc.

Or, ces attitudes dites « soignantes » ne font pas l'unanimité chez le personnel infirmier, particulièrement de la part d'infirmières et d'infirmiers bien adaptés à l'ordre carcéral ou encore sont réprochées par une majorité d'agents de correction. Le chercheur soutient, à ce stade-ci de l'analyse, que le personnel infirmier, plus particulièrement les infirmières, est l'objet d'une surveillance minutieuse de la part des agents de correction dans la mesure où ce sont les infirmières, plus que les infirmiers, à qui on reproche ces attitudes dites de « maternage ». Certains infirmiers manifestent aussi des attitudes dites de « maternage ». Dans ce cas bien précis, il s'agit d'infirmiers nouvellement embauchés.

Cette surveillance s'inscrirait dans une stratégie plus globale visant à modeler de l'extérieur la relation entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés, tout en favorisant la conformation aux moeurs carcérales. Nos informants soulignent que les marques d'attention, de respect et d'empathie à l'endroit des détenus-psychiatrisés contreviennent aux attitudes de contrôle, à la discipline et à la punition, des valeurs dominantes en milieu correctionnel. Les attitudes humanistes impliquées dans l'établissement d'un lien thérapeutique, surtout en psychiatrie, et les marques de politesse seraient, pour la majorité de nos informants, des comportements caractéristiques principalement manifestés par le personnel infirmier féminin. Idéalement, après quelques années de travail au Centre, toutes les interactions entre les infirmières et les détenus-psychiatrisés sont purgées de manifestations soignantes dites « féminines ». En outre, nos données nous permettent d'affirmer que la féminité de la personne des infirmières est aussi la cible de cette opération « masculinisante ».

En effet, quelques infirmiers et les agents de correction rencontrés soulignent au chercheur que l'infirmière doit se garder d'être « coquette » ou élégante. Le choix vestimentaire des infirmières fait d'ailleurs l'objet de surveillance et de commentaires de la part des agents de correction et de certains infirmiers. À cet égard, plusieurs informants ont explicitement souligné au chercheur que les infirmières devaient revêtir

des habits neutres et opter préférablement pour le pantalon plutôt que la jupe, en évitant par ailleurs les blouses ou les décolletés. Bref, les infirmières doivent « prendre la couleur des murs » en s'abstenant de tout choix vestimentaire soulignant leur féminité. On invoque que la coquetterie augmente le risque d'agression sexuelle de la part de détenus-psychiatisés privés de femmes. On soulignait d'ailleurs au chercheur que les infirmières trop « coquettes » se placent dans une position de vulnérabilité vis-à-vis les détenus-psychiatisés.

Bref, le changement culturel expérimenté par le personnel infirmier est profond. Après une formation imprégnée du souci humaniste inclus dans l'éthique du *nursing*, l'infirmière ayant pratiqué en milieu hospitalier passe brutalement dans un milieu carcéral où prévaut une idéologie fortement polarisée par des valeurs machistes, valeurs reconduites par certains membres du personnel infirmier et par certains agents de correction véhiculant l'idéologie carcérale stricte. La transformation de l' « ordre » infirmier par l' « ordre » carcéral comporte donc un aspect répressif. À un ordre à dominance masculine s'incorpore un ordre hospitalier domestique et féminin. Ce travail de masculinisation du soin et du personnel infirmier débiterait, selon nos informants, dès leur entrée au Centre psychiatrique correctionnel.

Contamination morale

Notre analyse des données recueillies dans le cadre de cette recherche fait état d'une crainte que partagent certains membres du personnel infirmier. En effet, le conflit suscité par les aspects antagonistes du soin et de la sécurité faisait dire à certaines infirmières qu'elles craignaient de perdre leur identité professionnelle. La même crainte a aussi été verbalisée par quelques infirmiers. Soulignons enfin que certains infirmiers disent ne pas craindre du tout cette altération de leur identité professionnelle. Ces quelques infirmiers soulignent bien au contraire qu'ils accomplissent confortablement leurs fonctions d'agent de soin et d'agent de la paix.

La coexistence des idéologies carcérale et de soins infirmiers au Centre entraînerait selon nos informants un échange réciproque au plan idéologique. Cet échange idéologique entre les cultures en présence au Centre provoque aussi un phénomène de dépersonnalisation. En ce sens que des informants soulignaient que la présence constante d'agents de correction lors d'interventions infirmières finit par conformer tous les aspects de leur exercice professionnel aux normes implicites de l'environnement carcéral, de sorte que le personnel soignant qui a intériorisé les attentes

du milieu carcéral, ne sait plus à quel titre (infirmier ou agent de la paix) il exerce au C.P.C..

Le phénomène de contamination morale patent chez une majorité d'infirmières atteste d'un processus social de base issu de la coexistence, dans le même milieu de travail, de paradigmes culturels divergents qui exercent leurs juridictions respectives à l'égard d'une même clientèle, les détenus-psychiatisés. Suivant notre analyse des enjeux symboliques tels que rapportés par nos informants, l'idéologie dominante modifie la prestation des soins infirmiers et atteint la représentation même que le personnel infirmier se fait de son exercice professionnel.

Rien d'étonnant, en conséquence, à ce qu'une part importante du personnel infirmier avoue avoir intériorisé la préséance des impératifs sécuritaires sur le soin à dispenser aux malades. Plusieurs membres du personnel infirmier exprimaient d'ailleurs la difficulté constante de leur tâche, puisque chaque acte professionnel doit, pour se conformer, doser la proportion allouée au soin, à la sécurité et au contrôle. L'exercice de conformation aux mœurs carcérales est périlleux puisque l'individu qui est perçu comme adhérent avec trop de rigidité aux principes du *nursing* est aussi perçu comme réfractaires aux mesures sécuritaires. En effet, certaines infirmières et certains infirmiers disent se sentir continuellement observés par les membres du service de la sécurité et par certains de leurs collègues infirmières et infirmiers. Les agents de correction, disent-ils, se permettent de juger de la conformité de leur attitude sécuritaire et de baliser l'exercice infirmier au moyen de commentaires informels, de sous-entendus, de sanctions verbales, etc. Pratiquement, le personnel infirmier réformerait ses comportements afin d'obtenir la collaboration des agents de correction et d'éviter des conséquences qui affecteraient leur exercice.

Modelage de l'exercice infirmier et sanctions

Les étapes précédentes du processus de conformation aux mœurs carcérales témoignent de l'emprise et des diverses forces qu'exerce l'idéologie carcérale sur le personnel infirmier. Le lecteur a pu constater que le personnel infirmier voit son exercice professionnel modelé par les forces en présence au C.P.C.. Ces forces idéologiques s'exercent sur le personnel infirmier en tant qu'*objet de pouvoir*. Ce modelage idéologique, on l'a vu, cherche à transformer la représentation de leur identité socioprofessionnelle au plan des interactions quotidiennes avec les détenus-psychiatisés qui, elles, sont déterminées en partie par les effets conjugués des

techniques précédemment exposées dans le processus de conformation aux moeurs carcérales.

Les forces contraignantes qui façonnent l'exercice professionnel prennent plusieurs formes que nous avons détaillées. Mais les données recueillies auprès de nos informants font de surcroît état de sanctions subtiles. Le harcèlement et la violence font aussi partie de « l'arsenal idéologique » déployé en vue d'adapter l'exercice infirmier au monde pénitentiaire. Ces mesures d'intimidation s'exercent principalement sur le personnel infirmier récalcitrant, en fait, sur les infirmières et les infirmiers qui sont perçus comme défendant les principes « hospitaliers » des soins infirmiers avec trop d'acharnement, au détriment, disent les officiers, de la sécurité du personnel et du contrôle des détenus-psychiatisés.

Sanctions subtiles

Nos informants dénoncent une panoplie de moyens auxquels recourent certains agents de correction dans le but d'achever la conformation du personnel infirmier à l'ordre carcéral : refus d'accompagner le personnel infirmier pour une intervention infirmière alors que la présence des agents est essentielle; délai injustifié dans l'accompagnement du personnel infirmier pour une intervention infirmière; menaces voilées à l'effet que la sécurité individuelle du personnel infirmier pourrait être compromise par l'inaction délibérée d'agents de correction en cas de prise d'otage ou d'assaut physique; indifférence ou ignorance affectée d'agents de correction à l'égard du personnel infirmier; et, enfin, front commun ou hostilité d'agents de correction à l'endroit d'un membre du personnel infirmier en particulier, employé perçu comme réfractaire à l'ordre carcéral.

L'application de ces sanctions subtiles peut empêcher le personnel infirmier de répondre adéquatement aux besoins des détenus-psychiatisés (du moins, en suivant les critères hospitaliers du soin psychiatrique « ordinaire »), entravant ainsi l'exercice professionnel légitime des infirmières et des infirmiers.

Harcèlement et violence

Le processus de conformation aux moeurs carcérales recourt à d'autres mesures d'intimidation, celles-là moins subtiles et plus brutales. Nos informants rapportent que le personnel infirmier récalcitrant, qui ne se conforme pas aux attitudes et comportements communément admis par l'ordre carcéral strict, est victime de harcèlement et de violences polymorphes. La portion descriptive de notre analyse des données rapportait les expériences pénibles vécues par certains membres du personnel infirmier,

notamment les infirmières. Il s'agit, selon nos données, de manifestations violentes qui prennent la forme de l'intimidation, du harcèlement sexuel (envers les infirmières exclusivement) et d'attaque à la propriété privée (vandalisme) sur le terrain du pénitencier.

Du reste, certains détenus-psychiatisés recourent au harcèlement sexuel (pour les infirmières) ou à la violence verbale à l'endroit du personnel infirmier. Bien que certains de nos informants aient évoqué cette réalité, les témoignages en ce sens constituent une infime partie des données recueillies. Il faut cependant souligner que le personnel infirmier affirme avoir été pris à partie par les détenus-psychiatisés qui n'hésitent pas à exprimer leurs doléances avec vigueur, en recourant à un langage abusif et souvent misogyne (à l'endroit des infirmières).

Le personnel infirmier est beaucoup plus loquace en regard de son expérience avec les collègues de travail. Ainsi, certains agents de correction n'hésiteraient pas à recourir à ces formes extrêmes de pouvoir et à ces manifestations de violence sur le personnel infirmier masculin et féminin, en réservant toutefois le harcèlement sexuel aux seules infirmières exerçant au Centre psychiatrique correctionnel.

Selon l'ensemble de nos sources, qui comprennent la recherche documentaire, l'observation directe et les entrevues réalisées avec nos informants, il semble que le processus de conformation aux moeurs carcérales soit légitimé principalement par les impératifs sécuritaires qui prévalent dans l'environnement correctionnel. Précisément, nous croyons, à la lumière des données disponibles, que les impératifs de sécurité et la nature « à risque » des détenus-psychiatisés sont invoqués par plusieurs employés du C.P.C. pour justifier les prescriptions formelles et informelles en vigueur au Centre psychiatrique correctionnel. Cependant, certaines prescriptions informelles quant à elles se présentent souvent comme des rationalisations subjectives, mais dans la mesure où elles balisent les comportements et les attitudes dans l'environnement carcéral, ces prescriptions influencent inévitablement, toujours selon nos informants, l'exercice infirmier. Les entrevues réalisées avec ces derniers nous ont permis de constater que ce processus de conformation aux moeurs carcérales, tout informel qu'il soit, ne s'effectuait pas sans souffrances, souffrances principalement vécues par les infirmières. Ces souffrances constituent les « résultats » d'un processus social de base. Voilà pourquoi nous adoptons ce vocable pour désigner le phénomène.

4.2.1.2 Résultats du processus de conformation aux moeurs carcérales

Notre démarche analytique ne met nullement en question la légitimité des impératifs sécuritaires en vigueur au Centre et il ne fait aucun doute que le personnel infirmier sur lequel porte notre recherche se doit de respecter les modalités pratiques de la sécurité dans un environnement carcéral. Ceci dit, le maintien d'une distance sécuritaire entre la personne du détenu-psychiatrisé et le personnel infirmier est officiellement valorisé par l'institution. Pourtant, malgré la rationalité indiscutable du bien-fondé du maintien de cette distance sécuritaire, l'intériorisation de cette attitude sécuritaire, quant à elle, affecte certainement la nature du lien thérapeutique entre le personnel infirmier et la clientèle desservie, surtout dans l'optique du soin psychiatrique, tel que véhiculé en sciences infirmières, lequel suppose l'établissement d'un lien thérapeutique basé sur la confiance et sur l'expression, par le détenu-psychiatrisé, des enjeux existentiels et comportementaux auxquels il est confronté en regard de sa condition et de son traitement. Tel qu'exposé précédemment, c'est l'exercice infirmier en tant qu'il s'inscrit dans des rapports sociaux conflictuels qui fait l'objet de notre recherche, attendu que les modalités idéologiques de cet ordre semblent échapper au contrôle empirique de l'institution et des autorités.

La plupart des infirmières et des infirmiers rencontrés rapportent des tensions importantes engendrées par ces prescriptions, principalement informelles, ainsi que par la tentative de conformation conséquente à ces prescriptions. Ces tensions généreraient tel que mentionné des formes de souffrance polymorphes. Selon les témoignages de certains de nos informants, les impacts du processus de conformation aux moeurs carcérales contribueraient, s'ils étaient poussés à bout, à la mutilation de l'identité professionnelle du personnel infirmier. En effet, certains informants exprimaient la crainte d'être souillés par l'environnement carcéral. Certaines infirmières et certains infirmiers appréhendent en effet la « contamination morale », voire, la spoliation de leur identité professionnelle sous la pression des obligations sécuritaires relatives à la sécurité du personnel du Centre et au contrôle des détenus-psychiatrisés auxquelles ils doivent se conformer en milieu correctionnel.

Certains de nos informants avouent ne plus savoir qui ils sont au plan socioprofessionnel, alors que d'autres disent cumuler simultanément deux identités socioprofessionnelles dans leur emploi au Centre : pour une moitié *soignant* et pour l'autre moitié, *agent de la paix*. Cependant quelques infirmiers semblent avoir complètement intégré ces deux facettes de leur identité (infirmier et agent de la paix), de

sorte qu'ils affirment se sentir tout à fait à l'aise avec les aspects antagonistes sous-jacents aux deux mandats.

Sur la base des précédents résultats de notre recherche et à ce point de notre analyse empirique et inductive, *nous affirmons que le processus social dominant de « conformation aux moeurs carcérales » est responsable des souffrances polymorphes identifiées et dénoncées par le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique pénitentiaire*. Nous sommes d'avis que ce processus de conformation aux moeurs carcérales est la principale cause de l'acceptation de l'ordre carcéral par le personnel infirmier, dont les conséquences, au plan de la modification du comportement de ces employés, entraînent des manifestations de déférence à l'endroit des agents de correction, la perte du sentiment d'autonomie professionnelle, l'indétermination du rôle de soignant, ainsi que la contamination morale et la détresse psychologique. Ultimement, le processus social que nous analysons ici est responsable d'un sentiment de dépossession de sa propre personne et de son identité professionnelle.

Ce dernier « résultat » du processus de conformation (le sentiment d'étrangeté) a été exprimé explicitement, non sans pleurs et grincements de dents, par quatre infirmières. Selon nous, tous ces éléments attestent, à divers degrés, de l'efficacité d'un processus social de base à l'œuvre dans l'environnement carcéral où s'est déroulée la recherche. Selon les données dont nous disposons, nous pouvons affirmer, à ce stade-ci que peu importe le degré d'attachement du personnel infirmier à son identité antérieure la nature de l'institution pénitentiaire porte un coup déterminant à celle-ci.

4.2.1.2.1 Acceptation de l'ordre carcéral et déférence

Le processus de conformation aux moeurs carcérales impose par divers mécanismes interactionnels, on l'a vu, le respect des comportements attendus « dans un pénitencier ». Une minorité d'informants, principalement des infirmiers (ce qui n'exclut pas les infirmières), affirmaient qu'ils endossent pleinement les aspects limitant leur exercice infirmier en milieu correctionnel, compte tenu du contexte psychiatrique et pénitentiaire de l'exercice. Ces mêmes informants signifiaient au chercheur qu'ils acceptent et assument les prescriptions émanant de l'ordre carcéral tout en entretenant des relations cordiales avec les agents de correction.

Certaines infirmières et infirmiers rencontrés adoptent une attitude de déférence à l'égard des agents de correction. Cette attitude est motivée par le fait que les agents de correction constituent les premiers occupants du milieu pénitentiaire. Leur expertise se doit d'être respectée, affirment-ils. Cette attitude de déférence est aussi motivée par

des raisons pragmatiques. L'absence de conflits avec les agents de correction facilite beaucoup l'exercice infirmier.

Ainsi, certaines infirmières et certains infirmiers accepteraient de se plier aux prescriptions informelles des agents afin, comme plusieurs informants le soulignent, « d'éviter les conflits et de faire mon temps tranquille ». Il faut souligner ici que le comité de gestion du personnel du C.P.C. réproverait les comportements non-conformes à ce qui est généralement attendu d'un personnel soignant. Par contre, nos informants trouvent difficile d'actualiser leur exercice professionnel comme ils le feraient dans un centre hospitalier par exemple, puisque les pressions externes sont telles que l'exercice infirmier est inévitablement contraint.

4.2.1.2.2 Perte de l'autonomie professionnelle et indétermination des rôles

Les témoignages, tant chez le personnel infirmier que chez les agents de correction, rendent également compte de la dépendance du personnel infirmier à l'endroit des agents de correction. Le fait que le personnel infirmier soit obligé de solliciter l'approbation d'agents de correction et d'attendre leur disponibilité pour effectuer une tournée sécuritaire dans l'unité de soin qui leur est assignée, ou tout simplement pour dispenser un soin ponctuel à un détenu-psychiatrisé, fragmente la planification individuelle du travail infirmier au quotidien et suppose que la planification journalière du soin soit réaménagée en fonction des déplacements des agents. Dès lors, nous sommes autorisés à induire, à partir de nos données, qu'une part importante de l'autonomie professionnelle du personnel infirmier est informellement mais effectivement déléguée aux agents de correction par le personnel infirmier lui-même.

Nous avons décrit précédemment divers mécanismes de conformation émanant du dispositif carcéral qui suffisent à établir l'efficacité des modalités contraignantes auxquelles doit faire face l'exercice infirmier psychiatrique dans un contexte pénitentiaire. Certaines infirmières et certains infirmiers qui se déclarent bien adaptés aux mœurs carcérales, invoquent la nécessité du travail d'équipe en milieu carcéral pour justifier qu'on porte à la connaissance des agents de correction ses réflexions et ses interventions, y compris les dispositions journalières du plan de soins. Finalement, faisons état des extraits d'entrevues déjà citées qui confirment qu'un agent de correction peut s'autoriser à invalider une décision déjà prise par une infirmière ou un infirmier.

Dans ces conditions, l'exercice infirmier au C.P.C. ne peut être considéré comme pleinement autonome puisqu'il suppose en tout temps la présence, voire, l'agrément d'agents de correction. Dès son entrée au Centre psychiatrique correctionnel, le

personnel infirmier se trouverait modelé par un faisceau de forces sociales issues du milieu carcéral et plus largement du dispositif pénal. En effet, les infirmières et les infirmiers, on l'a vu, se trouvent privés d'une grande part d'autonomie en matière de gestion de soins, autonomie dont ils bénéficiaient d'emblée en milieu hospitalier. À maintes reprises, le personnel infirmier a rappelé qu'il était souvent impossible de poser un acte infirmier « indépendant », sans discuter au préalable de cette initiative avec les agents de correction qui font partie de l'équipe de rangée.

La pratique gemellaire de certaines infirmières et de certains infirmiers avec les agents de correction détermine en soi, selon certains, l'assouplissement des pressions idéologiques s'exerçant sur le personnel. Selon eux, l'exercice infirmier est certainement possible en psychiatrie carcérale dans la mesure où le personnel *nursing* se conforme aux finalités, aux besoins et aux limites de l'environnement carcéral en tant que cet environnement carcéral forme un microcosme social dense, cohérent et complexe. Certaines infirmières et certains infirmiers se disent professionnellement concernés, voire, franchement inquiétés par cette constante proximité idéologique de tenants de la mentalité carcérale. Elle serait responsable, selon plusieurs, d'une indifférenciation de l'exercice infirmier psychiatrique, où l'agent de soin est invité, suivant des prescriptions informelles, à épouser à l'égard des détenus-psychiatrisés l'attitude typique des agents de correction.

Le chercheur se permettra d'ajouter, données à l'appui, que l'accommodation du personnel infirmier à l'ordre carcéral affecte vraisemblablement la représentation de certains des quatre concepts centraux de l'exercice infirmier (environnement, personne, soin, santé), tels qu'articulés dans la philosophie de soin de la plupart des établissements hospitaliers. D'autres préoccupations d'ordre professionnel communiquées au chercheur visent à évaluer ou justifier l'adéquation du soin infirmier pratiqué au Centre, eu égard à la formation reçue en sciences infirmières. Par conséquent, les infirmières et les infirmiers interrogés faisaient fréquemment état de préoccupations éthiques à propos de la personne que l'on soigne *versus* le détenu qu'on surveille.

Ces réflexions et interrogations suggèrent qu'un phénomène d'osmose entre les groupes socioprofessionnels, agents de correction et personnel infirmier, serait à l'œuvre. En effet, comment rendre compte autrement du phénomène d'indétermination des fonctions propres à ces deux groupes socioprofessionnels rapporté par plusieurs membres du personnel infirmier ? Nous avons pu établir longuement que l'exercice

infirmier en psychiatrie pénitentiaire doit se conformer étroitement à « la loi du milieu » carcéral, en fait, si étroitement que le personnel infirmier tend à exercer une surveillance de type spécifiquement sécuritaire, en plus de la surveillance immédiatement relative au soin.

Plusieurs infirmières et infirmiers louent la tendance actuelle des autorités carcérales qui recrutent des agents de correction, souvent diplômés d'universités, avec lesquels il serait plus facile d'établir des rapports de réciprocité. En fait, la professionnalisation des agents de correction est reconnue ou souhaitée par la majorité des informants, certains escomptant même dans l'avenir voir l'agent de correction, sans uniforme, intégré à l'équipe de soin.

Ces éléments étant posés, il nous reste à envisager les résultats les plus dramatiques du processus de conformation aux moeurs carcérales, soit la détresse psychologique et le sentiment d'étrangeté.

4.2.1.2.3 Détresse psychologique et sentiment d'étrangeté

Nombreux sont les témoignages d'infirmières qui soulignent à quel point leur exercice professionnel au Centre psychiatrique correctionnel est difficile et contraignant. Les frustrations liées à « l'invisibilité administrative » et à la banalisation coercitive de l'exercice professionnel du personnel affectent psychologiquement plusieurs de nos répondantes qui ressentent un inconfort qu'elles qualifient d'insupportable (qui n'a cependant pas été verbalisé par les infirmiers). L'environnement carcéral et ses prescriptions sont difficiles à supporter, dans la mesure où ils contreviennent aux moeurs hospitalières inculquées par la formation initiale en sciences infirmières. Le faisceau des forces contraignantes de l'environnement carcéral, qui tentent de modeler l'exercice du personnel infirmier, serait responsable de cette détresse dont a été témoin le chercheur alors que certaines infirmières interviewées éclataient en larmes.

Les tensions quotidiennes entre le personnel infirmier et certains agents de correction constituent un facteur aggravant la détresse du personnel infirmier, principalement des infirmières, compte tenu que la légitimité d'employés féminins perçus comme « féministes » travaillant au Centre est plus difficilement admise par les agents que par les infirmiers. Nous traiterons spécifiquement des infirmières puisqu'elles seules ont dit souffrir, contrairement aux infirmiers qui se sont dits eux, pour la plupart, adaptés.

La détresse des infirmières se trouverait de surcroît alimentée par des commentaires misogynes. Pour composer avec cette détresse psychologique, plusieurs

d'entre elles déploient des stratégies défensives que nous avons déjà explicitées dans la section descriptive de la présentation des résultats. Nous considérerons, à la lumière des témoignages de nos informants, le masque et la carapace comme étant des stratégies défensives visant à protéger l'intégrité personnelle de souffrances qui accompagnent l'environnement carcéral. Ces stratégies attestent selon nous de la présence d'un processus de conformation aux mœurs carcérales. Ces stratégies de survie sont donc des défenses actives, qu'elles soient conscientes ou non, mises en place par le personnel infirmier pour se protéger des rigueurs de leur exercice professionnel.

Le port du masque est requis afin de camoufler ses véritables sentiments. Il est utile dans la mesure où les émotions de ceux qui l'utilisent sont cachées aux collègues de travail, ce qui permet de se protéger des remarques décrites comme « désobligeantes » de la part de ceux-ci. Le masque permet de dissimuler des émotions considérées inacceptables au pénitencier et permet également d'entretenir une image conforme aux attentes des collègues. La carapace, quant à elle, est utile dans la mesure où le personnel se détache de l'objet qui fait souffrir. La carapace est perçue par nos informants comme un « durcissement » de sa personne. Ainsi le personnel revêt la carapace dans le but de se « désensibiliser » ou de se distancier en regard de situations difficiles vécues au Centre.

Le personnel infirmier, principalement les infirmières, trouvent difficile de porter le masque et la carapace. Malgré les difficultés engendrées par ces deux stratégies de survie défensives, elles les considèrent indispensables pour survivre en milieu psychiatrique pénitentiaire. À cet égard, elles partagent le même avis que les infirmiers qui eux affirment que ces deux stratégies sont fondamentales pour travailler au C.P.C..

Le personnel infirmier, objet de pouvoir, constitue donc un matériau humain qui, exposé aux pressions idéologiques du milieu carcéral, voit plusieurs aspects de son identité professionnelle initiale façonnés par des prescriptions pénitentiaires formelles et informelles. Ce processus de conformation aux mœurs carcérales dont est l'objet le personnel infirmier entraînerait aussi chez certains membres du personnel infirmier un sentiment d'étrangeté ou de dépossession par rapport à leur identité initiale. Ce sentiment d'étrangeté du personnel infirmier s'appuierait sur une comparaison constante entre leur rôle de soignant à l'hôpital, *versus* le rôle d'agent de soin et d'agent de la paix au Centre psychiatrique correctionnel.

Les faits précédemment décrits sous le « processus de conformation aux mœurs carcérales » font état des pressions subtiles et multiples exercées sur le personnel infirmier. Nous sommes donc autorisés à affirmer que ces pressions issues du milieu carcéral fragilisent les repères initiaux et les représentations fondatrices du personnel infirmier en regard de la personne (patient) et du soin. Notons incidemment que les scrupules et les doutes exprimés par nos informants quant à l'adéquation de leurs soins témoignent d'une modification de leurs repères symboliques et d'une distanciation d'avec certaines représentations fondatrices de la discipline (nous référons ici aux quatre concepts centraux en sciences infirmières : la personne, le soin, l'environnement et la santé).

L'occurrence quotidienne de ces doutes à propos du niveau de soin dispensé aux détenus-psychiatisés montre l'étendue et la profondeur de l'adaptation contrainte du personnel infirmier au dispositif carcéral. Nous voyons un symptôme manifeste d'un processus social de base minant le personnel infirmier exerçant dans ce milieu de psychiatrie carcérale, dans ce besoin récurrent que manifestaient nos informantes, à l'effet de situer leur pratique au Centre en référant à la pratique hospitalière. Or la somme des différences entre les deux types d'exercice infirmier motive le choix des termes : quelques infirmières, dont certaines déjà expérimentées en psychiatrie, déclarent en effet « se sentir étrangère » à la conception du soin suivant les finalités de l'ordre carcéral. Elles affirment se sentir dépossédées de leur identité initiale de soignante. Cependant, ce sentiment de dépossession socioprofessionnelle nous renvoie à la détresse psychologique lorsque nos informantes disent, à propos de ce sentiment de dépossession, se retrouver face à une personne qu'elles ne reconnaissent plus comme elle-même. Cette dépossession de l'identité infirmière et le sentiment de distanciation de soi qui l'accompagne constituent les effets les plus dramatiques résultant du processus de conformation aux mœurs carcérales que nous avons pu identifier.

Certains membres du personnel infirmier voient les repères de leur exercice professionnel se dissoudre sous l'effet d'un environnement carcéral qui opprime et qui contraint l'exercice infirmier. Lors de notre recherche certaines infirmières ont clairement verbalisé ce constat.

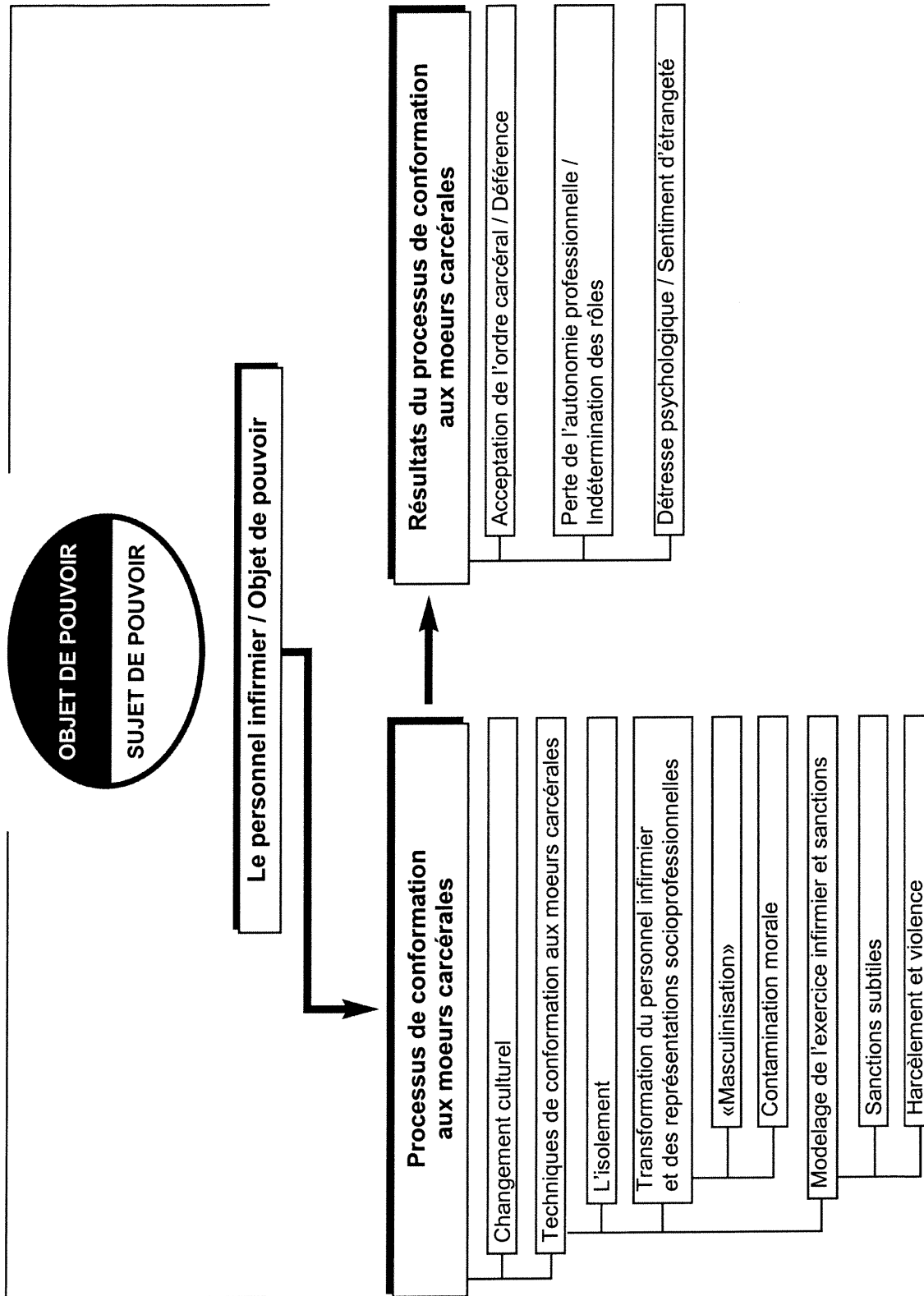
Les étapes du processus de conformation aux mœurs carcérales que nous venons de décrire peuvent bien sûr être rationalisées en invoquant la nécessité constante de respecter les principes de sécurité en vigueur au Centre. Cependant, notre

analyse inductive fait état de données qui mettent en lumière le caractère surtout informel des prescriptions véhiculées par un groupe d'agents de correction et certains membres du personnel infirmier. Ces prescriptions informelles se rattachent en fait aux vestiges idéologiques et à l'ancienne garde d'un ordre carcéral rigide et machiste, dont le comité de gestion du personnel perçoit les outrances. La mission officielle de la « prison » ne coïncide plus avec cette mentalité de la rétribution punitive « faire payer son crime au détenu », puisque les autorités carcérales visent la réhabilitation, c'est-à-dire la réforme d'un comportement répréhensible en suivant une approche thérapeutique cognitive-behaviorale.

Jusqu'ici, le lecteur attentif constatera que nous avons surtout décrit des prescriptions informelles secrétées implicitement, sous le couvert de l'idéologie dominante, par le dispositif carcéral. Notre analyse ne serait pas complète si nous ne tenions pas compte des prescriptions formelles telles que publiées par le comité de gestion du personnel du C.P.C., ou par les autorités du Service correctionnel. Ces prescriptions formelles contreviennent aussi à la dispensation d'un soin infirmier psychiatrique « intégral », dans la mesure où le soin infirmier dispensé n'est pas tout à fait à niveau avec la conception de la « personne » du patient, centrale dans la philosophie du soin, et qui excède le soin consenti en pratique au détenu-psychiatrisé incarcéré au Centre. Par exemple, le maintien d'une distance sécuritaire avec le détenu-psychiatrisé correspond à une mesure sécuritaire élémentaire, d'ailleurs officialisée par le statut d'agent de la paix dont est investi, par contrat, tout le personnel infirmier employé au Centre. Par contre, dans quelle mesure l'impossibilité pratique de garantir au patient (détenu-psychiatrisé) le respect d'un principe fondateur du *nursing*, comme la confidentialité du discours du patient ou l'*advocacy*, résulte-t-il de contraintes structurelles ou bien institutionnelles appliquées au personnel infirmier ? Incidemment, nous faisons état plus haut des doléances du personnel infirmier à l'égard d'une pratique administrative consistant à retirer les notes infirmières manuscrites du dossier d'un patient transféré dans un autre établissement. En effet, les réponses de plusieurs informants coïncident remarquablement sur ce que l'un d'eux appelait « l'invisibilité » de l'exercice infirmier.

On a aussi décrit plus haut que si « l'indifférenciation des rôles de soignant et d'agent de la paix » résulte en partie de l'application de mécanismes idéologiques, il n'en reste pas moins que le personnel infirmier est officiellement engagé par les autorités carcérales à *la fois* comme agent de soin et comme agent de la paix. Aussi, les

prescriptions informelles émanant de l'idéologie carcérale sont-elles partiellement reconduites et complétées au plan formel donc, dans le libellé de la description de tâches hybride assignée au personnel infirmier oeuvrant en psychiatrie carcérale. Il va sans dire que, tant au plan de l'argumentation que des données socioprofessionnelles invoquées dans notre recherche, le chercheur ne prête nullement des « intentions » à l'environnement carcéral en tant que milieu de travail supportant ou véhiculant une idéologie non-critiquée. Pas plus que le chercheur ne prête d'intentions aux autorités carcérales en affirmant qu'on trouve, dans la description officielle de la tâche « bicéphale » du personnel infirmier (agent de soin et agent de paix), des contraintes formelles qui « officialisent » l'indifférenciation de ces rôles respectifs. Comme on l'a vu ci-dessus, les conséquences socioprofessionnelles et psychologiques de l'exercice infirmier en psychiatrie carcérale soulèvent des enjeux sur plusieurs plans : existentiel, social, professionnel et interprofessionnel, voire même des enjeux aux plans politique, éthique et constitutionnel. Nous rappellerons ici par exemple que les enjeux politique, éthique et constitutionnel impliquent directement la notion fondatrice de la « personne » du patient en sciences infirmières.



4.2.2 Sujet de pouvoir

Si le personnel infirmier est un objet traversé par diverses formes de pouvoir, il est aussi un sujet actif, qui exerce différentes formes de pouvoir, notamment et au premier chef, sur les détenus-psychiatrisés dont il a la « garde ». Ce sujet de pouvoir est d'autant plus autonome qu'il adopte stratégiquement telle ou telle forme de pouvoir, suivant l'acteur considéré : les détenus-psychiatrisés, les autorités du Service correctionnel, les agents de correction ou les collègues infirmières et infirmiers.

Le personnel infirmier, sujet de pouvoir, constitue un groupe d'agents qui effectuent le lien entre les objectifs du SCC / C.P.C. et les objets visés par ces mêmes objectifs à savoir, les détenus-psychiatrisés. En tant que sujet de pouvoir, tel que nous avons été en mesure de le constater, le personnel infirmier est investi d'une mission de soins psychiatriques qui se conjugue quotidiennement avec une mission de garde et de contrôle. Ces deux missions convergent vers l'objectif officiel d'assurer la réinsertion sociale réussie des détenus-psychiatrisés. Cela dit, il nous faut examiner brièvement la nature des soins infirmiers dispensés auprès des détenus-psychiatrisés, non pour juger de la qualité de ces soins (les soins directs n'ayant fait l'objet d'aucune observation par le chercheur), mais pour baliser concrètement le domaine de l'exercice infirmier en psychiatrie pénitentiaire.

Empiriquement, l'articulation quotidienne du double mandat consistant à soigner et à exercer un contrôle social serré sur une population de détenus-psychiatrisés s'avère complexe, au plan socioprofessionnel. Pour remplir ces deux missions, soigner et surveiller des détenus-psychiatrisés, le personnel infirmier doit faire preuve d'initiative et d'autorité. Par conséquent, il n'est pas étonnant de voir le personnel infirmier déployer diverses formes de pouvoir et de contre-manipulation afin d'administrer le soin et d'assurer le respect de l'ordre et de la sécurité. La recherche menée dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire montre que le pouvoir qu'exerce le personnel infirmier sur la population recluse au C.P.C. est continu, alors qu'il revêt des formes tantôt « directes, franches et sans détours » et tantôt des formes plus subtiles. Ce pouvoir spécifiquement infirmier, suivant les circonstances et les résultats visés, arbore des formes diverses. Nous en avons identifié trois : la coercition, la discipline et la thérapie. Nous croyons que ces trois formes de pouvoir touchent directement et respectivement les finalités exprimées dans la séquence répression, transformation et enfin assistance.

4.2.2.1 Sujet de pouvoir sur les détenus-psychiatisés

4.2.2.1.1 Coercition

Dans leur pratique quotidienne, les infirmières et les infirmiers assurent des fonctions relatives au contrôle, à la discipline et aux soins psychiatriques. Bien que le personnel infirmier soit embauché à titre d'infirmière ou d'infirmier, les données recueillies convergent sur ce fait : le personnel déclare assumer des fonctions reliées à la correction des détenus-psychiatisés, en tant qu'il est aussi agent de la paix et partie prenante du système pénal. Ce constat s'inscrit en droite ligne avec leur titre d'emploi officiel d'infirmier(ère) autorisé(e) / agent(e) de la paix. En effet, le personnel infirmier est officiellement autorisé, en milieu correctionnel, à recourir aux moyens nécessaires afin d'assurer le respect des règles en vigueur au C.P.C.. Le personnel infirmier dispose non seulement de l'autorité nécessaire, *il a le devoir* de rapporter et de sanctionner tout acte répréhensible commis par un détenu-psychiatisé. Le personnel infirmier peut donc sévir directement auprès du délinquant, ou porter l'incident répréhensible à l'attention des agents ou de toutes autres autorités compétentes.

En effet, le statut d'employé du personnel infirmier au Service correctionnel véhicule un message sans équivoque aux détenus-psychiatisés. Le personnel infirmier s'attend qu'ils se prêtent à l'entreprise « tri-thérapeutique » et qu'ils ne contreviennent pas aux règlements en vigueur au Centre. Les détenus-psychiatisés sont donc soumis à l'obéissance et ils savent pertinemment qu'ils doivent respecter l'autorité du personnel infirmier, tout comme s'il s'agissait d'agents de correction. Or, il arrive que les détenus-psychiatisés rappellent brutalement au personnel infirmier que leur fonction est de soigner, et non de contrôler ou de surveiller. S'ajoutant à ces commentaires intempestifs verbalisés par les détenus-psychiatisés, nos informants signalent, qu'à l'occasion, des détenus-psychiatisés refusent d'obtempérer aux directives du personnel infirmier lorsque ces directives touchent au respect de l'ordre carcéral, par exemple au désordre de la cellule ou à la tenue carcérale. Dans les cas somme toute assez rares où leur autorité ne serait pas respectée, le personnel infirmier peut toujours faire appel aux agents de correction afin que le détenu-psychiatisé obtempère au plan de soin ou qu'une infraction aux règles du centre soit punie. Différents actes d'insubordination ont d'ailleurs été rapportés par nos informants. Ils sont décrits dans la partie descriptive de la présentation des résultats.

Sans molester ni même toucher le patient, le personnel infirmier recourt à plusieurs techniques de persuasion facilitant le soin et la surveillance des détenus

psychiatisés. Un moyen d'usage courant privilégié par nos informants est de faire appel aux agents de correction. Cette option est cependant soigneusement et stratégiquement évaluée par l'infirmière ou l'infirmier. En effet, le personnel infirmier, en tant que sujet de pouvoir, exerce régulièrement un choix stratégique en faisant appel à tel plutôt qu'un autre, plus susceptible d'obtenir l'obéissance du détenu-psychiatisé. Certains informants rappellent l'entêtement de tel ou tel détenu-psychiatisé réfractaire aux consignes du Centre. Cette contestation nécessitait une intervention plus ferme, de type coercitif, d'où le choix d'un agent de correction qui souscrit à un ordre carcéral strict. On remarque sous cet éclairage à quel point la présence des agents de correction est nécessaire à l'exercice infirmier en psychiatrie carcérale. Par ailleurs, on voit que le personnel infirmier est ici doublement sujet de pouvoir, puisqu'il utilise des agents de correction traditionalistes pour contraindre le détenu-psychiatisé à accepter les règles de la thérapie et la réhabilitation.

Cette première forme de pouvoir se caractérise par ses manifestations parfois directes, crues et même, brutales. Rappelons-nous cette infirmière qui, pour les besoins d'une situation, souhaitait « visser dans sa chaise » un détenu-psychiatisé qui ne se conforme pas; elle savait par expérience quel agent de correction appeler. Sans exercer de contention sur les détenus-psychiatisés, le personnel infirmier dispose toutefois d'un pouvoir coercitif dont les agents de correction disponibles seraient les exécutants, pour atteindre des objectifs disciplinaires ou thérapeutiques. Dès lors, il est acquis qu'en prison, le personnel infirmier constitue un groupe professionnel capable d'imposer l'obéissance aux détenus-psychiatisés. Trois infirmiers ont tenu à préciser qu'ils ne sont pas simplement des « distributeurs de pilules » mais des « intervenants correctionnels » ayant droit au même respect que leurs collègues agents de correction. Ces informants confirment d'ailleurs que leur statut d'agent de la paix leur confère le droit à l'obéissance de la part des détenus psychiatisés.

Examinons maintenant une autre forme plus courante du pouvoir infirmier. Le personnel infirmier recourt systématiquement à un pouvoir dit disciplinaire dans sa pratique professionnelle quotidienne auprès des détenus-psychiatisés.

4.2.2.1.2 *Discipline*

Les fonctions quotidiennes des infirmières et des infirmiers ne se limitent pas au suivi psychiatrique comme tel, mais sont assorties de tâches supplémentaires visant principalement le bon déroulement des opérations pénitentiaires et le contrôle des détenus-psychiatisés. En effet, le personnel infirmier est directement impliqué dans le

volet disciplinaire en vigueur au Centre dans la mesure où il assume des fonctions relatives au contrôle des activités, à la surveillance, au redressement, aussi bien qu'il applique des sanctions en regard d'actes considérés comme déviants par rapport aux règles en vigueur. Le statut officiel de *soignant* se voit donc renforcé et investi d'une autorité supplémentaire par le statut d'*agent de la paix*. Ici, notre analyse des interactions sociales symboliques dans le milieu de la psychiatrie pénitentiaire est bien conforme au libellé de la description d'emploi du personnel infirmier, tel qu'officialisé au plan administratif.

Au C.P.C., la discipline s'exerce sur un ensemble d'aspects touchant l'existence individuelle du détenu-psychiatrisé. Par exemple, il est entendu que le personnel infirmier doit voir à la conformité de la répartition dans l'espace des détenus-psychiatrisés dans le Centre, ou bien exercer un contrôle sur leurs activités, ou bien sur la séquence de ces activités. Le personnel infirmier se voit donc directement impliqué dans un quadrillage spatio-temporel des détenus-psychiatrisés. Le personnel infirmier s'assure, par exemple, que les détenus-psychiatrisés se trouvent bien dans leur quartier respectif aux heures prescrites, et non pas en train de circuler dans d'autres rangées que les leurs. Le personnel infirmier s'assure, de concert avec les agents de correction, que les détenus-psychiatrisés soient bien seuls dans leur cellule et ce, en tout temps, à moins que deux détenus y cohabitent officiellement. Chaque détenu-psychiatrisé occupe donc un espace qui lui est propre et partage certaines aires communes où il peut socialiser en compagnie de ses pairs. Les visites d'un détenu dans la cellule d'un autre détenu sont formellement interdites. Cette règle est d'ailleurs renforcée lors des tournées régulières de « rangées » effectuées par le personnel infirmier et les agents de correction. La répartition des détenus-psychiatrisés dans l'espace du C.P.C. est donc renforcée par des règlements internes que le personnel infirmier est tenu de faire respecter, notamment pour des raisons de sécurité.

Quant au contrôle des activités quotidiennes des détenus-psychiatrisés, celui-ci s'exerce principalement sur l'emploi du temps dans la journée typique des détenus-psychiatrisés, de même que sur le contrôle de leurs activités individuelles à l'extérieur de la routine minutieusement réglée. En effet, les nombreux témoignages valident les perceptions du chercheur de l'implication directe du personnel infirmier dans le volet disciplinaire. Celui-ci s'assure entre autres que les détenus-psychiatrisés se rendent au travail et aux activités thérapeutiques ou ludiques prévues au plan de traitement, à défaut de quoi le personnel infirmier pourra sanctionner les absences du délinquant et

rapporter la situation aux membres de l'équipe de rangée.

Bien entendu, les comportements du détenu-psychiatrisé, alors qu'il se trouve à l'unité de soin, sont aussi l'objet d'interventions de la part du personnel infirmier. La « gestion du tabac » constitue un exemple de ce contrôle étroit de l'activité des détenus-psychiatrisés. En effet, le personnel infirmier doit être à l'affût d'échanges frauduleux ou de prêt de tabac entre les détenus-psychiatrisés et se doit de les dénoncer le cas échéant. Cette vigilance de type policière est requise par la déstabilisation et le stress qu'entraînent, chez les détenus-psychiatrisés, les « dettes de tabac » non-remboursées à d'autres détenus. La sanction imposée par le personnel infirmier à ceux qui outrepassent les règles concernant le tabac varie bien souvent selon l'infirmière ou l'infirmier. À cet égard le personnel infirmier dispose d'une marge discrétionnaire dans l'application d'une sanction, laquelle est parfois utilisée par le personnel infirmier pour établir ou renforcer le lien thérapeutique.

L'allègement des sanctions à l'égard des détenus-psychiatrisés par certains membres du personnel infirmier est donc motivé par le souci de préserver un lien « cordial et courtois » avec les détenus-psychiatrisés. En effet, la capacité à passer l'éponge sur un délit considéré mineur et qu'on peut passer sous silence, serait garante de la qualité du lien thérapeutique entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés. L'absence d'un lien informel de confiance mettrait donc en péril le succès de l'entreprise tri-thérapeutique. Le pouvoir disciplinaire doit être, selon certains informants, utilisé avec discernement afin de préserver le lien de confiance des détenus-psychiatrisés à l'endroit du personnel infirmier. Les rencontres hebdomadaires (*Morning Meeting*), animées par le personnel infirmier, constituent une façon rapide et efficace d'assurer, auprès du personnel correctionnel et des détenus-psychiatrisés, la cohérence et la rigueur des règles en vigueur au Centre. Cette rencontre formelle, regroupant l'ensemble des détenus-psychiatrisés ainsi que le personnel infirmier et les agents de correction, se présente comme l'occasion pour le personnel infirmier de réitérer les règles relatives au fonctionnement pénitentiaire et de signifier clairement son allégeance à ces règles.

Notons également que le *Morning Meeting* constitue une tribune importante où les détenus-psychiatrisés sont invités à exprimer publiquement leurs griefs à l'égard du fonctionnement pénitentiaire au sein des unités du Centre. Même si les détenus-psychiatrisés sont invités à exprimer leurs plaintes, l'expression de celles-ci est adroitement interrompue par le personnel infirmier qui anime la rencontre, dès qu'elles

attendent à la qualité du travail des agents de correction. On demandera alors au plaignant d'adresser directement son grief à l'agent de correction concerné, en termes socialement acceptables. Ainsi, la parole du détenu-psychiatrisé est également disciplinée pour qu'il adopte un comportement acceptable.

Ce faisant, le personnel infirmier agissant comme modérateur lors des *Morning Meeting*, n'a-t-il pas à prendre position publiquement à l'égard des actions posées par les agents de correction, ce qui préserve la confiance présupposée par le lien thérapeutique tout en désamorçant les conflits larvés entre le personnel du Centre et les détenus-psychiatrisés. Le personnel infirmier se trouve tout de même intimement impliqué à titre de « sujet de pouvoir » dans une entreprise qui vise à conformer le délinquant à un ensemble de règles et d'activités prescrites au Centre psychiatrique correctionnel. Les diverses sanctions applicables par le personnel infirmier, prévues au règlement, sont des instruments visant à réduire les écarts de conduite des détenus-psychiatrisés à l'égard des normes pénitentiaires et à sécuriser la réalisation de l'entreprise tri-thérapeutique.

Mais la discipline imposée au détenu-psychiatrisé, si elle veut être vraiment efficace repose, en sus des sanctions prévues, sur une surveillance continue. Le personnel infirmier sera mandaté à cet effet. Lors des tournées quotidiennes de rangée, par exemple, les infirmières et les infirmiers accumulent des données en regard des détenus-psychiatrisés dont ils ont la charge. Ils y recueilleront des informations de natures

clinique et correctionnelle. De plus, la tournée des rangées s'assortit-elle d'une inspection discrète de l'hygiène de la cellule, ainsi qu'à la recherche d'indices révélant l'usage de drogues illicites ou la fabrication d'alcool de contrebande.

Le personnel infirmier dispose de l'autorité requise pour forcer le détenu-psychiatrisé négligeant à faire le ménage de sa cellule. Un infirmier disait ne pas hésiter à enfermer en cellule un détenu-psychiatrisé qui refusait de faire le ménage, jusqu'à ce qu'il obéisse. Cette manifestation d'obéissance est d'ailleurs plus prompte en présence d'un agent de correction appuyant l'ordre du personnel infirmier. Les « tournées de rangée » sont aussi l'occasion pour le personnel infirmier et les agents de correction d'effectuer des fouilles préventives des cellules. Les objets suspects (armes blanches, matériel servant à la consommation de drogue, fruits pouvant servir à la fabrication artisanale de boissons alcoolisées etc.) sont retirés de la cellule par les agents de correction. Le personnel infirmier est aussi impliqué dans le respect du code

vestimentaire des détenus par le port d'une « tenue carcérale » convenable, qui peut être l'objet de sanction si cette tenue n'est pas convenable selon les règles en vigueur au Centre.

L'utilisation de la coercition et de la discipline ne saurait être suffisante pour atteindre complètement l'objectif de réinsertion sociale du détenu-psychiatrisé. Les deux formes de pouvoir déployé par le personnel infirmier, la coercition et la discipline, se trouvent ainsi renforcées au C.P.C. par une autre forme de pouvoir : la thérapie.

4.2.2.1.3 Thérapie

De concert avec la coercition et la discipline, les soins infirmiers psychiatriques prodigués au détenu-psychiatrisé constituent une autre dimension importante de l'exercice et du pouvoir infirmiers au Centre psychiatrique correctionnel. Les documents internes émanant du SCC officialisent l'approche thérapeutique de type cognitif-behavioral qui présidera, ultimement, à la réinsertion sociale réussie du détenu-psychiatrisé.

Selon nos informants, la problématique complexe des détenus-psychiatrisés entraîne au niveau du plan de soins infirmier des interventions multidimensionnelles, c'est à dire un registre d'interventions qui prend en compte de manière dite « holistique » la condition du détenu-psychiatrisé. Le Centre vise d'abord et avant tout, discours et politiques institutionnelles à l'appui, la réinsertion sociale réussie du détenu-psychiatrisé. Dès lors, le travail clinique qui s'opère via l'approche thérapeutique, supporte l'objectif de réinsertion sociale réussie. Ceci présuppose nécessairement un travail de nature psychologique et relationnelle sur la personne du détenu-psychiatrisé.

Ce travail nécessite la participation active du détenu-psychiatrisé. L'investissement de ce dernier constitue donc une pièce maîtresse de l'entreprise « thérapeutique ». À cet égard, les documents officiels du SCC confirment que le délinquant doit se responsabiliser face à sa maladie mentale, à ses troubles de la personnalité ou à tout autre aspect criminogène pouvant précipiter un comportement délictueux. Le Service correctionnel, dans un document intitulé « Guide des services de santé – services de santé mentale », soutient que les services de santé mentale sont assurés à l'ensemble de la population pénitentiaire canadienne afin d'aider cette dernière à mieux s'adapter à la vie en milieu carcéral, tout en la préparant à une réinsertion réussie en communauté (SCC, 1996). Mais le Service précise aussi, concernant la participation des détenus-psychiatrisés, que :

Le détenu doit assumer la responsabilité de sa propre santé mentale, dans la mesure de ses capacités... le détenu est présumé capable d'adopter des valeurs pro-sociales [sic] et d'assumer la responsabilité de cette évolution, et, d'autre part, que le milieu correctionnel est favorable à ces valeurs positives (SCC, 1996, p. V-2).

Dès lors qu'on le tient responsable de sa santé mentale et des transformations que nécessite sa rééducation comportementale, le détenu-psychiatrisé n'a d'autre choix que de s'investir dans son traitement. L'obligation faite au détenu-psychiatrisé de manifester avec constance des comportements responsables est soutenue par le dispositif pénal qui recourt à divers agents (agents de soin et agents de la paix, agents de correction, autorités carcérales, criminologues, psychologues, psychiatres, éducatrice spécialisée, agents de libération conditionnelle, agents de gestion de cas, etc).

Au C.P.C., le traitement vise l'extinction des comportements criminels chez le sujet qu'on veut désormais sans risque pour la sécurité de ses concitoyens. Pour y arriver, nous constatons que le personnel infirmier est directement impliqué dans une action « thérapeutique » qui encourage la prise de conscience globale du détenu-psychiatrisé en regard de ses difficultés. Cette prise de conscience suppose l'établissement d'un dialogue qui fait intervenir un pouvoir caritatif, traditionnellement associé à l'exercice infirmier en milieu psychiatrique. Le lecteur reconnaîtra que les interventions visent à consolider l'autorégulation comportementale chez le détenu-psychiatrisé confronté à des difficultés de plusieurs ordres. À cet égard, le personnel infirmier véhicule le discours officiel du Service correctionnel.

En effet, le personnel infirmier encourage l'introspection et la conscientisation du détenu-psychiatrisé face aux problématiques personnelles qu'il doit redresser au plan comportemental. Ultimement, la re-socialisation du détenu-psychiatrisé repose sur l'acquisition d'habiletés intellectuelles et affectives comme l'auto-surveillance, la responsabilisation à l'égard de ses actes et enfin l'autorégulation comportementale. Le « pouvoir pastoral » du personnel infirmier prend effet lors des rencontres hebdomadaires avec les détenus-psychiatrisés, lors des groupes thérapeutiques (animés par les infirmières et infirmiers « agents de programmes ») et aussi lors de rencontres plus informelles.

L'ensemble du personnel infirmier a souligné au chercheur l'importance que revêtent les rencontres individuelles hebdomadaires. Ces rencontres constituent une occasion de faire le point avec le détenu-psychiatrisé sur sa condition et ses difficultés

idiosyncrasiques. Or, cette rencontre « thérapeutique » est balisée par un code de conduite strict. Par exemple, on invite le détenu-psychiatrisé à parler de sa famille ou d'un deuil suite à la perte d'un parent, par exemple. Le personnel souligne cependant que sa réaction à la souffrance exprimée diffère de celle offerte à un malade dans un centre hospitalier civil. En effet, le détenu-psychiatrisé pourra pleurer, nous confia une informante, qu'elle ne le touchera point en guise de réconfort, ce qu'elle ferait, nous dit-elle, dans un hôpital. La régularité de ces rencontres permet en outre de valider les objectifs consignés au plan de soin et, éventuellement, peut contribuer à le modifier si des informations nouvelles étaient verbalisées par le détenu-psychiatrisé ou observées par l'infirmière ou l'infirmier.

La divulgation d'informations personnelles par le détenu-psychiatrisé est garante, nous l'avons assez démontré, du succès ou de l'échec de l'action thérapeutique aux plans psychologique et comportemental. Selon nos informants, les détenus-psychiatrisés doivent dévoiler ce qu'ils vivent intimement pour que le travail de redressement « en profondeur » puisse s'effectuer. Mais pour que la clientèle s'ouvre au personnel infirmier, elle doit se sentir en confiance. Selon nos sources, cette confiance se développe et le personnel infirmier y travaille fort. En effet, pour que l'action thérapeutique soit probante, nos informants invoquent à plusieurs reprises l'établissement et le maintien d'une relation de confiance entre eux et le détenu-psychiatrisé. Or, cette relation de confiance s'établit difficilement, nous disent-ils, compte tenu de l'environnement sécuritaire, de leur statut socioprofessionnel hybride et, enfin, compte tenu de la représentation que se font les infirmières et les infirmiers de la clientèle dont ils ont la charge. Le personnel infirmier doit investir beaucoup d'énergie afin d'établir un lien de confiance avec la clientèle, souvent réfractaire aux *screws*. Nos informants ont aussi souligné que la qualité du lien de confiance qu'ils entretiennent avec la clientèle permet non seulement au personnel d'obtenir des informations sur la condition clinique des délinquants, mais facilite le travail de conscientisation des détenus-psychiatrisés eu égard à leurs problématiques criminogènes. Sans parler du gain disciplinaire appréciable que procure cet investissement personnel avec le détenu-psychiatrisé, puisque la confiance du détenu-psychiatrisé à l'endroit du personnel infirmier faciliterait l'obéissance. L'autorité bienveillante et la confiance qu'inspire au détenu le personnel infirmier faciliterait aussi l'exécution des requêtes du personnel infirmier responsable de tel ou tel détenu-psychiatrisé.

Le lien de confiance s'avère donc primordial tant aux plans disciplinaire que thérapeutique. Lorsque le lien de confiance est consolidé, nos informants déclarent à l'unisson que l'obéissance des détenus-psychiatisés est automatique. On remarque donc que l'investissement du personnel infirmier passe par une parole caritative et « pastorale », mais dénoncée comme une prérogative féminine qui n'a pas sa place en prison, puisque le détenu-psychiatisé est là pour « faire son temps » suivant les représentants de l'ordre carcéral strict. Bien sûr, ce lien de confiance demeure fragile étant donné la méfiance « naturelle » qu'entretiennent les détenus envers le personnel de correction. L'établissement de ce lien de confiance est difficile, voire même impossible, pour certains informants rencontrés.

Les témoignages d'agents de correction comme d'infirmières et d'infirmiers confirment que les manifestations de cette parole qui guide et qui soigne sont conspuées et réprimées par les représentants officiels de l'ordre carcéral. Dans la mesure où l'exercice infirmier est pratiquement contraint de se conformer aux mœurs carcérales, mais qu'il doit exercer son pouvoir pastoral à l'insu de la sécurité, il est normal que cet exercice infirmier se solde par des témoignages de stress, de fatigue et de détresse psychologique.

Établissons donc, sur la base des raisons présentées ci-dessus qu'il y a, *objectivement*, un paradoxe de l'exercice infirmier en psychiatrie pénitentiaire à propos, notamment, de l'ensemble des raisons que nous résumons ici. Paradoxe en effet, car, la réinsertion sociale du délinquant présuppose l'objectivation des troubles par le détenu-psychiatisé lui-même. Mais nous avons vu que cette objectivation subjective de ses troubles repose à son tour sur le pouvoir pastoral inscrit dans le cadre du dialogue mené et suivi par le personnel infirmier, ce qui fait de ce dernier un sujet de pouvoirs rhétoriques. Sujet de pouvoirs rhétoriques dans la mesure où le personnel infirmier, à travers sa rencontre avec le détenu-psychiatisé, se fait l'agent d'intervention transmetteur de l'idéologie véhiculée au C.P.C., qui découle directement des rationalités du SCC. Mais dans ces conditions, le lecteur se verra forcé de reconnaître que l'approche thérapeutique cognitive-behaviorale présuppose au contraire l'établissement d'un dialogue, prodrome d'un ascendant moral du personnel infirmier sur le détenu-psychiatisé qu'on incite à verbaliser ses difficultés existentielles et comportementales afin de les conscientiser pour pouvoir ultimement les autoréguler. Dans le cadre de ces rencontres thérapeutiques il y a, pour le détenu-psychiatisé, une induction à parler.

En somme, l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire investit plusieurs dimensions de la personne du détenu-psychiatrisé qui s'inscrivent cliniquement dans l'un ou l'autre des trois axes d'intervention suivant qu'il s'agit de soigner des affections psychiatriques, des troubles de la personnalité ou des facteurs criminogènes. La triple intervention du personnel infirmier est considérée par plusieurs de nos informants comme étant représentative d'un soin intégré et holistique puisque tous les aspects problématiques de la personne du détenu-psychiatrisé reçoivent le même degré d'attention de la part du personnel infirmier. Or l'obéissance, du détenu-psychiatrisé et sa confiance envers le personnel infirmier n'attestent-elles pas de l'action du personnel infirmier en tant que sujet de pouvoir, exerçant de la coercition, de la discipline et de la thérapie ?

Nous croyons en effet que le personnel infirmier, de par son statut socioprofessionnel hybride d'agent de soin et d'agent de la paix et les mandats dont il est investi, se voit légitimé dans l'utilisation simultanée de la coercition, de la discipline et de la thérapie. Au plan de la théorisation, ces trois formes de pouvoir renvoient à des finalités à la fois répressives et productives, qui utilisées seules ou en conjonction les unes avec les autres façonnent et investissent l'entreprise thérapeutique. Aussi, la recherche d'une cohérence conceptuelle et théorique de l'articulation de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire, doit-elle surmonter cette apparence de paradoxe entre contrôle social et soins infirmiers afin de comprendre que sanctionner, interdire et punir, n'excluent pas traiter, réhabiliter, réformer et transformer le détenu-psychiatrisé. Au Centre psychiatrique correctionnel, la surveillance, le contrôle, la coercition et la discipline trouvent appui dans le soin infirmier qui, à son tour, prend appui sur eux. Or l'articulation d'actions paradoxales ne va pas sans causer d'inconforts socioprofessionnels chez le personnel infirmier. Cet inconfort a été explicitement verbalisé par certaines infirmières. Ce travail thérapeutique par une action pastorale, c'est à dire de soin de l'autre, n'exclut nullement l'utilisation concomitante de la coercition et de la discipline sur la personne du détenu-psychiatrisé.

4.2.2.2. Sujet de pouvoir sur les autorités carcérales et les agents de correction

Depuis l'ouverture du C.P.C., il y a près de huit ans, le personnel infirmier a toujours eu à défendre les prérogatives légitimes du soin. Le personnel infirmier milite au sein du milieu psychiatrique carcéral afin que soit entendue sa conception du soin à dispenser aux détenus-psychiatrisés. Nos informants suggèrent plusieurs modifications structurelles ou administratives qui amélioreraient les modalités de la dispensation du

soin aux détenus-psychiatisés. Un nombre important de nos informants rappellent les nombreuses transformations mises en œuvre au C.P.C. et qui se succédèrent à un rythme rapide depuis l'ouverture. Le personnel infirmier revendique sur plusieurs tribunes simultanément dans le but de faire avancer « ses dossiers », c'est-à-dire, la légitimation factuelle et la reconnaissance des soins infirmiers eu égard à la réhabilitation des détenus-psychiatisés. Les changements mis de l'avant respecteraient, pour l'essentiel, les suggestions et l'optique du service des soins infirmiers.

À la lumière des données obtenues, nous pouvons constater, par exemple, que le service des soins infirmiers a effectivement donné son avis et a participé activement à la rédaction d'un plan directeur (SCC, 2000b) en vue d'une restructuration majeure des services et de l'organisation spatiale au Centre. Cette restructuration impliquera des modifications architecturales sans précédent, où huit unités de soins psychiatriques distinctes formeront le nouveau complexe du Centre de psychiatrie correctionnelle. Tandis que nous rédigeons ces lignes, plusieurs acteurs au Centre examinaient la pertinence d'une relocalisation du C.P.C. à l'extérieur de l'enceinte pénitentiaire. L'implantation du C.P.C. et du « bloc hôpital » du pénitencier à l'extérieur du périmètre pénitentiaire correspond aux souhaits de plusieurs de nos informants qui voient là l'occasion de se défaire des éléments superfétatoires de l'idéologie carcérale qui subsiste dans les mentalités de certains employés.

De plus, un plan directeur daté de 1992 établissait l'inadéquation de l'environnement physique dans la poursuite des objectifs du traitement psychiatrique du détenu-psychiatisé admis au Centre. Le comité du Plan directeur révisé (SCC, 2000b) considère qu'il est essentiel d'apporter des changements majeurs à l'environnement physique si le C.P.C. veut actualiser son mandat, à savoir « un encadrement de traitement qui est compatible avec les valeurs de la Mission du SCC » (SCC, 2000b, p. 12). Le comité recommande donc :

La modification des structures physiques de façon à créer des petites unités de vie de 10 à 20 détenus, selon les problématiques, avec toute l'infrastructure exigée pour la prise en charge et le traitement d'une clientèle psychiatrique et/ou à double diagnostic dans un contexte sûr, sécuritaire et favorable au traitement, c'est à dire des structures séparées physiquement des autres populations [du pénitencier] (SCC, 2000b, p. 12).

Une lecture attentive du dit document dont nous avons obtenu copie soutient que le mandat de traitement du C.P.C. est compromis compte tenu, entre autres, des contraintes architecturales. En effet, un rapport d'évaluation du rendement des services offerts au C.P.C. (Haslam, Larivière, & Deurloo, 1998) soulignait « la difficulté de la mise en place d'un environnement thérapeutique », compte tenu de l'architecture actuelle du C.P.C. (SCC, 2000b, p. 5). Ce comité d'évaluateurs-externes, indépendant du C.P.C. et présidé par une infirmière, produisait un rapport constituant la base clinique sur laquelle le développement du C.P.C. devait s'opérer. La direction du service des soins infirmiers réfère d'ailleurs continuellement à ce rapport pour la formulation des objectifs en regard des services à rendre aux détenus-psychiatisés.

Ce rapport signalait l'impossibilité pour le personnel soignant d'être en contact continu avec la clientèle, compte tenu des contraintes architecturales. Ainsi, la direction du service des soins infirmiers s'est assurée que soit indiquée, dans le Plan directeur, la nécessité pour le personnel infirmier d'être en interaction continue avec la clientèle sans essuyer les inconvénients d'un assujettissement aux prérogatives de la sécurité sur l'environnement carcéral. À cet égard, le Plan directeur stipule que :

L'environnement « unité de soins » doit devenir un milieu de vie et de traitement, d'où l'importance de regrouper dans un même lieu des aires fonctionnelles à l'hébergement et au traitement. Il serait souhaitable de regrouper dans ces unités résidentielles les cellules, les salles de séjour, les aires de repas, les salons, les postes d'observation nursing-sécurité, les bureaux d'entrevue et des salles d'activités-programmes. Il serait ainsi possible d'exercer une meilleure observation sur la clientèle, de modeler le milieu de vie à des fins de rééducation et, ainsi, permettre des interactions en continu entre la clientèle et les intervenants (SCC, 2000b, p. 8).

Les conclusions du nouveau Plan directeur témoignent, à notre avis, de la volonté de la direction du service des soins infirmiers d'effectuer, une fois pour toutes, le passage d'une idéologie carcérale dominante vers une idéologie hospitalière. Les conclusions présentées dans ce document témoignent par ailleurs des nombreuses stratégies utilisées par le service des soins infirmiers pour faire du milieu carcéral d'autrefois, un milieu de soin moderne, sécuritaire et où les différences avec le milieu hospitalier s'amenuisent. Le service des soins infirmiers s'assure par ailleurs que la place du personnel infirmier comme intervenant de première ligne soit assurée et respectée.

Selon nous, il ne fait aucun doute que le virage du C.P.C. vers une idéologie dite « hospitalière » est bel et bien amorcé au C.P.C.. En effet, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, octroyait au printemps 2000, l'accréditation officielle au Centre psychiatrique correctionnel région du Québec, faisant du C.P.C. un établissement de soins de santé reconnu au plan national. Encore une fois le service des soins infirmiers en psychiatrie correctionnelle a participé activement à cette démarche d'accréditation.

Toutefois, bien qu'amorcé, ce virage n'entraîne pas automatiquement la réforme des mentalités, particulièrement celle d'individus aux valeurs carcérales plus traditionnelles ou radicales. Une informante ajoutait d'ailleurs à ce propos que les soins infirmiers au C.P.C. « doivent lutter continuellement et que la partie est loin d'être gagnée ». Cette lutte pour la reconnaissance d'un exercice infirmier non-contraint recueille l'appui de l'ensemble du personnel infirmier, incluant les personnes en autorité au service des soins infirmiers. Par conséquent, la direction du service des soins infirmiers est présente et très active au niveau de tous les comités décisionnels au C.P.C., où elle représente l'ensemble du personnel infirmier.

Mis à part la participation formelle du service des soins infirmiers aux comités décisionnels, certaines alliances avec des groupes socioprofessionnels font aussi partie des stratégies déployées par le personnel infirmier pour atteindre ses buts. Les alliances avec différents groupes socioprofessionnels feront l'objet d'un choix selon les objectifs poursuivis par le personnel infirmier. L'établissement de ces alliances est fondamental, nous disent nos informants, « si l'on veut faire avancer des dossiers ». Le personnel infirmier agit donc comme sujet de pouvoir en regard des autorités du Service correctionnel et, par là même, sur les agents de correction.

En effet, on a pu apprécier dans la partie descriptive de ce chapitre « Présentation des résultats », l'intelligence stratégique que manifeste le personnel infirmier en choisissant l'agent de correction qui sera à même d'aider à actualiser tel ou tel aspect du plan de soin qui suscite la rébellion du détenu-psychiatisé.

Par ailleurs, certaines infirmières et certains infirmiers défient ouvertement les agents de correction en poste dans la mesure où ils exigent des agents qu'ils adaptent leurs interventions en fonction du bénéfice escompté d'une approche plus « douce ». Certains de nos informants exprimaient que certains conflits entre le personnel infirmier et les agents de correction débutent à propos de divergences d'opinion sur les modalités du soin à apporter au détenu-psychiatisé. Du point de vue de notre théorisation ancrée

dans un environnement de soin précis, cette résistance, manifestée par certaines infirmières et certains infirmiers, en regard de l'ordre carcéral illustre parfaitement la cohérence conceptuelle du dispositif carcéral, puisqu'on trouve aussi un résidu d'amertume, de la frustration et du stress chez les agents de correction dits réactionnaires qui essuient le ressac d'une certaine dérive de l'ordre carcéral au profit d'un ordre hospitalier appuyé par la direction du C.P.C..

Nos données nous permettent de conclure que le personnel infirmier n'exerce pas seulement son arsenal de pouvoirs sur la personne du détenu-psychiatrisé, mais également à l'endroit des autorités correctionnelles et des agents de correction. L'amertume dont témoignaient certains agents de correction à l'égard de signes attestant d'une supplantation éventuelle des soins infirmiers au détriment de la sécurité s'assimile au phénomène d'inhibition socioprofessionnelle ou, si l'on veut, « d'aliénation socioprofessionnelle » que la détresse psychologique de nos infirmières nous permet d'induire et de théoriser sous le vocable d'objet de pouvoir. Incidemment, cette équivalence entre l'amertume des agents de correction et ce que nous appelions les résultats du processus de conformation aux moeurs carcérales s'avère d'une portée épistémologique importante, eu égard à la validité méthodologique des conclusions à tirer de nos résultats. En effet, la parcimonie caractéristique de la théorisation ancrée soulève ici un contre-exemple révélateur : il s'agit d'une symétrie sémantique (l'image du *même* inversée dans un miroir) qui a sensiblement le statut, au plan des sciences humaines, de ce que Karl Popper appelle l'épreuve de la falsification au plan des sciences pures. Cette symétrie sémantique « amertume officiers = résidu infirmier (résultats du processus de conformation aux moeurs carcérales) » montre que le dispositif carcéral fonctionne dans les deux sens et que ces idéologies si différentes par certains aspects antagonistes de leurs juridictions respectives, dialoguent néanmoins sur l'essentiel, à savoir la recherche d'une symbiose plus étroite entre le soin et la sécurité.

Bien que le personnel infirmier soit l'objet d'un processus de conformation aux moeurs carcérales, nos données suggèrent par ailleurs qu'il manifeste une forme de « résistance », tant à l'endroit des prescriptions formelles qu'informelles véhiculées par l'ordre carcéral. À cet égard, certains de nos informants soulignent que le rapprochement entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés, quoiqu'il soit interdit en milieu carcéral, demeure essentiel à l'établissement d'un lien de confiance qui constituerait l'élément fondamental de toute entreprise thérapeutique. Si l'exercice

infirmier en milieu de psychiatrie pénitentiaire est *contraint*, *modelé*, voire, *mortifié* par des forces idéologiques polymorphes, cet exercice est, à notre avis, reconstruit en contexte de psychiatrie carcérale suivant des normes d'exercice professionnel calquées sur les normes existantes en milieu hospitalier. Nos informants réitèrent, non sans nostalgie, les différences entre le soin infirmier psychiatrique dispensé en milieu correctionnel et en milieu hospitalier. Ils tentent de reproduire leur ancien exercice hospitalier dans ce nouveau milieu de travail hybride, à cheval sur deux idéologies, non sans peine, mais certainement, selon eux, avec une part de succès.

La reconstruction de l'exercice infirmier au C.P.C. ne fait aucun doute et plusieurs témoignages de nos informants valident ce constat. On ne parle pas de la qualité de l'exercice professionnel qui, en aucun temps, n'a fait l'objet de cette recherche, mais bien d'une « redéfinition contextualisée du soin infirmier psychiatrique » tel qu'il peut s'exercer dans ce milieu pénitentiaire.

Le soin serait donc reconstruit en tenant compte des conditions de possibilités de son exercice hybride ou « bicéphale », disions-nous plus haut, dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Cette reconstruction du soin constitue une expression alternative et innovatrice du soin infirmier, si on le compare aux soins psychiatriques standards offerts dans les centres hospitaliers civils. Il se manifeste, par exemple, par l'allègement des sanctions à l'endroit des détenus-psychiatisés qui attendent à l'ordre carcéral et ce, dans le but de préserver l'alliance thérapeutique avec le détenu-psychiatisé. Ce soin reconstruit se manifeste aussi lors d'activités sportives ou ludiques où le personnel infirmier en présence des détenus-psychiatisés se permet d'échanger des blagues, voire de toucher le détenu-psychiatisé en guise d'encouragement au jeu ou à l'activité thérapeutique. Ces comportements entraîneraient la réprobation s'ils étaient manifestés sur l'unité de soin, en dehors d'un plateau d'activités, alors qu'ils seraient admis à l'hôpital psychiatrique.

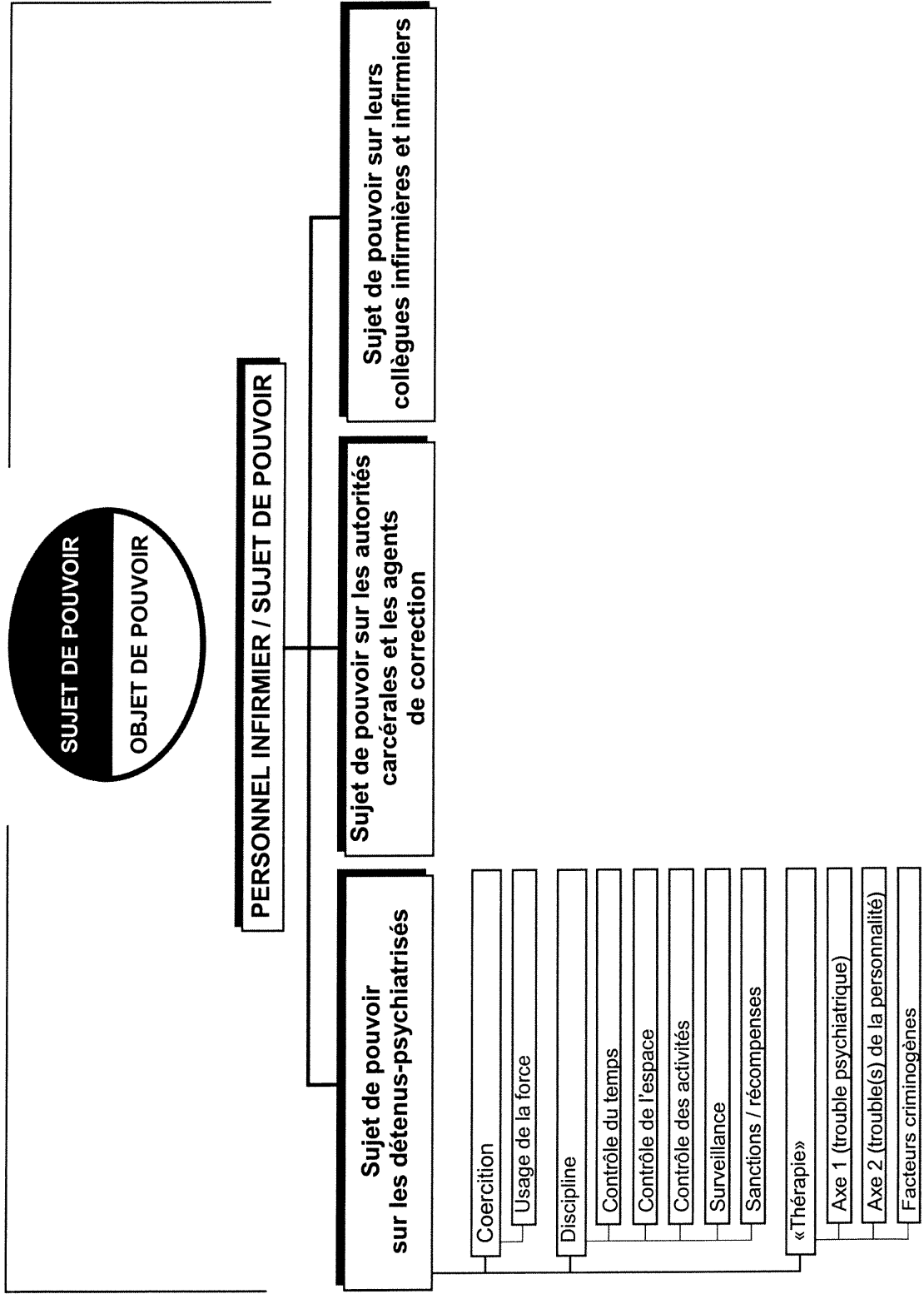
Le personnel infirmier est conscient de l'importance des impératifs sécuritaires en vigueur au Centre. En dépit de la contrainte qui pèse sur son exercice, il est le premier à reconnaître que son exercice professionnel est tout simplement impossible sans ces conditions sécuritaires. Il se doit donc de respecter et de faire respecter les règles en vigueur. À cet égard, il se doit de maintenir une distance dite « sécuritaire » avec la clientèle. Cependant, le personnel infirmier reconnaît aussi le caractère inhibant qu'imposent ces impératifs sécuritaires sur les visées thérapeutiques du soin infirmier

psychiatrique, il tente d'amoindrir les effets de ces obstacles en se rapprochant, toujours sécuritairement, de la clientèle à soigner.

4.2.2.3 Sujet de pouvoir sur leurs collègues infirmières et infirmiers

Nous avons établi que le personnel infirmier est l'objet d'un processus de conformation carcérale, dont toutes les étapes ont été détaillées plus haut. En outre, nous faisons valoir que certains membres du personnel infirmier intériorisent si bien les valeurs que leur impose l'ordre carcéral, qu'ils s'en font les porte-parole auprès de leurs collègues infirmiers. Il nous faut donc, à la lumière des données disponibles, statuer sur la position théorique de ce personnel infirmier qui intègre plus aisément l'ordre carcéral strict où le double exercice correspond à une double contrainte. Ce personnel infirmier qui reconduit l'ordre carcéral strict s'inscrit dans un sociogramme dont l'analyse nous permet de tirer cette conclusion : ce personnel infirmier agit comme sujets de pouvoir sur le reste du personnel infirmier et constitue un allié tacite des agents de correction traditionalistes.

Plusieurs de nos informants, principalement les nouveaux embauchés, signalent d'ailleurs au chercheur que certaines infirmières et certains infirmiers plus expérimentés ont influencé leurs représentations initiales de la personne à soigner et du soin, dès leur arrivée au Centre psychiatrique correctionnel. En tant que sujets de pouvoir sur leurs collègues infirmiers, ces quelques membres du personnel infirmier se substituent aux agents de correction du fait qu'ils représentent l'ancien ordre carcéral exigeant la conformation du personnel infirmier aux mœurs carcérales comme si, une fois leur propre conformation aux mœurs carcérales intériorisée, ils s'avisent de conformer leurs collègues infirmières et infirmiers plus réfractaires. Comme quoi, si la « doxologie » de chaque groupe socioprofessionnel est gros d'antagonismes, cela n'exclut pas du tout les rapprochements et des accords de principes entre ces corps socioprofessionnels dotés de représentations divergentes qui font, *grosso modo*, le consensus des pairs, et qui après tout collaborent à la réhabilitation du détenu-psychiatisé au sein du dispositif carcéral.



SUJET DE POUVOIR

OBJET DE POUVOIR

PERSONNEL INFIRMIER / SUJET DE POUVOIR

Sujet de pouvoir sur les détenus-psychiatisés

Coercition

Usage de la force

Discipline

Contrôle du temps

Contrôle de l'espace

Contrôle des activités

Surveillance

Sanctions / récompenses

«Thérapie»

Axe 1 (trouble psychiatrique)

Axe 2 (trouble(s) de la personnalité)

Facteurs criminogènes

Sujet de pouvoir sur les autorités carcérales et les agents de correction

Sujet de pouvoir sur leurs collègues infirmières et infirmiers

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Nous avons jusqu'ici présenté notre problématique de recherche pour la situer ensuite au plan paradigmatique. L'articulation des soins infirmiers et du contrôle social dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire a donc été explorée suivant une perspective féministe-poststructuraliste. Cette position épistémologique a inévitablement orienté l'analyse de nos résultats. En plus de situer la notion de pouvoir au coeur même de notre entreprise analytique, cette position épistémologique nous a permis de prendre en compte les spécificités de l'expérience d'infirmières dans un milieu fortement investi de valeurs machistes. Notre recension des écrits s'est ensuite articulée autour de huit concepts dont le choix s'est précisé au fur et à mesure qu'évoluaient la collecte et l'analyse de nos données.

Suite aux considérations méthodologiques, nous avons procédé à une analyse descriptive détaillée de l'ensemble de nos données à partir desquelles cinq catégories ont été constituées. Cette partie descriptive de la présentation des résultats constitue le premier niveau d'analyse. Nous avons par la suite poursuivi notre analyse en la complexifiant. Ce faisant, nous avons identifié un processus social dominant qui affecte le personnel infirmier exerçant au Centre psychiatrique correctionnel. Ce deuxième niveau d'analyse nous a aussi permis de rendre compte de la complexité de l'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Suivant les résultats obtenus et mis en évidence au chapitre précédent, le temps est maintenant venu de confronter nos résultats de recherche aux écrits existants. Ce retour aux écrits a d'ailleurs été assuré tout au long de la collecte et de l'analyse des résultats dans la mesure où la théorisation ancrée repose, en partie, sur le principe de « comparaison constante ».

À partir de l'ensemble de nos résultats, nous retenons cinq dimensions touchant directement l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire et qui font directement écho à notre question de recherche initiale. Notre discussion s'articulera donc autour des dimensions suivantes : ① *la transformation des représentations et l'incidence sur l'exercice infirmier*; ② *les effets de l'environnement sécuritaire sur l'exercice infirmier et la reconstruction du soin*; ③ *le rôle du personnel infirmier comme objet de pouvoir et les similitudes entre les détenus-psychiatisés et le personnel infirmier comme groupes dominés*; ④ *le rôle du personnel infirmier comme sujet de pouvoir et son inscription comme agent de la gouvernementalité au coeur du dispositif psychiatrico-pénal*; et enfin, ⑤ *l'intégration des fonctions d'agent de soin et d'agent de*

contrôle social en tant que ces deux fonctions se superposent l'une l'autre afin d'atteindre les objectifs du plan correctionnel.

① *Transformation des représentations et l'incidence sur l'exercice infirmier*

Les témoignages du personnel employé au Centre psychiatrique correctionnel révélaient que des groupes d'individus partagent des symboles et des représentations communes. Comme certains chercheurs, nous sommes convaincus que les représentations influencent les pratiques et, qu'à leur tour, les pratiques influencent les représentations (Goffman, [1975] 1996; Jodelet, 1989; Lhuillier & Aymard, 1997). La philosophie classique nous enseigne que la représentation définit le contenu d'un acte de pensée et résulte d'un processus de construction psychologique et sociale du réel (Jodelet, 1989). Ces représentations communes ne sont pas seulement cognitives, mais dépendent aussi en grande partie de facteurs tels les caractéristiques architecturales ou le sociogramme hiérarchique de l'environnement de travail, ou bien les processus psychiques individuels adoptés dans un environnement de travail particulier, afin de s'adapter aux contraintes du milieu (Lhuillier & Aymard, 1997).

Représentations, discours et pratiques sont donc indissociables. Nous sommes d'avis que la représentation courante du détenu-psychiatrisé tel que rapportée par nos informants trouve également un écho dans le discours officiel du Service correctionnel et dans le discours de certains officiers de correction. Par exemple, une représentation commune à ces trois instances impose la prise en compte d'une distance sécuritaire que le « professionnel » doit garder constamment à l'endroit du détenu-psychiatrisé. Or les caractéristiques qu'on prête au détenu-psychiatrisé comme étant menteur, dangereux, et manipulateur se superposent à la représentation « théorique » commune du personnel infirmier à l'effet qu'on soigne une personne.

Nous affirmons que ce discours institutionnel, à la fois explicite (documents internes) et implicite (processus de conformation aux mœurs carcérales) oriente fortement les pratiques infirmières en vigueur dans l'établissement pénitentiaire. Nous affirmons également que ce discours institutionnel conditionne l'articulation des deux mandats, de soin et de garde, confiés au personnel infirmier du Centre.

Les témoignages de nos informants établissent en effet que le personnel infirmier voit ses représentations du patient (personne) et du soin transformées. Cette transformation des représentations de deux concepts centraux (soin et personne) en sciences infirmières est conséquente, selon notre analyse, du processus de conformation aux mœurs carcérales. Suivant le point de vue socioprofessionnel adopté

par nos informants, certains décrivent le phénomène de transformation de leurs représentations comme une contamination morale, tandis que d'autres estiment que l'exercice infirmier dans un contexte psychiatrique pénitentiaire nécessite, pour des raisons de sécurité, un « réajustement » (carcéral) des définitions de patient et de soin.

La grande majorité des employés d'expérience affirment que leurs représentations initiales du patient et du soin, qui s'inscrivaient dans un « ordre » hospitalier, se modifient notablement. Cette transformation des représentations chez plusieurs membres du personnel infirmier serait tributaire, selon les résultats de notre recherche, d'une symbiose entre les représentations initiales du personnel infirmier et celles véhiculées par l'idéologie carcérale stricte.

L'identité délinquante et criminelle du détenu-psychiatrisé, telle que définie dans les documents officiels du Service correctionnel, est aussi présente dans le discours du personnel infirmier qui se représente majoritairement le client qu'il doit soigner comme une personne potentiellement dangereuse, menteuse, manipulatrice, dont les probabilités de réinsertion sociale sont faibles et les probabilités de récidives élevées. Nos résultats de recherche confirment les conclusions d'une étude réalisée par Sheilds & de Moya (1997) et qui montre que « nurses' description of prisoners... are summarized as aggressive and manipulative, dangerous, litigious, threatening, and possessing unclear motives for seeking health care » (p. 43). Le détenu-psychiatrisé constitue donc, au plan des interactions symboliques dans ce milieu de travail, un risque important pour la sécurité physique du personnel infirmier. Il est clair, à la lumière des témoignages recueillis, que la représentation entretenue par le personnel infirmier de la clientèle à soigner est la conséquence de sa socialisation aux us et coutumes pénitentiaires.

En effet, le personnel infirmier nouvellement embauché ne semble pas avoir, à son entrée dans le milieu, cette représentation du patient comme personne dangereuse, menteuse, manipulatrice, etc. Cette représentation du détenu-dangereux est plutôt transmise et imposée par « le carcéral ». La notion de « délinquant » suscite, au plan des interactions symboliques où se situe l'articulation du soin infirmier psychiatrique avec le contrôle social, une idée, un concept, un schème ou une définition qui influencent certainement, au vu de nos résultats, les actes professionnels posés à l'endroit du détenu-psychiatrisé. Aussi, les attributs prêtés à la clientèle du Centre sont-ils véhiculés par le personnel en poste au C.P.C.. Tous les employés du centre partageraient certaines représentations, même s'ils adhèrent à des « idéologies »

différentes. Afin de discuter et d'interpréter ces représentations il faut faire appel aux contributions théoriques de la psychologie sociale et de la psychosociologie. Ces disciplines en effet décrivent deux formes de manifestations idéologiques de la pensée collective et de la pensée socialisée : le préjugé et le stéréotype (Mannoni, 1998).

Le préjugé et le stéréotype désignent des représentations collectives non-critiquées. Ces interactions symboliques ont pour vocation essentielle de produire (construire) un faisceau de valeurs partagées par un groupe de pairs solidarisés. Le préjugé et le stéréotype sont susceptibles de s'exercer sur un employé novice en vue de l'assimiler à l'idéologie dominante (Mannoni, 1998). En fait, ces deux produits de la pensée se veulent des représentations groupales que se fait un ensemble de personnes relativement à certains sujets (faits, situations, personnes). Par exemple, nous avons montré par quel processus de renforcement idéologique le détenu-psychiatrisé devient une personne dangereuse qui menace la sécurité physique du personnel infirmier. La valeur attributive ou prédicative de cette représentation idéologique radicale qui circule au Centre révèle en fait un jugement pré-élaboré qui s'impose comme foyer idéologique d'un groupe donné, à l'encontre des détenus-psychiatrisés qu'il s'agit de punir.

Le préjugé et le stéréotype sont donc des éléments constitutifs de la pensée collective et participent au système des représentations sociales. L'adhésion à un préjugé ou à un stéréotype s'effectue sans que la personne concernée n'en prenne nécessairement conscience. Car cette représentation collective rassure et agit comme une certitude, à laquelle la personne peut se raccrocher (Mannoni, 1998). Préjugés et stéréotypes apparaissent donc comme des idées reçues qui reçoivent la sanction du groupe et qui s'imposent de manière intuitive et immédiate à la connaissance de chacun des membres de ce groupe. Or les valeurs qui alimentent ces préjugés et stéréotypes sont également décelables dans les discours officiels et institutionnels et peuvent servir de propagande dans des contextes idéologiques (Arendt, [1972] 1995; Mannoni, 1998). Goffman ([1968] 1998) ajoutera quant à lui que dans une institution « totale » comme l'hôpital psychiatrique ou la prison, la nature du malade ou du détenu est construite et cette nature justifie les méthodes de traitement ou de correction en vigueur.

La traduction de la conduite du reclus en termes moraux conformes à la perspective officielle de l'institution implique nécessairement d'importantes présuppositions sur la nature de l'homme en général. Compte tenu des reclus dont il a la charge et de la manière dont il doit se conduire à leur égard, le personnel tend à élaborer une sorte de théorie de la nature humaine. Implicitement contenue dans l'optique

de l'institution, cette théorie rationalise l'activité, offre un moyen subtil de maintenir une certaine distance vis-à-vis des reclus, donne de ces derniers une image stéréotypée et justifie le traitement qui leur est dispensé (p. 135).

Lors de son embauche au pénitencier, le nouveau personnel infirmier n'a pas une représentation « négative » de la clientèle à soigner. De fait, cette représentation, nous en avons discuté, se construit progressivement et s'alimente à des anecdotes et à des expériences au C.P.C.. Bien entendu, le personnel infirmier rencontré se faisait au départ une certaine idée préconçue de la clientèle psychiatisée d'un établissement pénitentiaire. Il arrive donc aussi avec ses idées préconçues et son imaginaire, fruit d'un ensemble de facteurs (médias, films, contes, etc.) extérieurs à notre recherche. Baudrillard (1983) soutient à cet égard que les médias ont une influence probante sur nos représentations tout en étant le reflet des valeurs dominantes d'une société donnée. L'interaction entre les médias et les spectateurs est dynamique.

Chose certaine, le contact de l'employé novice avec ses collègues de travail du Centre, agents de correction, cadres et personnel infirmier, modifie sensiblement la représentation qu'il se fait du client, intensifiant parfois le bagage des idées préconçues. C'est ainsi qu'en empruntant à la fiction véhiculée dans les films et les romans policiers ou d'épouvante, l'imagination de l'employé novice, alimentée par le discours institutionnel et le discours du personnel infirmier plus expérimenté, surenchérit sur la « nature » du détenu-psychiatisé en créant une « surnature » où le monstre naît du prolongement démesuré de l'être réel. Selon Mannoni (1998), ces idéations fantasmées à partir de faits, de situations et de personnes, et qui constituent en définitive des représentations sociales, sont capables d'induire la peur et de modifier la pratique professionnelle.

Cette peur a été verbalisée par nos informants à plusieurs reprises, alors qu'ils insistaient sur l'importance de leur sécurité physique et des concessions consenties à la sécurité pour pouvoir exercer leur profession en toute sécurité. Les émotions comme la peur et l'insécurité contribuent activement à la radicalisation de l'identité représentative des détenus-psychiatisés. Par conséquent, ces émotions diffuses mais probantes influencent la perception des risques du métier qui expose l'infirmière ou l'infirmier à des personnes définies comme dangereuses et manipulatrices. Évidemment, de telles représentations collectives modifient aussi la représentation préalable du soin infirmier.

Selon Martin (2001), « too often nurses permit personal beliefs, fears, stereotypes of patients to prevent the development of relationships » (p. 28).

Certains préjugés et stéréotypes rencontrés ou relatés lors de la phase terrain de notre recherche s'exercent à l'encontre de détenus-psychiatrisés. Ces préjugés et stéréotypes vont jusqu'à la disqualification de l'être humain et la haine.

Bauman (1991) a décrit ce phénomène idéologique de déshumanisation. Il souligne à cet égard que le mépris de l'Autre peut être tel qu'il s'exprime en ravalant la personne au rang de l'animal. Lupton (1999) souligne que l'association faite entre certains groupes de personnes et des espèces animales servent à représenter ces groupes de personnes comme dangereuses pour la communauté, à cause de leur supposé manque d'humanité. L'adoption d'une terminologie bestiale constitue, selon Kristeva (1982), un recours symbolique de mise à distance de l'Autre. Cette représentation radicale de l'Autre, ici le détenu-psychiatrisé, assimilé à une espèce animale ou sous-humaine, permet au groupe dominant qui forge cette représentation de se distancier complètement du groupe « animalisé », en intensifiant le sentiment de peur et de répulsion à son endroit. Bauman (1991) souligne d'ailleurs que :

Defining the Other as vermin harnesses the deeply entrenched fears, revulsion and disgust in the service of extermination. But also, and more seminally, it places the Other at an enormous mental distance at which moral rights are no longer visible. Having been stripped of humanity and redefined as vermin, the Other is no more an object of moral evaluation (p. 48).

Selon certaines infirmières et certains infirmiers, l'utilisation de substantifs animaux pour nier l'humanité du détenu-psychiatrisé est en vogue chez certains agents de correction. Ce constat a d'ailleurs été validé par le chercheur lui-même lors de ses entretiens informels avec certains agents de correction qui, en parlant des détenus-psychiatrisés, n'hésitaient pas à illustrer leurs propos en recourant aux termes; *chiens*, *rats* et *morceaux de cochons*. Ultimement, ces injures « animalières » visent à préserver l'identité propre du personnel continuellement exposé à la souillure du détenu-psychiatrisé (simulateur), condamné à une peine fédérale. Lupton (1999) soutient que l'utilisation d'une telle terminologie fait partie d'un rituel mis en place dans le but d'ériger une frontière imperméable entre soi, et ce que l'on définit comme étant l'Autre abject. Cette tactique de mise à distance relève de :

Rituals directed at maintaining boundaries between self and Other, the subject and the object, are thus attempts to ward off abjection by establishing separation, maintaining one's own body as 'clean and proper' (Lupton, 1999, p. 139).

La notion d'abjection explique, d'après Lupton (1999), les sentiments virulents et souvent irrationnels auxquels certains groupes marginalisés sont exposés. La représentation souvent négative qu'entretient le personnel infirmier envers les détenus-psychiatisés n'est pas exempte de sentiments négatifs tels la peur, le mépris, et la répulsion dont certains reconnaissent eux-mêmes le caractère irrationnel. Comme certains marginaux, les détenus-psychiatisés identifiés comme dangereux et manipulateurs portent le stigmate de la dangerosité dans l'inconscient des groupes dominants, tout comme Grosz (1994) et Kristeva (1982) l'établirent dans leurs recherches respectives portant sur d'autres objets de recherche.

Mais Lupton (1999) radicalise l'analyse des représentations collectives entachées d'idéologie, en soutenant que les émotions négatives des groupes dominants à l'égard des groupes dominés et marginalisés représentent la projection sur l'Autre de leurs propres perversions et pulsions. Aussi, le marginal conquis par des épithètes avilissantes serait-il le bouc émissaire et le prétexte d'une catharsis verbale de la part des représentants du groupe dominant.

De toute évidence, il est beaucoup plus facile de se distancier en se préservant de « Qui a perdu le nom d'humain ». Cette conclusion, quoique radicale, suggérée par la perspective théorique de Lupton (1999), trouve écho dans les données de notre recherche. Invoquons à nouveau les résultats d'entrevues qui établissaient que le personnel infirmier qui travaille au C.P.C. endosse une carapace protectrice comme une stratégie de survie défensive. Une infirmière affirmait que, pour travailler à son aise au C.P.C. « il ne faut pas voir l'humain là-dedans ». L'exercice infirmier serait donc moins conflictuel dès que le détenu-psychiatisé est dépouillé d'une portion de son humanité.

Le phénomène d'objectivation du détenu-psychiatisé par la mise à distance idéologique de l'Autre object permettrait la neutralisation des émotions spontanées qui rapprochent habituellement le soignant du soigné. Or, cette « mise à distance », corollaire de la « carapace », favoriserait l'intégration plus harmonieuse du personnel infirmier au personnel du Centre. Aussi, voit-on le personnel infirmier adopter la représentation typiquement carcérale du détenu-psychiatisé comme « délinquant d'abord et malade mental ensuite », afin de se prémunir des émotions qui peuvent surgir

en présence du détenu = patient = personne.

La description de l'articulation des mandats de soin et de garde chez le personnel infirmier se complique du fait que le personnel infirmier entretient aussi des représentations collectives conflictuelles, consécutives à son double-emploi. Nous devons en effet invoquer une notion comme la non-congruence des mandats de contrôle et de soin, confiés au personnel infirmier, pour rendre compte du dilemme auquel font face chaque jour nos informants : « Est-ce que j'ai devant moi une personne souffrant d'une maladie mentale qui a besoin d'aide, ou bien un criminel manipulateur qui mérite sa sentence et tout ce qui l'accompagne ? » Ce questionnement continu est insoluble car la perception d'un risque est toujours présente au Centre. Ce constat était émis alors que le personnel infirmier disait souffrir à exercer dans un milieu où, finalement, la punition et la discipline du criminel côtoient le traitement et l'assistance au malade mental.

Dans un tel cas d'espèce, les travaux de Festinger (1957) nous éclairent. Il soutient que la tension psychique reliée à un conflit entre des représentations sociales antagonistes doit être évacuée. Il est clair pour cet auteur que les personnes impliquées dans un tel exercice changeront leurs représentations afin d'évacuer ce malaise. Selon Festinger (1957), la modification des représentations est beaucoup plus simple à effectuer que la modification des comportements. Dans un Centre psychiatrique correctionnel comme celui où la recherche a eu lieu, il est plus simple de se représenter le détenu-psychiatrisé comme un manipulateur, un menteur et un imposteur et d'aligner son plan de soins sur ces attributs. Le bénéfice individuel et professionnel de cette adhésion est immense dans la mesure où le respect et l'adhésion aux fonctionnements et règles en vigueur au Centre apparaissent légitimes. Suivant que l'on s'inscrit dans un ordre carcéral strict, il faut éviter de soigner les détenus-psychiatrisés comme la clientèle d'hôpitaux civils puisque cela contreviendrait au comportement professionnel attendu en contexte pénitentiaire. Goffman ([1968] 1998) ajoutera justement à cet égard que le danger qui guette le personnel d'une institution « totale », comme l'est le pénitencier, réside dans la capacité des reclus à être objet de compassion de la part du personnel et de susciter de l'empathie, ce qui inévitablement place le personnel dans une position de vulnérabilité par rapport au matériau humain qu'il est supposé punir et modeler pour une transformation réussie.

Par ailleurs, le stigmate que porte le détenu-psychiatrisé d'abord comme criminel puis comme malade mental, et tout le répertoire de troubles qui y est superposé,

constitue un élément important qui influence la nature du lien entre le personnel infirmier et la clientèle du C.P.C.. Le personnel qui se rapproche du détenu-psychiatrisé constitue aux yeux de l'institution non seulement un « stigmaphile » (terme de Goffman, [1975] 1996) mais une menace politique, dans la mesure où il contrevient à une règle tacite de l'idéologie carcérale à savoir l'établissement et le respect d'un fossé entre le groupe des gouvernants et celui des gouvernés. Le respect de ce fossé a été soulevé par tous nos informants sans exception. La recherche démontre que d'une part on demande au personnel infirmier de soigner les détenus-psychiatrisés, alors que d'autre part une distance imposée par l'institution et les représentations du personnel lui-même à l'égard de la clientèle les en empêchent. Ce paradoxe a déjà été relevé par certains auteurs (Burrow, 1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b, 1998; Martin, 2001; Mason & Mercer, 1998, Senior, 1998; Willmott, 1997).

Ainsi la représentation du détenu-psychiatrisé est principalement conditionnée par les schèmes organisationnels (le carcéral) et les déterminants de la conscience individuelle et collective du personnel infirmier. Selon nos informants, cette représentation du client n'est pas sans conséquences au plan de la prestation du soin infirmier psychiatrique. Sur ce point, Bogardus (1930) concluait à partir de ses résultats de recherche que les représentations qu'on se fait de l'Autre servent de régulateurs des rencontres intersubjectives. Ainsi, il est clair au plan théorique que les représentations qu'entretiennent les infirmières et les infirmiers à l'égard des détenus-psychiatrisés influencent la nature des rencontres avec ces derniers. Ce constat est largement documenté dans le chapitre « Présentation des résultats ».

Le rôle et le statut du personnel infirmier comme agent de soin et agent de la paix influencent aussi la nature des rencontres interpersonnelles avec les détenus-psychiatrisés, tout comme le rôle et le statut relatifs des détenus-psychiatrisés influencent ces rapports. L'établissement d'un climat de confiance précède la partie proprement thérapeutique de l'intervention du personnel infirmier, qui s'exerce par et dans la parole du personnel infirmier avec le détenu-psychiatrisé, éventuellement sous forme de dialogue franc et ouvert (pratiquement impossible à achever). Ainsi, établit-on ce dialogue privilégié avec la clientèle non sans rencontrer plusieurs difficultés sur son parcours.

Parmi les facteurs idéologiques qui nuisent à l'établissement du lien de confiance avec la clientèle du Centre, le statut hybride du détenu-psychiatrisé, perçu comme fou et criminel, constitue un élément déterminant de la saturation de la représentation de celui-

ci. Selon Stoetzel (1978), il « existe une relativité culturelle des modalités des rencontres interpersonnelles en rapport avec les variations de rôles et des statuts » (p. 145). Le statut hybride du détenu-psychiatrisé intensifie le risque perçu par le personnel infirmier. Selon Lupton (1999), l'identité hybride est d'autant plus menaçante que son statut fluide et indéterminé empêche que l'on puisse le classer dans une catégorie ou une autre. À cet égard, le détenu-psychiatrisé partage sa condition d'hybride (délinquant et malade mental) avec le personnel infirmier qui endosse les identités d'agent de soin et d'agent de la paix. Certains agents de correction dénoncent d'ailleurs l'accointance trouble du « qui » joue sur deux tableaux (personnel infirmier-agent de la paix et détenus-psychiatrisés).

À plusieurs reprises, certains agents de correction se plaignaient de manifestations « maternantes à l'endroit des détenus-psychiatrisés » de la part de certaines infirmières et de certains infirmiers. Ces manifestations typiquement « hospitalières » constituent d'ailleurs pour certains une menace pour la sécurité du personnel travaillant au Centre. Or, les agents de correction interrogés sont conscients aussi des enjeux politiques qui se jouent dans une institution comme le Centre psychiatrique correctionnel. Ces agents de correction perçoivent la place grandissante du soin infirmier psychiatrique au C.P.C. comme une menace pour l'ordre carcéral strict, dont certains se réclament ouvertement. Cet ordre carcéral assure aussi leur identité socioprofessionnelle.

② Effets de l'environnement sécuritaire sur l'exercice infirmier et reconstruction du soin

Il a été clairement établi au fil de cette recherche que la sécurité constitue une condition essentielle à la possibilité même de l'exercice infirmier au C.P.C.. Toutefois la prise en compte des aspects sécuritaires entraîne des modifications tangibles au plan de l'exercice professionnel. Ce constat a d'ailleurs été largement rapporté par certains auteurs (Alexander-Rodriguez, 1983; Burrow, 1998; Crabbe, 1988; Mason & Mercer, 1998; Rae, 1993; Willmott, 1997). Senior (1998) posera d'ailleurs le problème en questionnant les possibilités réelles du soin infirmier psychiatrique dans un environnement pénal sans que la qualité de l'exercice et la quantité des contacts entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés ne soient altérées par l'environnement correctionnel.

L'unité de psychiatrie légale dépasse les fonctions de l'unité psychiatrique conventionnelle. Même s'il s'agit toujours d'un milieu fermé, sécuritaire et de garde, l'unité psychiatrique pénitentiaire combine les fonctions propres à l'institution

psychiatrique et à la prison. Le statut des patients qui y séjournent vient de toute évidence rappeler cette insertion de l'asile en prison. Par définition, ces unités de soins sont particulières et marginales (Mason & Mercer, 1998). Mais tout comme l'hôpital psychiatrique conventionnel, l'unité psychiatrique pénitentiaire suppose la mise en place d'une organisation spécifique, souvent contraignante et réglementée, où le quotidien est scrupuleusement ordonné. L'ordonnancement imprescriptible des obligations et de la routine institutionnelle vise à assurer le contrôle minutieux de la vie de ceux qui y vivent reclus (Rostaing, 1997). Il s'agit d'institutions « totales » dira Goffman ([1968] 1998) dans la mesure où ces institutions prennent entièrement en charge l'emploi du temps, les intérêts et les besoins des reclus tout en leur procurant un univers spécifique qui tend à les envelopper.

Les institutions « totales » représentent un modèle précis d'institution où l'organisation de la vie quotidienne est minutieusement réglée et complètement prise en charge selon un programme bien déterminé (Rostaing, 1997). Il ne faut pas confondre « institution totale » avec « institution totalitaire »; l'épithète « totale » n'étant employé par Goffman que pour rendre compte du fait que tous les aspects de l'existence des reclus sont assumés par l'institution. Par exemple, le couvent répond à la définition d'institution « totale » parce que tous les aspects matériels et spirituels de la vie des moniales sont assumés par l'institution religieuse.

Les travaux de Goffman ([1968] 1998) nous permettent d'apprécier la complexité des institutions « totales » qu'il répartit en cinq groupes. Deux de ces groupes sont d'intérêt pour notre recherche. D'abord l'hôpital psychiatrique qui appartient au groupe « d'établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire ». Ensuite, la prison puisqu'il s'agit d'institutions « destinées à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles » (p. 46). Ce chercheur a étudié pendant plus de trois années consécutives l'univers asilaire de deux institutions psychiatriques américaines. C'est à partir d'observations empiriques que Goffman théorisa le fonctionnement des institutions psychiatriques, en plus de décrire en détail l'univers des reclus et, à certains égards, celui du personnel. Sa recherche, de type ethnographique, permet de théoriser certains axes du fonctionnement institutionnel et les conclusions de Goffman ont été reprises par d'autres auteurs et appliquées à des contextes similaires comme le milieu correctionnel et certains autres milieux de soins. À l'époque, tant la méthodologie que le contenu des résultats de

l'étude s'avéraient novateurs (Rostaing, 1997).

Goffman ([1968] 1998) mettra en relief les tensions et les contradictions existantes entre l'exigence thérapeutique (soin) au sein de ces institutions totales et les impératifs de sécurité et de contrôle social. Les travaux de Goffman sont tout à fait indiqués afin de mieux comprendre nos résultats de recherche qui trouvent un écho dans la théorie descriptive de ce dernier. La notion d'institution « totale » constitue une unité centrale de la mosaïque théorique offerte par Goffman pour comprendre l'asile en prison. Précisément, on considère comme une institution « totale », tout lieu « de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, [1968] 1998, p.41). Ainsi apparaît-il clairement que les sites d'exercice en psychiatrie légale, unités de soins fermés et sécuritaires (qu'ils soient hospitaliers ou carcéraux) sont visés par cet énoncé.

Ce type d'institution applique un traitement individualisé certes, mais aussi et surtout un traitement collectif uniforme et conforme aux objectifs de la machine institutionnelle. « Les buts déclarés des institutions totales sont clairs et peu nombreux : objectifs économiques, éducation, instruction, traitement médical ou psychiatrique, purification religieuse, défense de la société contre la corruption... Neutralisation, sanction, prévention, guérison » (Goffman, [1968] 1998, p. 131). Le traitement mis en oeuvre dans les institutions « totales » règle aussi bien la position dans l'espace que les périodes d'activités selon un programme précis, ce qui nécessite une organisation importante (Rostaing, 1997). Le quadrillage spatio-temporel assumé par le personnel infirmier du C.P.C. et dont il a été question dans le chapitre précédent illustre bien cette affirmation. Le fonctionnement de l'institution « totale » tel que décrit par Goffman ([1968] 1998) pourrait se résumer, selon Rostaing (1997), à ces trois éléments : ① un règlement intérieur qui dicte les règles de la vie quotidienne en communauté, ② des récompenses ou des faveurs afin de faciliter la conformation du reclus au « système » et enfin ③ des punitions pour quiconque s'écarte des normes établies. Tout ceci est parfaitement congruent aux résultats de notre recherche.

L'institution « totale » rassemble la plupart des traits qui caractérisent les établissements spécialisés dans le gardiennage des hommes et le contrôle « total » de leur mode de vie (Castel, [1968] 1998). Cette notion de « gardiennage » a d'ailleurs été soulevée par nos informants. Cependant ceux-ci indiquaient que le C.P.C. était un lieu

de traitement psychiatrique où les soins relatifs aux troubles psychiatriques et de la personnalité ainsi qu'aux facteurs criminogènes étaient investis au plan thérapeutique, attestant de la dimension holistique que prendrait le soin dispensé au C.P.C.. Les fonctions du milieu correctionnel dépassent donc les fonctions strictes relatives au gardiennage et à la punition.

Foucault ([1975] 1995) souligne qu'on demande à la prison d'aujourd'hui d'être utile. Aussi la sentence et la privation de liberté sont-elles assimilées à une entreprise de transformation des délinquants. La prison doit transformer la peine en « opération » pénitentiaire afin que la peine soit une modification de la personne du détenu-psychiatrisé, en vue de son retour sécuritaire en société. Bref, dans l'optique foucauldienne, il s'agit de faire de la sentence un moment privilégié pour exercer un rôle « positif » en opérant des transformations sur les personnes incarcérées. Pour réaliser ce glissement de la punition stricte (« faire du temps ») à l'enfermement thérapeutique, « l'appareil carcéral a eu recours à trois grands schémas : le schéma politico-moral de l'isolement individuel et de la hiérarchie; le modèle économique de la force appliquée à un travail obligatoire; le modèle technico-médical de la guérison et de la normalisation. La cellule, l'atelier, l'hôpital » (Foucault [1975] 1995, p. 288).

Cette analyse de Foucault ([1975] 1995) trouve aussi écho dans les données que nous avons recueillies lors de notre recherche. En effet, le détenu-psychiatrisé isolé du monde extérieur est assujéti à l'obéissance d'une autorité correctionnelle qui s'impose à lui (la cellule); il doit être présent à son travail (l'atelier) et enfin, il doit aussi respecter les modalités d'un traitement psychiatrique (l'hôpital).

Nous pouvons dès lors affirmer que les trois schémas conceptuels identifiés par Foucault ([1975] 1995) s'appliquent à la situation au C.P.C.. Le modèle des trois schémas qu'il propose s'inscrit tout à fait dans l'ordre pénitentiaire tel qu'il nous est apparu tout au long de cette recherche. La mission du Service correctionnel et du Centre psychiatrique correctionnel valide notre affirmation.

Quoique l'institution pénale puisse se voir, aux dires de Foucault, recyclée en « machine à guérir », le personnel infirmier qui y travaille est confronté à plusieurs difficultés inhérentes à l'environnement sécuritaire. Le respect d'une distance sécuritaire entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés constitue une des difficultés rencontrées puisque les aspects « pastoraux » et dialogiques du soin psychiatrique réclament justement le contraire, soit le rapprochement au lieu du maintien d'une distance avec la clientèle (Frish & Frish, 1998).

La distance entre le personnel des institutions « totales » comme l'asile a d'ailleurs fait l'objet d'une attention particulière dans les travaux de Goffman ([1968] 1998). Selon cet auteur, « les institutions totales établissent un fossé infranchissable entre le groupe restreint des dirigeants et la masse des personnes dirigées » (Goffman, [1968] 1998, p. 49). Les échanges entre les deux groupes sont limités et la distance qui les sépare est immense et imposée par l'institution (Goffman, [1968] 1998). Ce « fossé » infranchissable qui sépare le personnel du Centre et les détenus-psychiatisés a été maintes fois soulevé par nos informants.

Nos données corroborent le fait qu'il est impossible d'imaginer l'établissement d'un lien thérapeutique présupposant un partenariat entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés, alors que les modalités de l'organisation obligent l'établissement d'un tel fossé (Foucault, [1975] 1995; Goffman, [1968] 1998). L'obligation de maintenir une distance sécuritaire avec la clientèle qu'on soigne n'est pas une coutume à laquelle nos informants ont été exposés en milieu académique ou hospitalier. Voilà probablement pourquoi certains de nos informants (infirmières et infirmiers) ont souligné ne plus reconnaître leur pratique d'infirmière ou d'infirmier, en tant que leur pratique du soin infirmier psychiatrique au C.P.C. est comparée à leur pratique professionnelle en milieu hospitalier civil. Selon Bowden (1997), qui tire ses conclusions des travaux de Benner (1984), les situations de soins infirmiers sont construites à travers les relations de personne à personne. Ces relations interpersonnelles impliquent, selon cette auteure, un engagement émotif réciproque pour que l'acte de soin prenne sens.

Selon Bowden (1997), la non-reconnaissance de la souffrance de l'Autre et de la sienne propre entraîne l'émergence d'un sentiment d'étrangeté, sentiment qui a d'ailleurs été verbalisé par certaines infirmières. Ces infirmières ont d'ailleurs souligné ne plus savoir si leur pratique était conforme « aux règles de l'art infirmier ». Pire encore, certaines affirmaient ne plus savoir qui elles sont au plan socioprofessionnel. Ce sentiment d'étrangeté serait d'ailleurs responsable de la souffrance exprimée par celles-ci. Maeve (1997) souligne que soigner à distance en faisant fi de la souffrance de l'Autre « leads to an alienation that is not easily overcome » (p. 502).

Si on l'examine sous l'éclairage théorique proposé par Festinger (1957), la souffrance exprimée par certains membres du personnel infirmier (principalement des infirmières) s'explique au plan théorique grâce au concept de dissonance cognitive. Selon Festinger, (1957) un message contradictoire (soigner des personnes – implique un rapprochement – alors que punir efficacement – implique une mise à distance)

produit un déséquilibre cognitif chez les personnes. Festinger (1957) constatait aussi que le même phénomène de dissonance cognitive se produit chez les personnes à qui on demande d'accomplir des tâches si les conduites afférentes à ces tâches sont antagonistes ou conflictuelles. Paicheler (1997) a observé la mise en oeuvre d'une dynamique « adaptative » pour réduire la dissonance cognitive. Cette réduction de la dissonance cognitive implique que les personnes affectées par une contradiction socioprofessionnelle s'efforceront d'accorder leurs valeurs et leurs conduites. Cette entreprise individuelle s'apparente à ce que Foucault (1994a) appelle « un travail sur soi par soi », travail qui s'inscrit non seulement dans une éthique personnelle ou professionnelle, mais dans une esthétique de l'existence où les technologies de soi sont mises à contribution.

Foucault (1986), lors d'un séminaire tenu aux États-Unis, définissait ainsi les effets des technologies de soi : « to effects by their own means... a certain numbers of operation on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality » (p. 18). Les technologies de soi, en autant qu'elles s'inscrivent dans une entreprise de résistance, permettraient d'échapper à la « tyrannie institutionnelle » (Starkey & McKinlay, 1998).

Certains membres du personnel infirmier, particulièrement les infirmières, ont nommé cette mise au diapason entre leurs valeurs professionnelles et leurs conduites au Centre. En effet, on aurait pu croire que le personnel du Centre, toutes fonctions confondues, partage les mêmes valeurs et qu'ainsi ce personnel infirmier se positionne aux antipodes de la clientèle qu'il dessert, respectant ainsi ce « fossé » imposé entre personnel et détenus-psychiatisés. Or, bien que nos informants aient verbalisé l'importance de se distancier afin d'assurer leur sécurité personnelle et d'actualiser leur double rôle d'agent de soin et d'agent de contrôle social, il sont très conscients que ce fossé les empêche d'exercer pleinement leurs fonctions de soignant. Ce fossé vient d'ailleurs accentuer l'inconfort en rapport avec leur identité socioprofessionnelle.

Dès lors, afin de réduire la dissonance cognitive (Festinger, 1957; Paicheler, 1997) et de ralentir la progression du sentiment d'étrangeté (Bowden, 1997), certains informants résistent en « reconstruisant » leur soin. Cette reconstruction du soin adopte des formes diverses et propres à chacun, dans la mesure où elle s'effectue sur une base individuelle, le plus souvent à l'insu de ses collègues de travail. Cette reconstruction du soin passe par un rapprochement avec la clientèle du C.P.C. et par

conséquent, par le rétrécissement de ce « fossé » idéologique.

Certains témoignages de nos informants font état du rapprochement subreptice à l'endroit des détenus-psychiatrisés, lors d'activités physiques ou récréatives. Toucher le détenu-psychiatrisé en guise de support ou d'encouragement au jeu, tout comme échanger des blagues avec la clientèle du Centre permet de réduire la distance entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé. Ce rapprochement serait essentiel à l'établissement d'un lien de confiance préalable à l'entreprise « thérapeutique » visée par le « redressement » correctionnel. Cette perception du personnel infirmier est aussi partagée par Porter (1996) qui soutient que la qualité du soin offert est proportionnelle à la connaissance que nous avons de nos clients. En effet, la rencontre thérapeutique entre l'infirmière et le malade mental permet d'une part au malade de parler de sa réalité et de sa souffrance, d'apaiser cette souffrance psychique, de préciser ou de modifier le diagnostic et les interventions (Frish & Frish, 1998). Cette rencontre permet par ailleurs de cumuler des informations au sujet du malade, d'estimer le degré d'observance au traitement offert et de renforcer celui-ci au besoin par diverses tactiques.

Si Goffman ([1968] 1998) dans son ouvrage intitulé *Asiles*, soutient que le personnel de l'institution « totale » et les reclus sont positionnés de part et d'autre d'un fossé idéologique qu'il présente comme infranchissable, notre recherche montre en revanche que le personnel infirmier qui n'adhère pas à un ordre carcéral strict (ou qui a échappé aux finalités du processus de conformation aux moeurs carcérales, par exemple) tente de réduire cette distance imposée, par un soin dit « reconstruit », afin d'appliquer, en milieu pénitentiaire, certains principes de soins fidèles à son expérience en milieu hospitalier ou communautaire civil.

La nature de l'environnement carcéral sécuritaire influence indéniablement l'exercice infirmier en contexte de psychiatrie pénitentiaire. À ce stade-ci de notre recherche, nous insisterons sur l'importance de l'impact d'un concept comme « l'environnement » sur la nature des soins offerts. L'environnement, concept central en sciences infirmières, suivant les écrits de Fawcett (2000), revêt une importance capitale pour la personne soignée. Étonnamment, la plupart des travaux effectués par les théoriciennes en sciences infirmières négligent l'impact de l'environnement sur le personnel infirmier et, par conséquent, sur une dimension centrale de l'exercice professionnel : le soin. Dans la mesure où les théories infirmières (et les modèles conceptuels) ne considèrent pas la nature spécifique des environnements de soin, il est tentant de croire qu'une forme unique de pratique infirmière existe et que, par

conséquent, la définition du soin soit statique, peu importe le milieu dans lequel il s'exerce. Dès lors, une question se pose : Est-il possible, dans un milieu psychiatrique pénitentiaire, d'actualiser un modèle conceptuel infirmier, tel ceux qui sont disponibles aujourd'hui, pour guider la pratique professionnelle des infirmières et des infirmiers ?

Mason (1996), dans une recherche effectuée dans une institution psychiatrique à sécurité élevée au Royaume-Uni, écrira que l'actualisation d'un modèle conceptuel en sciences infirmières tel que ceux qui existent actuellement reste, à toute fin pratique, impossible en milieu de psychiatrie légale où la sécurité prime et où celle-ci est conditionnelle à la pratique infirmière. Les définitions statiques avancées par ces modèles, en regard des concepts centraux comme le soin et la personne, ne rendent pas compte de la dynamique de l'exercice infirmier dans ce type d'institution. Rappelons ici que les modèles d'Henderson et de Roy ont déjà été utilisés au C.P.C. sans succès, de sorte qu'aucun modèle conceptuel explicite en sciences infirmières ne balisait la pratique infirmière au moment où s'effectuait notre recherche. En fait, nous acquiesçons avec Mason (1996), que l'implantation d'un modèle infirmier dans un milieu de soins aussi extrême et marginal que le C.P.C. doit impérativement prendre en compte l'aspect sécuritaire et contraignant de l'environnement pénitentiaire. Il nous faut reconnaître avec Peternej-Taylor et Jonhson (1995) : « the priorities of the correctional system center on confinement and security, and these principles will always come before nursing care » (p. 18).

Les résultats de notre recherche montrent que l'environnement pénitentiaire, tant à cause de son architecture spécifique que des prescriptions formelles et informelles, qu'à cause de la nature de la clientèle à desservir, diffère sur plusieurs points d'un environnement hospitalier conventionnel. L'exercice infirmier ne peut donc pas, à notre avis, être identique dans un milieu où la sécurité est prépondérante et où la clientèle est perçue comme un risque pour le personnel. En fait, cette recherche soulève un point d'importance : le soin infirmier doit être « contextualisé » et donc, conceptualisé de manière à prendre en compte la nature de l'environnement dans lequel il s'exerce.

Nous sommes d'avis que si, selon les modèles actuels en sciences infirmières, le patient est en interaction continue avec son environnement, les résultats de notre recherche montrent que l'exercice infirmier est aussi influencé par cet environnement. En milieu pénitentiaire, l'exercice y est même contraint. Cette recherche, effectuée dans un milieu de pratique extrême et marginal, est particulièrement révélatrice quant à l'importance de l'environnement sur les conditions de possibilités du soin infirmier.

Suivant les résultats de notre recherche, il est évident que le soin infirmier est modelé par les contraintes physiques, interactionnelles et symboliques de l'environnement carcéral. Certains informants ne nous ont-ils pas indiqué qu'ils « reconstruisent » subrepticement leur soin infirmier afin de recouvrer certaines dimensions présupposées par leur formation en sciences infirmières et leurs expériences de travail antérieures ?

Notre recherche supporte le constat suivant : les manifestations du soin sont aussi diversifiées que le sont les milieux où il s'exerce. Meleis (1997), par exemple, reconnaît l'incidence que peut avoir l'environnement sur l'exercice professionnel des infirmières et des infirmiers. Selon elle, il existe des environnements qui inhibent les interventions infirmières. Elle soutient par ailleurs que tous les milieux de soin sont agités par des luttes sociales et politiques. À l'égard de l'environnement, elle souligne

Several theories on environment need to be developed. Theories centering on environment are expected to describe properties, components, and dimensions of environment that are healthy or that help in maintaining or in changing health care outcomes... and effective interventions. *In addition, they are expected to guide changes in systems that constrain development, access and equality* (p.111 [*emphase personnelle*]).

L'unité de psychiatrie pénitentiaire constitue véritablement un exemple d'institution « totale » achevée. Elle est l'asile en prison. Selon nous, le détenu-psychiatisé est, ici, plus que dans n'importe quelle autre institution « totale », un produit d'institution, obéissant et assujéti à des habitudes, à des règles, à des ordres, à une autorité qui s'exerce continûment autour de lui et sur lui, et qu'il doit laisser fonctionner en lui.

On comprendra rapidement à partir de notre recherche (effectuée dans un contexte extrême) que le double statut (psychiatrie-justice) de la clientèle des unités de psychiatrie légale motive, à certains égards, le fonctionnement coercitif et disciplinaire de ce type d'établissement. La dimension correctionnelle vient renforcer la légitimation d'actions coercitives de la part du personnel infirmier à statut mixte (soignant et agent de la paix) (Dormoy, 1995). Dans un environnement sécuritaire comme le C.P.C., tout comme c'est le cas pour l'hôpital psychiatrique et la prison, le personnel infirmier est investi de la double tâche de réduire les reclus à l'obéissance, tout en donnant les soins nécessaires (Castel, 1976). Il ne peut en être autrement, car le complexe psychiatrico-pénal qu'incarne le C.P.C. se veut un lieu idéologique hybride, où l'hôpital psychiatrique

et la prison ne font qu'un.

③ *Rôle du personnel infirmier comme objet de pouvoir et similitudes entre les détenus-psychiatisés et le personnel infirmier comme groupes dominés*

Une analyse minutieuse de nos données suggère que le personnel de l'établissement « total », au même titre que les reclus, est la cible d'une entreprise d'objectivation. Nous avons longuement discuté au Chapitre 4 de la prépondérance d'un processus de conformation aux moeurs carcérales subi par le personnel infirmier qui travaille au Centre psychiatrique correctionnel. Nos résultats de recherche corroborent la métaphore du *panopticon* choisie par Foucault ([1975] 1995) dans son ouvrage Surveiller et punir pour décrire l'espace carcéral. Afin de théoriser la surveillance carcérale, Foucault soutient que si les détenus sont inlassablement observés, il en va de même pour les employés des établissements correctionnels. Car, « le directeur [de l'établissement] peut épier les employés sous ses ordres : infirmiers, médecins, contremaîtres, instituteurs, gardiens; il pourra les juger continûment, modifier leur conduite, leur imposer les méthodes qu'il juge les meilleures » (Foucault, [1975] 1995, p. 238 [ajout personnel]). En fait,

Chaque fois qu'on aura affaire à une multiplicité d'individus auxquels il faudra imposer une tâche ou une conduite, le schéma panoptique pourra être utilisé. Il est – sous réserve des modifications nécessaires – applicable à tous les établissements où, dans les limites d'un espace qui n'est pas trop étendu, il faut maintenir sous surveillance un certain nombre de personnes (p. 240).

Cette surveillance s'applique tout aussi bien aux détenus-psychiatisés qu'à tout le personnel qui travaille au C.P.C.. Tant le personnel du C.P.C. que les détenus-psychiatisés sont pris au piège dans cette « machine infernale » où les surveillants qui surveillent sont à leur tour surveillés. La surveillance ne laisse rien au hasard et n'épargne personne.

À partir de ce constat et à la lumière de nos résultats, nous établirons des parallèles entre les conditions de vie des détenus-psychiatisés et les conditions de travail du personnel infirmier. Il s'agit ici de poser un regard « global » sur l'institution afin d'énoncer un jugement qui recoupe plusieurs données indépendantes (colligées dans des entrevues distinctes). Un jugement, à l'effet que tous les acteurs de la scène carcérale sont soumis, à quelques nuances près, au même régime disciplinaire et ce,

qu'on appartienne au groupe des reclus ou à celui du personnel. Dans son étude ethnographique portant principalement sur la condition sociale des malades mentaux en milieux asilaires, Goffman ([1968] 1998) a discuté très brièvement des conditions de travail du personnel oeuvrant au sein des institutions totales. Or, nos données suggèrent que certains aspects existentiels propres au reclus (détenu-psychiatrisé) se retrouvent aussi chez le personnel infirmier.

En effet, nous avons détaillé précédemment le « processus de conformation aux moeurs carcérales » qui tente d'imposer au personnel infirmier une nouvelle nature et un comportement adapté au milieu carcéral. Nous reprendrons systématiquement certaines étapes de ce processus social dominant et les comparerons aux travaux effectués par Goffman ([1968] 1998). Nous articulerons notre analyse en démontrant que le personnel du Centre est pris dans une machine identique à celle des reclus enfermés dans une institution « totale ».

Ainsi, le personnel infirmier arrive au C.P.C. avec une « culture » dite « domestique » ou hospitalière, tout comme Goffman soulignait que le reclus arrive dans l'institution totale avec une « culture importée », c'est à dire une « culture » héritée de l'univers familial et s'appliquant à un ensemble d'activités qu'il juge valables. C'est à partir de ces référents qui consolident son identité que le reclus arrive à se faire une image assez nette de lui-même. Or l'institution « totale », souligne Goffman ([1968] 1998), attente à cette identité « extérieure » en supprimant la possibilité « d'actualiser certains comportements ». Les institutions totales comme l'hôpital psychiatrique ou la prison « créent et maintiennent un mode particulier de tension entre l'univers domestique et l'univers de l'institution et utilisent cette tension constante comme un levier utile pour le maniement des hommes » (p. 56).

Si cette affirmation s'applique d'emblée aux détenus-psychiatrisés, elle est aussi pertinente en ce qui a trait à l'expérience rapportée par les infirmières et les infirmiers qui travaillent au C.P.C.. Ils ont d'ailleurs utilisé l'expression « choc culturel » pour exprimer l'écart ressenti entre leur formation initiale, suivie de leur pratique professionnelle en milieux civils, et les conditions très particulières de leur exercice professionnel en milieu psychiatrique pénitentiaire. Ces conditions se traduisent par l'impossibilité d'actualiser un soin psychiatrique calqué sur le modèle hospitalier, de sorte que nos informants disaient avoir perdu leurs « repères » initiaux. La situation géographique du Centre psychiatrique correctionnel de même que les particularités architecturales qui le distinguent accentuent cette fracture avec l'ordre hospitalier mieux

connu du personnel infirmier interviewé.

Selon Goffman ([1968] 1998), le nouvel arrivant (reclus) entre dans une institution totale « avec une représentation de lui-même qui lui est procurée par les dispositions permanentes de son environnement domestique » (p. 56). Or, dès son admission, le malade mental ou le détenu se voit dépouillé de cette représentation alors que commence pour lui une série d'étapes visant à lui procurer une toute autre identité.

L'isolement du monde extérieur accélérerait, selon Goffman, ce travail de « déconstruction » et de « reconstruction » de l'identité du sujet qui séjourne en institution « totale ». Les dispositifs sécuritaires et l'isolement matérialisent de façon tant symbolique que pratique la barrière existant entre l'institution « totale » et le monde extérieur. Les reclus s'exposent au processus d'objectivation institutionnel que Goffman décrit comme une « mort civile ». En effet, une gamme de procédés (techniques) asilaires ou pénitentiaires, rapportés par cet auteur, s'applique sur le malade mental comme sur le détenu de manière à signifier leur exclusion de la société en général. Or, il faut rapprocher cette première étape (l'exclusion) dans la « mortification » du reclus (Goffman ([1968] 1998) du sentiment de marginalisation exprimé par le personnel infirmier.

Nos informants font état d'un fort sentiment d'isolement par rapport à la communauté infirmière « à l'extérieur », tout en décrivant leur condition de travail méconnue comme un double ghetto (asile et prison). D'autres témoignages expriment la même sensation en parlant de « travailler dans un arrière-monde » des soins infirmiers. Ainsi, tout comme le reclus de Goffman ([1968] 1998) se voit façonner d'une nouvelle identité (cette modification de l'identité débute par l'isolement du monde extérieur), le personnel infirmier exerçant au C.P.C. découvre que le dispositif carcéral modifie les rôles et les attributs du soignant, et qu'en conséquence il doit s'adapter aux conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire, et par là même se voit imposer « une distance » par rapport à ses anciens rôles. Cette distanciation est nécessaire afin que le personnel reproduise l'ordre pénitentiaire en vigueur au Centre.

Chez le reclus, cette « distanciation » de rôles passe aussi par une série d'étapes où sa personnalité initiale est « mortifiée » voire même « profanée » (Goffman [1968] 1998, p. 56). Les procédés utilisés pour mortifier la personnalité des reclus sont sensiblement identiques d'une institution totale à une autre (Goffman ([1968] 1998). La dégradation de l'image de soi et la contamination morale, deux « techniques de mortification » (l'expression est de Goffman) de la personnalité sont particulièrement

éclairantes ici, compte tenu de nos résultats de recherche.

En effet, les reclus qui vivent dans une institution « totale » perdent les attributs qui marquent normalement leur identité dans la société civile. La représentation que se fait le reclus de lui-même est altérée. Cette observation de Goffman s'applique au personnel infirmier que nous avons rencontré. Cette impression a d'ailleurs été soulevée clairement par certaines infirmières. La « masculinisation » du soin et des comportements (incluant la façon de se vêtir pour les infirmières) ont été présentés au Chapitre 4. Ce processus complexe suivant lequel certaines attitudes dites « féminines » se travestissent au profil masculin afin de complaire aux normes pénitentiaires se compare et s'inscrit bien dans ce que Goffman appelle la dégradation de l'image de soi. Bourdieu (1998) souligne que les rites d'institution officialisent la domination d'un groupe sur un autre. On entend par rites d'institution, l'ensemble des activités propres à une institution (journal interne, réunions, visites publiques, comité d'inspection et d'évaluation, compétitions sportives entre les établissements, spectacles et les rétrospectives annuelles des événements survenus dans l'institution) qui témoignent de sa « culture » particulière (Goffman [1968] 1998). Bourdieu souligne que les rites d'institution officialisent la domination d'un groupe sur un autre, puisqu' « inscrit dans les choses, l'ordre masculin s'inscrit aussi dans les corps au travers d'injonctions tacites qui sont impliquées dans les routines de la division du travail ou des conduites... » (p. 30). En effet, certains milieux sociaux encouragent plus que d'autres la « virilisation » et la « déféminisation », c'est-à-dire que les rites associés à certaines institutions encouragent la rupture avec le monde dit « maternel » et « féminin ». « Le travail de virilisation et de déféminisation se poursuit à l'occasion de cette introduction dans le monde des hommes » (Bourdieu, 1998, p. 32). C'est à travers le dressage des corps que s'imposeront les dispositions les plus fondamentales de la virilisation et la déféminisation (Bourdieu, 1998).

Souvenons-nous ici que le personnel infirmier ne doit pas manifester, à l'égard des détenus-psychiatisés du C.P.C., des attitudes ou comportements dits « maternants » qu'on associe principalement aux infirmières. L'expression du soin doit être purgée de ce qui est qualifié, par plusieurs informants, de comportements de « mitaines », de « faciles » et de « Mère Thérèse ». Les manifestations du soin, toutes banales en milieu hospitalier, sont souvent couvertes de ridicule au C.P.C. ou dénoncées comme dangereuses. Les attitudes empathiques et les marques d'attention du personnel infirmier à l'égard des détenus-psychiatisés sont perçues, en milieu

correctionnel, comme des manifestations féminines qui n'ont pas leur place dans un tel contexte, d'où la nécessité de travailler à leur extinction, souvent en recourant à des quolibets proférés par des agents de correction (et certains membres du personnel infirmier) propres à une approche typiquement machiste et chauvine. Que les attitudes empathiques et les marques d'attention soient exprimées par les infirmières ou les infirmiers, il n'en demeure pas moins qu'elles sont proscrites dans le « registre » d'un ordre carcéral strict qui n'hésite pas à afficher ses couleurs.

La masculinisation du soin est donc une contrainte qui s'exerce sur l'ensemble du personnel infirmier, mais spécifiquement sur les infirmières. S'ajoute à cette « masculinisation du soin » une autre contrainte, soit la déférence que doit continuellement manifester le personnel infirmier à l'endroit des agents de correction afin d'obtenir la collaboration de ces derniers pour dispenser les soins psychiatriques courants. La contrainte morale que présuppose cette attitude de déférence constante à l'endroit des agents de correction contribue à la dégradation de l'image de soi, phénomène mis en évidence par Goffman ([1968] 1998) dans son étude sur la condition sociale des malades mentaux en milieux psychiatriques. À cet égard, nos informants ne soulignaient-ils pas à quel point leur pratique professionnelle est contrainte ? En effet, tous les contacts avec les détenus-psychiatisés doivent s'effectuer en présence d'agents de correction pour d'évidentes raisons de sécurité. Cependant, nos données suggèrent aussi que le personnel infirmier doit continuellement « soigner » la qualité de ses interactions avec les agents de correction, afin d'éviter que d'éventuels conflits personnels ou idéologiques avec ceux-ci n'entravent leur exercice professionnel au C.P.C.. Le lecteur se rappellera que les délais et atermoiements ne sont pas rares, sinon que le refus occasionnel d'un agent de correction d'effectuer une tournée avec telle infirmière ou tel infirmier (dans ce cas-ci beaucoup plus rare) a tout l'effet d'un renforcement négatif efficace sur l'ensemble du personnel infirmier. À ce régime, on voit vite le personnel infirmier du C.P.C. se conformer à ce que la sécurité attend de lui.

Goffman ([1968] 1998) a observé les marques de déférence manifestées par les reclus séjournant dans une institution « totale ». Ce chercheur lie l'acquisition de ces comportements de déférence au processus de dépossession de l'identité du reclus décrit plus haut. Le fait d'avoir à demander à une autorité la permission d'effectuer une action qui ne nécessiterait pas d'ordinaire le consentement d'une tierce personne, contribue à la dégradation de l'image de soi. Encore une fois, nous avons pu observer des interactions symboliques de même nature chez le personnel infirmier interrogé, dont

l'identité « reconstruite » entretient des similitudes frappantes avec la description goffmanienne des étapes du « processus de mortification » qui façonnent l'identité des reclus (ici les détenus-psychiatisés). Le lecteur attentif du chapitre présentant les résultats de notre recherche constatera que cette citation de Goffman ([1968] 1998) décrit aussi les rapports du personnel infirmier avec les agents de correction :

Les échanges que les reclus peuvent avoir avec le personnel doivent souvent s'accompagner de manifestations verbales de déférence..., d'avoir à implorer, à solliciter avec insistance ou humblement des services (p. 65).

Les exemples rapportés par Goffman sur la condition particulière des malades mentaux en milieu « total » comme l'asile, sont à toutes fins pratiques assimilables à ceux présentés dans la section « Présentation des résultats » et qui touchent les conditions de travail du personnel infirmier. Selon Goffman, la dégradation de l'image de soi prend forme, dans les faits, lorsqu'une personne doit assumer des activités dont les implications symboliques sont incompatibles avec la représentation qu'elle entretient d'elle-même. Encore une fois, cette dissonance cognitive se reflète dans les résultats de notre recherche puisque le personnel infirmier, particulièrement certaines infirmières, exprimait un sentiment d'étrangeté envers leur personne et leur pratique professionnelle. Les fonctions attendues d'un agent de la paix se superposent plus ou moins adéquatement aux fonctions d'agent de soin et cet éparpillement de la juridiction socioprofessionnelle participe à l'intensification du sentiment d'étrangeté ou de dépossession rapporté par le personnel infirmier (principalement les infirmières).

Quoique les travaux de Goffman ([1968] 1998) s'appliquent principalement aux détenus-psychiatisés, force nous est de constater que le personnel infirmier, en tant qu'il se positionne, en partie comme objet de pouvoir, partage avec les détenus-psychiatisés la place qu'occupent les dominés. Évidemment, la condition socioprofessionnelle du personnel infirmier du Centre n'est pas la même que celle des détenus-psychiatisés, dans la mesure où ces derniers sont contraints de résider au C.P.C., alors que le personnel infirmier y travaille par choix. Les travaux de Goffman ont ceci de révélateur à nos yeux qu'ils mettent en lumière le « processus de mortification de la personnalité » qui affecte les reclus. Or, nous avons montré que ce processus de mortification correspond sur plusieurs points à ce que nous décrivions précédemment comme le « processus de conformation aux moeurs carcérales » qui affecte le

personnel infirmier en poste au C.P.C.. La proximité des expériences de mortification du reclus suivant Goffman avec les étapes du processus de conformation du personnel infirmier montre encore une fois la complexité des relations sociales et professionnelles dans un environnement « total » comme le Centre psychiatrique correctionnel.

Il ne faut pas croire cependant que l'objectivation (ou réification) subie par le personnel infirmier exclut toute forme de résistance. En fait, les évidences d'un soin « reconstruit » en catimini sont nombreuses ce qui nous permet d'affirmer avec Foucault (1994a) qu'une société disciplinaire n'est pas nécessairement garante d'une société disciplinée puisque la résistance fait intégralement partie de tous les rapports de pouvoir.

Tel que souligné auparavant, le personnel infirmier se voit non seulement investi de la double tâche d'agent de soin et d'agent de la paix mais assume également les positions d'objet et de sujet de pouvoir. Nous sommes convaincus que la prise en compte simultanée de ces deux positions permet une analyse davantage complexe de l'articulation du double mandat confié au personnel infirmier (agent de la paix et agent de soin) dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, demeurant fidèle en cela avec notre position épistémologique. En effet, la position simultanée d'objet-sujet de pouvoir trouve appui, au plan théorique, sur une conception « postmoderne » ou constructiviste du sujet, telle que présentée dans notre position épistémologique, et selon laquelle l'identité du sujet est loin d'être figée mais plutôt :

Always in process, always subject to reproduction or transformation through discursive practices that secure or refuse particular posited identities. Identities are not absolute but are always relational: one can be something in relation to some other thing. Identity implies difference, rather than something intrinsic to a particular person or category or experience. It implies possible signifiers of self, carrying complex, shifting, frequently ambiguous and contradictory meaning (Clegg, 1998, p. 29).

Aussi, au personnel infirmier « objet de pouvoir » dont nous discutons plus haut, nous voudrions superposer le personnel infirmier « sujet de pouvoir » afin justement, de discuter du statut de l'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire selon toute son extension « paradoxale » et consécutive au cumul des deux mandats d'agent de la paix et d'agent de soin.

④ *Rôle du personnel infirmier comme sujet de pouvoir et son inscription comme agent de la gouvernementalité au coeur du dispositif psychiatrico-pénal*

À la lumière des données recueillies lors de notre recherche, il est clair que le personnel infirmier assume simultanément des fonctions relatives aux soins infirmiers psychiatriques et au contrôle social. Toutes les tâches qui découlent de ces deux mandats concourent à la même entreprise thérapeutique (traitement des troubles psychiatriques et de la personnalité, traitement des facteurs criminogènes) et au même objectif final, à savoir une réinsertion sociale, qui serait « réussie » et « sécuritaire », d'une population qu'on considère à risque. Le Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.) combine les caractéristiques de l'asile et de la prison (Mason & Mercer, 1999); il s'inscrit au croisement des dispositifs psychiatrique et pénal, qui eux, font intégralement partie de notre société actuelle en tant qu'elle exhibe les caractéristiques de la société de sécurité, une notion discutée par certains auteurs (Castel, 1991; Ewald, 1988; Foucault, 1997; Lupton, 1999).

Suivant ces auteurs, la société de sécurité se caractérise notamment par l'exclusion et la réclusion (donc la neutralisation) des populations déviantes et « dangereuses » en institutions closes; par la prolifération des régimes « d'assurances contre les risques » et par le traitement statistique du risque (actuariat); par la gestion de la santé publique et l'établissement de programmes officiels de mesures d'urgence ou de prévention des épidémies; par la présence historique de corps de police et d'une armée permanente; par la « responsabilisation » des personnes à l'égard de leur condition de santé et des risques qu'ils encourent, etc. Envisageons, dans cette perspective, le C.P.C. qui constitue, tel que maintes fois réitéré, un milieu sécuritaire hybride, à mi-chemin entre l'hôpital psychiatrique et la prison et où des personnes « à risque » sont enfermées (Mason & Mercer, 1998). Le confinement des personnes à risque dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons constitue un mode de gestion de la déviance privilégié par une société comme la nôtre, qui met l'accent sur la sécurité individuelle des citoyens, lesquels, suivant le contrat social (Ewald, 1986), renoncent à l'utilisation de la violence et à se faire justice eux-mêmes pour en accorder le monopole à l'État.

L'unité psychiatrique pénitentiaire répond à cet impératif social de sécurité où, non seulement la personne à risque est exclue, mais où elle reçoit également un traitement « intensif et drastique » multi-axial, touchant l'ensemble de sa personne, en vue d'être réinsérée dans la communauté. Bien que les objectifs du C.P.C. soient

orientés vers la réhabilitation (et le traitement) des détenus-psychiatisés, il n'en demeure pas moins que les opérations pénitentiaires, ce qui inclut la coercition et la discipline, font partie du quotidien des détenus-psychiatisés. Selon Burrow (1991a) la sécurité primera toujours sur le soin. Peu importe que le traitement prenne place dans une unité psychiatrique pénitentiaire ou dans un milieu psychiatrique à sécurité élevée, il s'avère, comme le montrent nos résultats de recherche comme ceux d'autres auteurs, que l'unité psychiatrique pénitentiaire, tout comme l'hôpital psychiatrique à sécurité élevée, sont des lieux de détention et de captivité avant d'être des milieux de traitement. Étudiant le cas d'hôpitaux à sécurité élevée (*Special Hospitals*), Burrow (1991b) en arrive à la même conclusion que nous, à savoir que : « despite differential claims of a treatment philosophy and rehabilitative ideal, secure hospitals are defined by carceral aim of enforced and protracted segregation : An inmate, in whatever institutional custody, is confined against his / her will in conditions which they have not themselves chosen and this constitutes an unequivocal captivity » (p. 27). Ce constat de Burrow, renvoie directement aux propos verbalisés par nos informants, à l'effet que le détenu-psychiatisé est d'abord et avant tout un délinquant et ensuite un malade mental impliquant que la discipline correctionnelle supplante le soin.

Pour actualiser les projets de traitement ou de réhabilitation de la clientèle captive en milieu psychiatrique pénitentiaire, plusieurs professionnels de la santé ont investi l'espace correctionnel. Le personnel infirmier est un de ces groupes socioprofessionnels ayant la mission non seulement d'assurer la garde sécuritaire des détenus-psychiatisés mais aussi de les traiter. Son mandat s'inscrit directement dans la logique d'une société de sécurité où la protection d'autrui et de soi constitue une dimension centrale de l'exercice infirmier, et où le traitement des personnes déviantes et à risque est privilégié (Castel, 1991, Lupton, 1999). Le traitement s'inscrit donc dans une logique d'impératifs sociaux (Laplante, 1995) et de gouvernement « efficace » des conduites individuelles et collectives (Rose, 1999) afin de produire un sujet sans risque pour lui-même ainsi que pour la sécurité biologique d'autrui (Foucault, [1976] 1994).

Le « gouvernement » de la population « générale » repose, suivant les auteurs qui nous ont inspiré pour cette discussion, sur un appareil de sécurité dont Foucault (1991), notamment, a détaillé les caractéristiques. La notion de « gouvernementalité » est susceptible d'éclairer le phénomène complexe étudié dans le cadre de cette recherche puisque le Centre psychiatrique correctionnel est un milieu restreint où l'appareil de sécurité de l'État est manifeste. Nous considérons par conséquent la

notion de gouvernementalité comme étant un levier théorique approprié pour comprendre le double rôle qu'assume le personnel infirmier, dans la mesure où la gouvernementalité constitue selon Rose (1999) :

A perspective which brings into sight a domain of questions to be asked and practices to be analysed. In particular, they seek to interrogate the problems and problematizations through which 'being' has been shaped in a thinkable and manageable form, the sites and locales where these problems formed and the authorities for enunciating upon them, the techniques and devices invented, the modes of authority and subjectification engendered, and the telos of these ambitions and strategies (p. 22).

Nous appliquerons localement cette perspective foucauldienne à l'unité de psychiatrie pénitentiaire en s'assurant que cette partie de la discussion mette en évidence l'exercice du pouvoir par le personnel infirmier afin de faire ressortir les tentatives de ce groupe socioprofessionnel à gouverner la conduite des détenus-psychiatisés en recourant à des pouvoirs polymorphes (souverain, disciplinaire et pastoral) mais dont les effets s'additionnent et se cumulent. Dès lors, nous devons envisager les manifestations du pouvoir infirmier en psychiatrie pénitentiaire sur les plans où il opère vraiment, dans ses manifestations les plus directes mais aussi dans ses manifestations les plus fines et les plus subtiles, là où le pouvoir infirmier devient capillaire. C'est dire qu'il nous faut appréhender le pouvoir infirmier « à ses extrémités, dans ses derniers linéaments... prendre le pouvoir dans ses formes et ses institutions les plus régionales » (Foucault, 1997, p. 25).

On admettra sans peine que le personnel infirmier du C.P.C. remplit des fonctions « policière et soignante » dont les effets renforcent le dispositif psychiatrico-pénal. Cette double fonction s'inscrit parfaitement dans l'appareil de sécurité qui sert de base dans le gouvernement des populations et des conduites individuelles. La gouvernementalité repose sur un appareil de sécurité touchant directement l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire et à cet égard, elle intègre deux des trois grandes dimensions de l'appareil de sécurité : la police et le pouvoir pastoral.

Police

Le personnel infirmier du C.P.C., parce qu'il est aussi agent de la paix exerce des fonctions dites « policières ». Ces fonctions policières ont pour ultimes fonctions de veiller à la préservation de l'ordre à l'intérieur d'un territoire donné (Foucault, 1991), en occurrence le Centre psychiatrique correctionnel. Le C.P.C. est un territoire bien défini et

policé, où le respect des règles est impératif et tout écart puni. L'intensité de la punition est d'ordinaire proportionnelle à l'offense faite aux règles édictées. Le personnel infirmier en poste se doit de faire respecter ces règles et, par conséquent, l'agent de soin participe aux opérations pénitentiaires à titre d'agent de la paix. Pour exercer cette fonction de « police » le personnel infirmier dispose de deux instruments précis : la coercition et la discipline.

Nos données suggèrent en effet que le personnel infirmier n'hésite pas à utiliser la coercition dans le but de forcer un détenu-psychiatrisé à obéir aux consignes en vigueur au Centre. L'utilisation de la force physique pour gouverner la conduite d'une population captive évoque le déploiement de la force d'un souverain à l'égard de sujets rebelles (Foucault, [1975] 1995). Le pouvoir souverain se manifeste donc, dans la perspective de la gouvernementalité, par une démonstration de force (Foucault, [1975], 1995, 1991). Selon nos sources, l'utilisation de la force par le personnel infirmier s'effectue par le truchement des agents de correction qui servent de leviers d'intervention sur les détenus-psychiatrisés pour le personnel infirmier. Ce rôle accessoire assumé par les agents de correction facilite le travail du personnel infirmier puisque l'obéissance du détenu-psychiatrisé nécessite parfois une intervention plus coercitive et plus radicale, intervention que le personnel infirmier seul ne peut mener à terme. Le pouvoir souverain constitue une forme de domination dans la mesure où le souverain déploie la force dont il dispose pour s'assurer de l'obéissance de ses sujets (Foucault, [1975] 1995). Au même titre, le personnel infirmier travaillant au C.P.C. est le délégué de l'État souverain. Le personnel infirmier peut enjoindre un détenu-psychiatrisé à obéir à une consigne sous peine, s'il s'avisait de désobéir, de l'empoigner physiquement pour le confiner dans sa cellule et le priver de mouvement. Le personnel infirmier, via les agents de correction, n'est pas uniquement un groupe socioprofessionnel qui applique une loi ou une règle, mais plutôt un groupe socioprofessionnel capable de déployer la force mise à sa disposition par le gouvernement fédéral. Le personnel infirmier représente l'agent d'une violence qui s'applique légitimement afin de maîtriser le délinquant qui refuse d'obtempérer dans le cadre imposé par le C.P.C.. Le personnel infirmier se trouve donc, dans les faits, le surveillant et l'adversaire des écarts que peuvent manifester les détenus-psychiatrisés et par là même, il est légitimé d'utiliser la force nécessaire pour faire respecter l'ordre au C.P.C.. Cette forme de pouvoir n'est pas masquée. Bien au contraire, ses manifestations sont brutes, visibles et directes. L'effet de domination sur le détenu-

psychiatisé est probant.

La fonction policière qu'assume le personnel infirmier s'apparente, armes en moins, à la définition de la « police » dans nos sociétés contemporaines. Effectivement, pour se protéger des menaces intérieures, l'État se dote d'une police, assurant ainsi le gouvernement des conduites d'un groupe de personnes occupant un territoire donné. Le personnel infirmier interrogé rappelait par ailleurs que les détenus-psychiatisés constituent une menace potentielle, contre laquelle il doit se prémunir constamment. Cette protection passe entre autres par le maintien d'un environnement de travail sécuritaire qu'on assure en « poliçant » le milieu non seulement par la réglementation s'appliquant aux détenus-psychiatisés et au personnel infirmier, mais encore en « poliçant » la mentalité du personnel embauché au Centre. La police d'aujourd'hui assume quasi exclusivement des fonctions relatives à l'ordre social (Moss, 1998). C'est bien ce que font les agents de la paix que nous considérons ici, c'est-à-dire le personnel infirmier du Centre. Bref, la coercition est un instrument de la fonction policière mis à la disposition du personnel infirmier comme représentant légitime de l'État. La fonction policière du personnel infirmier repose aussi sur le déploiement d'une autre forme de pouvoir : le pouvoir disciplinaire.

Alors que le pouvoir souverain s'impose comme une force appliquée sur le corps des détenus-psychiatisés (contraindre physiquement les détenus-psychiatisés pour les forcer à obéir), le pouvoir disciplinaire laisse son empreinte sur le comportement des personnes assujetties à la discipline. L'efficacité du pouvoir disciplinaire s'observe quand de nouvelles attitudes et comportements sont acquis par la clientèle. Dès lors, on est autorisé à penser avec Stewart (2001), que le pouvoir disciplinaire « construit des personnes » en accord avec un programme social déterminé où se lient pouvoir et savoir. Il s'agit en fait d'inculquer, de reconstruire autrement, et selon des fins précises, le sujet sur lequel la discipline s'impose en suivant des finalités précises (Foucault, [1975] 1995). Si la prison veut être efficace elle doit « totaliser l'existence du délinquant » et la reprendre de fond en comble (Foucault, [1975] 1995).

En tant qu'agent de la paix, le personnel infirmier participe inévitablement au régime disciplinaire du pénitencier. Il est donc autorisé (parce qu'on leur a conféré l'autorité nécessaire) par l'État et l'institution à remplir des fonctions de nature correctionnelle (il s'agit même d'une obligation).

Si la prison est, selon Foucault ([1975] 1995), l'appareil disciplinaire le plus achevé de la société, il n'est donc pas étonnant que nos résultats de recherche

témoignent de l'utilisation de la discipline comme outil déployé par le personnel infirmier. La discipline, c'est un art du corps qui vise non seulement l'accroissement de ses habiletés et l'alourdissement de sa sujétion mais la formation d'un rapport avec l'Autre pour le rendre obéissant (Foucault, [1975] 1995). La discipline serait aussi une manipulation calculée; « le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose » (Foucault, [1975] 1995, p. 162). Inscrit dans le cadre du pouvoir sur la vie (bio-pouvoir) le pouvoir disciplinaire renvoie à l'axe anatomo-politique, c'est à dire l'axe où le corps individuel est discipliné par un ensemble de techniques (Foucault, [1976] 1994). On compte parmi celles-ci : l'art des répartitions, le contrôle de l'activité, la surveillance hiérarchique et la sanction normalisatrice. Toutes ces techniques, sans exception, sont appliquées par le personnel infirmier qui travaille au Centre psychiatrique correctionnel. Le quadrillage spatio-temporel qu'exerce le personnel infirmier renforce l'art des répartitions et le contrôle des activités. Ce quadrillage est nécessairement assorti d'une surveillance de tous les instants qu'exerce le personnel infirmier du Centre dans le cadre de ses fonctions. L'application de sanctions par le personnel infirmier a aussi été rapportée par nos informants. Le personnel infirmier participe donc directement au maintien de l'ordre pénitentiaire et constitue une courroie importante dans la mécanique du dispositif psychiatrico-pénal.

Au C.P.C., les fonctions relatives à l'exercice policier se combinent à d'autres techniques du « gouvernement » des conduites. Exerçant au coeur d'un appareil de sécurité complexe sur lequel repose la gouvernementalité actuelle, le personnel infirmier qui assume un rôle de police, dispose d'un autre instrument de gouvernement des conduites des détenus-psychiatisés : le pouvoir pastoral.

Pouvoir pastoral

Le pouvoir pastoral c'est cette forme de pouvoir individualisant et « bienveillant » déployé pour soigner les citoyens d'un État. Dans la mesure où le C.P.C. forme un microcosme unique où séjournent pour une période relativement longue des détenus-psychiatisés, et que par surcroît ce lieu se veut un espace thérapeutique, ceux-ci sont investis par l'action ininterrompue de groupes professionnels dont la tâche est de traiter les affections aux plans psychiatrique, de la personnalité et des facteurs criminogènes.

Le soin, en général, se veut pastoral. Cependant, le pouvoir pastoral est difficile à actualiser au C.P.C. parce qu'il présuppose l'établissement d'un lien de confiance entre le thérapeute (qu'on comparera à un berger) et son client (qu'on comparera à une brebis). Nous avons suffisamment discuté au préalable de la difficulté qu'éprouve le

personnel infirmier à développer et maintenir ce lien de confiance compte tenu de son double statut d'emploi, de la nature de l'environnement de soin, de la crainte « naturelle » qu'entretiennent les détenus-psychiatrisés à l'égard des représentants de l'appareil pénal et de la représentation que se fait le personnel infirmier en regard de la clientèle recluse au C.P.C..

Selon Foucault (1994a), le pouvoir pastoral, ou soin de l'Autre, est un outil essentiel dans le gouvernement des conduites nécessitant, pour être efficace, la connaissance détaillée des personnes. Le personnel infirmier doit donc disposer de moyens d'analyse, de réflexion et de détection. En contrepartie, le sujet sur lequel le pouvoir pastoral s'exerce devra, de son côté, s'offrir à la connaissance du thérapeute (Rose, 1999).

Selon Foucault ([1976] 1994), ce dévoilement prend dans les faits la forme d'une confession minutieusement induite de l'extérieur. Au fur et à mesure que le détenu-psychiatrisé énonce son propos à teneur existentielle, l'infirmière ou l'infirmier assume une position de guide ou de « berger » afin que d'une part, il prenne conscience de sa(ses) problématique(s) et, d'autre part, divulgue des informations essentielles qui nourriront les interventions du personnel du C.P.C. et ce, au niveau des trois axes visés par l'intervention : le trouble psychiatrique, les troubles de la personnalité et les facteurs criminogènes. La confession, instrument-clé du pouvoir pastoral, constitue un outil puissant du « travail sur soi par soi ». L'importance de l'investissement du détenu-psychiatrisé dans son traitement, donc dans son auto-régulation, a été documenté auparavant et fait intégralement partie des attentes que l'on entretient à l'égard de ce dernier.

Le pouvoir pastoral par le biais de son instrument essentiel, la confession, constitue une forme de pouvoir fondamentale afin d'instaurer chez le déviant l'auto-surveillance et l'auto-régulation (Foucault 1976; Rose, 1999). Dans le cadre de la gouvernementalité, le but ultime consiste à faire de la personne à gouverner un être indépendant d'une instance extérieure pour « conduire sa propre conduite ». En fait, il s'agit de s'assurer que le déviant devienne un participant actif dans son auto-régulation (Fox, 1997). C'est précisément ce qui est recherché par le Service correctionnel à l'égard des détenus-psychiatrisés. Inculquée de l'extérieur, on impose au détenu-psychiatrisé la responsabilité de son traitement en l'enjoignant d'y prendre part activement.

Par l'introspection et la réflexion sur soi, le client, dès qu'il verbalise, prend conscience de ce qu'il est, de ce qu'il fait, de ce qu'il est capable de modifier, etc. Cette prise de conscience, initiée de l'extérieur, par le thérapeute constitue le premier pas dans le « gouvernement de soi par soi » (Rose, 1990, 1999). La prise de conscience du détenu-psychiatrisé s'alimente aux techniques de relation d'aide utilisées par le personnel infirmier qui écoute, décode, interprète et reflète. En se livrant ainsi au personnel infirmier, le détenu-psychiatrisé participe à un travail « en profondeur » dont il est l'objet. Sans l'impression d'avoir été contraint il examine et évalue ses comportements, ses attitudes, ses manières de penser, etc. En effet, le pouvoir pastoral contrecarre les conflits en transformant les individus de l'intérieur (Weberman, 1995). Le détenu-psychiatrisé voudra possiblement apporter, sur lui-même, les modifications qu'il considère maintenant importantes. Ces opérations (modifications sur soi) sont rendues possibles grâce aux « technologies de soi ».

Selon Foucault (1994a, p. 785), « les technologies de soi permettent aux individus d'effectuer, seuls ou avec l'aide d'autres personnes, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être; de se transformer afin d'atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse, de perfection... ». Elles visent à assurer ce rapport à soi-même caractérisé par la liberté et permettent à la personne de reprendre une certaine forme de contrôle sur ses pensées, ses conduites. Elles lui permettent donc « d'effectuer des opérations sur son corps et son âme » (Foucault, 1988 ; Foucault, 1994b, p. 785).

À travers la démarche « thérapeutique », qui s'inscrit dans une activité « pastorale », on véhicule l'idée que le détenu-psychiatrisé, aidé du personnel infirmier, arrivera à mieux se connaître et ainsi à mieux prendre soin de lui-même. Dans nos sociétés modernes actuelles, la connaissance de soi constitue le principe fondamental de ce soin de soi et, par conséquent, de ce « gouvernement de soi » (Foucault, 1988). Le pouvoir pastoral permettrait non seulement le travail sur l'âme à partir de l'extérieur (par l'intervention d'un tiers qui l'amorce) mais aussi la constitution d'un travail à partir de l'intérieur. Il permettrait à l'individu d'amorcer une réflexion sur lui-même et ainsi de contribuer à la conduite de sa propre conduite et, ce faisant, de se prévaloir d'un espace de liberté. Le pouvoir pastoral, s'il veut s'exercer efficacement, « doit pénétrer les âmes, déchiffrer les coeurs, les contraindre à révéler leurs secrets les plus intimes » (Haroche, 1994, p. 40). L'exercice de ce type de pouvoir au C.P.C. est pratiquement impossible à actualiser étant donné la « précarité » de la relation de confiance entre le personnel

infirmier et les détenus-psychiatisés.

Le pouvoir pastoral constitue pour Fox (1997), une façon astucieuse de cacher les dimensions plus répressives de l'appareil pénal ou psychiatrique. Clinton et Nelson (1999) soulignent d'ailleurs à cet égard :

For by engaging in self-care, people with a mental illness not only seek to recover themselves, but also to regulate themselves and their behaviors in more deeply penetrating ways than was possible when psychiatric practice was at its most coercive (p. 260).

Cette citation rappelle à quel point le pouvoir pastoral est productif, comme moyen efficace pour initier une prise de conscience chez le détenu-psychiatisé, et constitue un élément crucial des interventions infirmières au C.P.C.. Voilà pourquoi le personnel infirmier a insisté sur l'importance d'établir et de maintenir un lien de confiance avec le détenu-psychiatisé; le lien de confiance constituant un préalable à l'exercice du pouvoir pastoral. Le personnel infirmier, par le biais du pouvoir pastoral, gouverne la conduite des détenus-psychiatisés par un travail « en profondeur » et ce, sans violence. « There is no need for arms, physical violence, material constraints. Just a gaze. An inspecting gaze, a gaze... which each individual thus exercises this surveillance over and against himself (Foucault, 1980e, p. 155). En fait, le pouvoir pastoral constitue une forme de pouvoir « which makes individuals subject, subject of someone else by control and dependance, and tied to his own identity by a conscience of self-knowledge » (Ransom, 1997, p. 67).

Les rationalités thérapeutiques qui orientent tous les programmes et toutes les interventions du personnel qui travaille dans le système pénal s'assimilent à un appareil visant à modifier, de manière permanente, les valeurs, les attitudes et les comportements des délinquants (Fox, 1997; Rose & Miller, 1992). C'est dans ce cadre idéologique et behavioral que le personnel infirmier est appelé à exercer. Un cadre, finalement, où la « personnalité criminelle » et le malade mental doivent être reconstruits (Fox, 1997; Simon & Feeley, 1994). Il s'agit de traiter des personnes à risque dans le but d'éliminer sinon de réduire substantiellement la possibilité d'un crime (Deflem, 1998).

La pratique du gouvernement des autres satisfait les intérêts étatiques dans la mesure où des agents (de soin et de contrôle social), vecteurs des rationalités gouvernementales, initient une prise de conscience chez l'objet du gouvernement (détenu-psychiatisé). Le but visé par les rationalités gouvernementales est de favoriser

l'auto-contrôle de chaque individu, ce qui facilite de beaucoup le gouvernement des populations et le maintien de l'ordre social (Dean, 1999; Garland, 1997; O'Malley, 1996; Rose, 1998, 1999; Rose & Miller, 1992). En fait, « power does not merely act upon the bodies of those disciplined, but encourages introspection and self-monitoring. In this sense, manageable citizens cooperate in their own reformation by embracing the helping tools offered by disciplinary arms of the state » (Fox, 1997, p. 1). C'est ainsi que les professionnels de la santé, particulièrement ceux travaillant dans le secteur de la santé mentale, agissent comme agent de contrôle social (Edelman, 1977; Foucault, 1976; Margolin, 1997; Rose, 1999). Ces affirmations s'inscrivent tout à fait dans le sens de nos résultats de recherche. Nos résultats sont aussi supportés par les propos de Fox (1997) qui souligne : « Therapeutic initiatives in correctional settings provide useful data for fleshing out themes in Foucault's governmentality » (p. 2).

La notion de « gouvernementalité » constitue selon nous une perspective théorique appropriée expliquant une certaine partie de nos résultats, là principalement où le personnel infirmier agit comme sujet de pouvoir au C.P.C. sur la personne des détenus-psychiatisés. Le personnel infirmier en tant qu'il se définit selon nous comme sujet de pouvoir, fait appel à différentes méthodes pour corriger, discipliner et traiter la clientèle dont il a la charge.

En fait, dans la mesure où gouverner aujourd'hui dépasse l'État et ses appareils, le « gouvernement » des conduites individuelles et puis collectives passe inévitablement par l'intervention d'agents qui sont positionnés à la jonction des objectifs gouvernementaux et des citoyens. Le personnel infirmier qui exerce au C.P.C. est lui-même situé à l'interface des « rationalités » du Service correctionnel et des détenus-psychiatisés. Le personnel infirmier constitue donc, selon nous, un groupe d'agents du « gouvernement » capables d'agir sur la personne du détenu-psychiatisé en déployant différentes formes de pouvoir directement reliées à la coercition (pouvoir souverain), à la discipline (pouvoir disciplinaire) et à la thérapie (pouvoir pastoral).

L'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire est complexe et fait appel à une gamme de pouvoirs nécessaires au gouvernement de la conduite des détenus-psychiatisés afin de pouvoir rencontrer les objectifs (« rationalités » gouvernementales) du Service correctionnel en matière de réhabilitation de détenus-psychiatisés.

La gouvernementalité tel que définie par Foucault (1991) et certains de ses exégètes (Dean 1999; Lupton 1999; Nettleton, 1997; Rose, 1999) repose sur un appareil

de sécurité complexe où sont inclus la police et le pouvoir pastoral. Pour contrôler les individus et les collectivités à l'intérieur de ce territoire on fera appel à la police et, enfin, pour assurer le bien-être des occupants de ce territoire on fera appel au pouvoir pastoral. Les dimensions de police et de pouvoir pastoral touchent explicitement et corrélativement à l'articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Au Centre psychiatrique correctionnel, l'articulation des rationalités gouvernementales et des technologies du « gouvernement » des conduites repose en grande partie sur le savoir d'un champ d'intervention précis, les sciences infirmières, et sur la présence d'experts, le personnel infirmier, qui sert de médiateur entre les objectifs du Service correctionnel et les activités des détenus-psychiatisés sur lesquelles s'effectue l'intervention professionnelle des infirmières et des infirmiers. Bien que cette médiation ne se fasse pas en lien direct avec une autorité centrale (représentant de l'État), on sait cependant que le soin infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire sert précisément cette autorité centrale en servant une de ses agences, soit le Service correctionnel.

Les formes de pouvoir déployées par le personnel infirmier, et qui opèrent à l'intérieur de ramifications extrêmement fines, subtiles et complexes, mais qui peuvent prendre des allures parfois plus violentes, tentent d'induire chez les détenus-psychiatisés des comportements désirables et désirés. C'est ainsi que l'État gouverne à distance, c'est-à-dire qu'il se sert d'agents positionnés à proximité de groupes-cibles, pour gouverner la conduites des personnes en insistant sur le traitement psychiatrique, la réforme et l'extinction des conduites délictueuses.

Le gouvernement des détenus-psychiatisés, s'il veut être efficace, doit aligner les objectifs étatiques avec les libertés et les choix de ceux-ci. Cet alignement entre désirs et aspirations étatiques et désirs et aspirations individuels est assumé, dans nos sociétés démocratiques néo-libérales, par des agents capables de persuader des groupes-cibles à investir leur personne en conformité avec les rationalités gouvernementales (Rose, 1990). C'est en intervenant directement sur les choix et les libertés des personnes que l'on gouverne efficacement et que, par conséquent, on s'assure de leur obéissance et de la conformité de leurs conduites.

Ⓔ *Intégration des fonctions d'agent de soin et d'agent de contrôle social*

L'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire s'avère complexe. Cet exercice marginal et marginalisé s'inscrit ici dans un espace physique et un horizon social précis : l'unité de psychiatrie pénitentiaire. Deux discours (hospitalier et

pénitentiaire) comportant une teneur idéologique se disputent le personnel infirmier qui assume officiellement les responsabilités afférentes à ces deux fonctions aux juridictions parfois non congruentes : infirmières(ers) psychiatrique et agent(e)s de la paix. En effet, nous avançons précédemment que l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire s'effectue à l'intersection de deux collectifs de discours et de représentations symboliques où s'expriment par conséquent certains antagonismes, en dépit d'une collaboration quotidienne obligée entre les acteurs sociaux dans le milieu carcéral.

Nous avons également établi le caractère hybride de l'identité du personnel infirmier, à la fois agent de soin et agent de la paix, dans la mesure où il y a éclatement de l'identité initiale puis fusion de deux identités (agent de la paix et agent de soin). De plus, nous observons l'identité de ce même personnel osciller continuellement entre la position d'objet de pouvoir et de sujet de pouvoir lorsqu'il effectue ses tâches auprès des détenus-psychiatisés. Le personnel infirmier n'a pas, selon nous, d'identité fixe. Notre proposition à ce sujet concorde avec la définition d'un sujet qui se diffracte en une pluralité d'identités partielles et dont la position ponctuelle à titre de personne intégrale est indéterminable (Boisvert, 1996). En effet, suivant son déplacement continu entre ces pôles du pouvoir subi (objet de pouvoir) et exercé (sujet de pouvoir), le personnel infirmier tente simultanément d'articuler les fonctions de soins et de garde, identifiées dans le libellé de notre question de recherche. À la position d'objet-sujet, le personnel infirmier assume donc aussi des fonctions relatives à l'agent de soin et à l'agent de contrôle social.

À la lumière des données recueillies, le rôle du personnel infirmier est équivoque, voire, indéterminé dans la mesure où les aspects antagonistes de ces deux mandats sont intériorisés par la plupart du personnel infirmier. C'est un peu comme si deux instances – les deux têtes d'un être bicéphale – pouvaient simultanément faire valoir leurs revendications respectives et légitimes. Les têtes se disputent mais prennent appui l'une sur l'autre. En effet, le personnel infirmier assume tantôt le rôle du soignant, là où il exerce le soin psychiatrique. Tantôt, le même personnel infirmier assume une position d'agent de la paix, là où il exerce le contrôle et impose la discipline et l'obéissance aux détenus-psychiatisés. « Sur le plancher » toutefois, le personnel infirmier assume constamment la fusion de ces rôles hétérogènes, en vue d'assumer simultanément, selon arbitrage, des tâches un peu hétéroclites.

Rappelons ici l'affirmation de Castel ([1968] 1998) dans la préface du célèbre ouvrage *Asiles* d'Erving Goffman ([1968] 1998) suivant laquelle l'institution totale convie le personnel de soin à une tâche impossible étant donné que les finalités poursuivies par ce type d'institution s'opposent aux finalités « thérapeutiques ». Nous estimons, au vu de nos résultats, que s'il y a contradiction complète entre le double statut d'agent thérapeutique et de représentant de l'institution totale, ces deux fonctions s'appuient l'une l'autre pour atteindre les objectifs de réhabilitation des détenus-psychiatisés tel qu'énoncés par le SCC. Ainsi le soin infirmier psychiatrique dispensé en milieu carcéral est investi d'une part de contrôle social, si bien qu'il est difficile de les traiter comme deux entités distinctes.

Certes, l'articulation de ces deux mandats définit le lieu d'un exercice professionnel contraint, dont on a vu les impacts négatifs sur le personnel infirmier. Ces impacts négatifs sur le personnel infirmier résultent des tensions entre les prescriptions du contrôle social et les actes conséquents à la dispensation du soin psychiatrique. Le personnel infirmier assume, non sans difficultés, des rôles contradictoires mais qui, exercés simultanément et de manière complémentaire, ajouteraient en efficacité. En fait, les interventions de contrôle et de soin assumées par le personnel infirmier se superposent, plus qu'elles ne s'opposent, afin de rencontrer l'objectif principal de l'appareil correctionnel, comme si la « thérapeutique » pouvait être garante d'une réinsertion sociale dite « réussie ». Aussi le soin infirmier se conjugue-t-il à la discipline correctionnelle, aux ateliers du Centre, aux activités récréatives, de manière à ce que le détenu-psychiatisé acquière et consolide un comportement réformé, qui ne menacera pas la sécurité d'autrui. Le soin infirmier psychiatrique constitue donc un levier important pour atteindre cet objectif du Service correctionnel. Le soin infirmier psychiatrique enraciné profondément dans le dispositif psychiatrico-pénal contribue, au même titre que le contrôle social, à la normalisation et à la régulation de la population des détenus-psychiatisés.

Les fonctions paradoxales que doit assumer simultanément le personnel infirmier favorisent l'utilisation de pouvoirs polymorphes, on l'a vu, qui imposent aux détenus-psychiatisés une attitude et une conduite conformes aux attentes et aux règlements du Centre. En fait, le détenu-psychiatisé est l'objet d'une entreprise de redressement extrêmement puissante où le contrôle social et le soin s'additionnent. Lorsque les circonstances requièrent l'emploi (direct) de la force physique à l'encontre d'un détenu-psychiatisé récalcitrant, le personnel infirmier fait usage de ses leviers de contrôle

social en sélectionnant, par exemple, l'agent de correction qui s'impose.

Si le Centre psychiatrique correctionnel semble manifestement s'acquitter de sa mission institutionnelle, nous ne devons pas perdre de vue le résidu de l'exercice infirmier décrit précédemment. En effet, nous soulignons dans le volet analytique de la présentation des résultats que l'exercice infirmier ne cause pas seulement un inconfort socioprofessionnel consécutif au cumul de deux fonctions disparates. Nous établissons également qu'il fallait, pour dégager l'articulation des deux mandats, tenir compte des souffrances, sans parler des atteintes à la propriété privée. Visiblement, un stress important s'exerce sur la majorité du personnel infirmier mandaté pour actualiser en contexte pénitentiaire ces interventions de contrôle social et de soin psychiatrique. On se souviendra que les infirmières, plus que les infirmiers, ont verbalisé cet inconfort lié à leur statut hybride d'agent de la paix et d'agent de soin.

Contribution pour la pratique infirmière et pistes de recherches futures

Les résultats de notre recherche viennent nuancer le discours, très répandu dans le domaine des sciences infirmières, à l'effet que les infirmières et les infirmiers sont dépourvus de pouvoir. Nous avons montré au contraire que le personnel infirmier exerce différentes formes de pouvoir sur la clientèle recluse dont il a la charge en milieu psychiatrique pénitentiaire. Nous estimons par ailleurs que les résultats de cette recherche sont transférables à d'autres milieux de soins, là où les fonctions soignantes du personnel infirmier se juxtaposent avec celles relatives au contrôle social, par exemple, en santé publique et communautaire, en psychiatrie, en gérontologie et en pédiatrie, à condition toutefois de tenir compte des caractéristiques idiosyncrasiques de chaque milieu socioprofessionnel considéré. Ces champs d'exercice infirmier recourent, selon nous, plusieurs clientèles vulnérables sur lesquelles le contrôle social s'exerce. À cet égard, on n'a qu'à penser au contrôle des groupes marginaux et marginalisés rencontrés dans le domaine de la santé publique (utilisatrices et utilisateurs de drogues injectables, prostitué(e)s, itinérants, personnes ayant des comportements sexuels « à risque », etc.); à la surveillance des populations vivant en situation d'extrême pauvreté lors des visites à domicile (santé communautaire); au contrôle des malades mentaux par une pharmacothérapie puissante et la mise en salle d'isolement (milieux psychiatriques); au contrôle des déplacements de la personne âgée par l'application de contentions mécaniques (milieux gériatriques) et enfin; au contrôle des enfants par l'utilisation de la thérapie behaviorale (milieux pédiatriques).

Le personnel infirmier constitue un groupe socioprofessionnel puissant dans la mesure où il détient beaucoup d'informations et de connaissances utiles sur les clientèles. Cette connaissance détaillée des clientèles-cibles est nécessaire au personnel infirmier, car elle permet d'adapter ses interventions ponctuelles dans le but de « mieux répondre aux besoins » de celles-ci. Cette connaissance détaillée constitue un préalable à la discipline et à la régulation de certaines populations ciblées par des « programmes » institutionnels de réhabilitation par exemple. Les résultats de cette recherche réalisée dans un milieu de pratique « extrême » et peu connu de la communauté infirmière nuancent le mythe de « l'infirmière et de l'infirmier dépourvus de pouvoir » et nous exposent à un constat qui prévaut selon nous dans d'autres milieux de soins. En fait, le soin tel qu'il est enseigné et construit en sciences infirmières repose sur des postulats humanistes où le contrôle, la discipline et la coercition sont « naturellement » exclus du soin infirmier « idéal ». Or, nos résultats montrent, bien au contraire, que le soin infirmier comporte une dimension de contrôle, dimension évacuée des modèles conceptuels ou théories infirmières, et que les rapports de pouvoir sont inextricablement inscrits dans le rapport qui unit le soignant et le soigné.

Jusqu'ici, très peu de recherches en sciences infirmières avaient abordé la notion du pouvoir, tel qu'il se manifeste dans un environnement institutionnel. Les recherches de nos prédécesseurs, à cet égard, s'avèrent plutôt des recherches quantitatives réalisées à l'aide de questionnaires, où le personnel infirmier est invité à évaluer le « degré de pouvoir » qu'il croit détenir dans des situations d'exercice professionnel hypothétiques. Nos résultats de recherche, issus d'une approche qualitative, montrent non seulement que plusieurs types de pouvoir sont en jeu dans l'exercice infirmier en psychiatrie pénitentiaire, mais encore que l'identité socioprofessionnelle du personnel infirmier est malléable. En effet l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire est assujéti, voire aliéné, à l'articulation boiteuse de mandats qui divergent aux plans philosophique, éthique et professionnel, même si par ailleurs on voit le même personnel infirmier répondre avec créativité à ces mandats complexes (de soin et de contrôle social) que les autorités lui confient et dont il assure l'intendance.

Tant la méthodologie privilégiée par notre recherche que les perspectives théoriques choisies auront contribué à décrire et mieux comprendre une problématique socioprofessionnelle comportant des éléments jusque là inconnus de la recherche canadienne en sciences infirmières. À cet égard, si les manifestations de pouvoir tiennent un rôle central dans l'exercice professionnel des infirmières et des infirmiers,

certaines formes plus coercitives de pouvoir créent un malaise chez certains de ceux-ci.

Selon nous, cette recherche inaugure un nouveau champ de recherche pratiquement inexploré en sciences infirmières dans la mesure où le pouvoir constitue un concept rarement invoqué par les chercheuses et théoriciennes dans la discipline infirmière. Il nous apparaît évident que les recherches actuelles, portant notamment sur l'observance au traitement et l'*empowerment*, devraient impérativement prendre en compte les dimensions sociales et politiques du soin afin de fournir un éclairage complet sur le sujet. Selon nous, les rapports de pouvoir font intégralement partie du soin infirmier, quoiqu'ils soient complètement évacués du discours en sciences infirmières. Le pouvoir n'est pas que répression, il produit aussi. C'est cette dimension productive du pouvoir qu'il nous faut explorer par le biais de la recherche en sciences infirmières.

Notamment, parce que le soin de l'Autre, si intime et bienveillant qu'il soit, implique nécessairement la présence d'un expert (l'infirmière ou l'infirmier) qui détient des connaissances et d'une personne qui consulte (patient). De fait, cette relation entre le soignant et le soigné est pétrie de rapports de pouvoir, même si la plupart du temps ce pouvoir infirmier est balisé dans son exercice par une déontologie qui se veut stricte (Bowden, 1997).

Il nous semble, au terme de cette recherche, que le pouvoir infirmier doit être étudié localement, c'est-à-dire dans un milieu institutionnel restreint afin d'en cerner tous les contours spécifiques.

Par ailleurs, les connaissances théoriques acquises suite à l'exploration de notre problématique de recherche dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire sont importantes dans la mesure où elles touchent directement deux concepts centraux en sciences infirmières : la personne (patient) et le soin. De plus, l'impact des environnements de soin sur la qualité des services infirmiers offerts constitue un élément fondamental pour une discipline professionnelle investie d'un mandat social précis, tel que le soin à la collectivité (Johnson, 1959). D'autant que la nature de ce mandat semble être, selon les documents officiels et les témoignages de nos informants, modifiée par les prérogatives et fonctionnements des environnements « totaux » considérés (hôpitaux psychiatriques, prisons, etc.). La malléabilité de l'exercice infirmier, suivant le milieu dans lequel il s'exerce, est éclairante au plan théorique, dans la mesure où des prédictions et des hypothèses pourraient être énoncées concernant d'autres milieux de soins qui imposent également des pratiques s'apparentant à celles des unités de psychiatrie pénitentiaire, toutes proportions

gardées.

Les résultats de notre recherche montrent ainsi que l'environnement de soin constitue un facteur non-négligeable des conditions de possibilités du soin. Cette conclusion de notre recherche devrait, selon nous, être considérée dans l'éducation des étudiantes-infirmières et des étudiants-infirmiers et ce, particulièrement lors de l'étude du métaparadigme infirmier, des modèles conceptuels et des théories en sciences infirmières. À la lumière de nos résultats, nous affirmons que le soin est construit en tenant compte des limites et des possibilités inhérentes aux milieux dans lesquels il s'exerce.

Par ailleurs, étant donné l'état des souffrances manifesté par le personnel infirmier exerçant dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire et de la violence dont il est encore aujourd'hui l'objet, il nous apparaît fondamental de poursuivre des recherches dans le but d'explorer le degré de détresse psychologique vécu par le personnel infirmier, détresse qui serait conséquente à « l'accommodation » continue exigée du personnel évoluant dans un milieu de travail extrême. Certaines disparités entre les groupes des infirmières et des infirmiers fournissent déjà des informations importantes quant aux différentes expressions symboliques de cette détresse psychologique.

Enfin, nous croyons essentiel que la recherche en sciences infirmières s'inscrive davantage dans un paradigme de recherche critique puisque ce type de recherche vise non seulement le développement des connaissances dans la discipline, mais sert également de moyen pour la représentation et l'émancipation de groupes vulnérables. Dans le cadre de notre recherche, nous considérons, en partie, le personnel infirmier comme un groupe vulnérable. Les infirmières nous sont apparues encore plus vulnérables puisque l'ordre carcéral repose principalement sur des valeurs machistes.

Bien que notre recherche puisse avoir contribué à mieux comprendre l'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, elle comporte aussi des limites qu'il convient de soulever.

Limites de la recherche

Certaines limites sont d'ordre structurel et, par conséquent, sont directement liées à l'environnement où s'est déroulée la recherche. Après plus de six mois d'observations directes à raison de douze heures par semaine, il n'a pas été possible au chercheur d'observer directement la prestation des soins infirmiers psychiatriques auprès des détenus-psychiatisés. Afin de pouvoir effectuer ce type d'observations

directes, il eut été nécessaire d'obtenir au préalable la permission explicite du Service correctionnel et le consentement de tous les détenus-psychiatrisés en contact avec le personnel infirmier lors de ces observations. Ces démarches visant à obtenir le consentement de la population « captive » sont complexes, puisque les détenus-psychiatrisés répondent, en recherche, aux critères des populations vulnérables (SCC, 1998). Des motifs d'ordre sécuritaire ont aussi été invoqués par les autorités du Service correctionnel restreignant les contacts avec les détenus-psychiatrisés. Voilà pourquoi il n'a pas été possible d'observer directement les contacts entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés. L'observation directe des contacts entre le personnel infirmier et la clientèle du C.P.C. aurait pu permettre de valider certains propos des informants (personnel infirmier et officiers de corrections) et servir de pierre de touche validant nos autres données.

Des impératifs d'ordre sécuritaire ont aussi limité les sites d'observations accessibles. Bien que nous disposions d'un permis de circuler dans la plupart des aires de l'établissement pénitentiaire, il nous a été fortement suggéré de limiter les déplacements aux endroits où la surveillance était directement assurée par des agents de correction, afin d'éviter tout « incident déplorable ».

La recherche documentaire a pu être effectuée avec l'aide précieuse du personnel administratif (clérical) et certains membres du comité de gestion du C.P.C.. Cependant, des documents portant la mention « protégé » n'ont pu être consultés, étant donné les risques sécuritaires que pouvait entraîner leur diffusion. On pense ici aux spécifications d'ingénierie technique ou architecturale de l'établissement pénitentiaire, à certains rapports confidentiels sur le fonctionnement et les besoins du C.P.C. destinés au sous-commissaire, etc. Les informations contenues dans ces documents auraient pu permettre de mieux comprendre le fonctionnement général du C.P.C. et fournir des informations riches concernant la première catégorie identifiée : le carcéral.

Par ailleurs, le statut socioprofessionnel « d'infirmier » rattaché au chercheur, et qui par surcroît a déjà travaillé dans un milieu de soin similaire, pourrait aussi constituer une limite à la nature des informations divulguées à ce dernier par les informants. Le fait, pour les informants, de connaître le statut d'infirmier du chercheur pourrait avoir influencé leurs réponses dans le sens de la désirabilité sociale.

Les perspectives théoriques qui ont été choisies et mises à contribution par le chercheur constituent, elles aussi, une autre limite non-négligeable puisqu'elles orientent inévitablement l'interprétation des résultats.

Enfin, la sélection des extraits d'entrevues supportant la description et l'interprétation de nos résultats constitue une autre limite qu'il convient de reconnaître avant d'énoncer nos conclusions. En effet, la sélection de certains extraits identifiés comme sémantiquement significatifs constitue un choix du chercheur, choix se voulant « idéalement » objectif. Ce choix n'en reste pas moins déterminé par des valeurs personnelles, par des lectures, par son expérience clinique comme infirmier, ainsi que par l'interprétation qu'il fait des données recueillies lors de son investigation. C'est là, du reste, une limite de toute analyse comportant un observateur, lequel n'est jamais désincarné ni sans histoire.

CHAPITRE 6

CONCLUSION

Le domaine des soins infirmiers en psychiatrie légale (*Forensic Psychiatric Nursing*) est encore peu dépeint dans le paysage des soins infirmiers au Canada. Le développement de cette « surspécialité » en soins infirmiers psychiatriques est amorcé de manière intensive en Australie, aux États-Unis, de même qu'au Royaume-Uni (IAFN, 1996). Il est démontré dans les écrits recensés que l'intérêt des chercheurs pour ce secteur est inhérent aux milieux de soins psychiatriques légaux et, selon nous, cet intérêt des chercheurs touche explicitement la relation infirmière-client et la dispensation des services infirmiers psychiatriques dans un contexte où l'aspect sécuritaire est omniprésent. Dans ce cadre particulier et extrême de l'exercice professionnel (Rae, 1993), Willmott (1997) souligne qu'il est nécessaire d'explorer la pratique infirmière dans des milieux où le personnel infirmier est confronté « to the care vs custody dilemma ». Cette recherche constitue un pas de plus dans l'étude de cette problématique.

À la croisée des systèmes de justice et de santé (plus particulièrement correctionnel et de santé mentale), se profile un champ de pratique récent : la psychiatrie légale (ou psychiatrie-justice). Cette « surspécialité » fait appel à tout un ensemble de professionnels (psychiatres, juristes, infirmières, criminologues, psychologues, éducateurs, etc) investis de fonctions précises attendues par différentes instances (étatiques, institutionnelles, professionnelles, etc). Le Centre psychiatrique correctionnel constitue un milieu institutionnel spécialisé dans le soin d'une clientèle à risque (détenu-psychiatrisé), où les objectifs de garde, de protection du public et les impératifs de sécurité chevauchent les objectifs du soin psychiatrique. Le Centre psychiatrique pénitentiaire matérialise ce nouveau domaine d'expertise qu'est la psychiatrie légale.

Cette recherche menée sur le plan socioprofessionnel d'une pratique marginale en sciences infirmières, soit l'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire, a tenté de décrire, de comprendre et d'expliquer l'articulation du soin infirmier et du contrôle social telle que vécue et exprimée par une majorité d'infirmières et d'infirmiers ayant travaillé ou travaillant dans un Centre psychiatrique correctionnel. Nous avons détaillé, au début de notre thèse, l'ensemble des techniques de collecte et d'analyse de données requises par les caractéristiques de notre objet de recherche et appliqué la méthodologie prescrite, conformément aux principes de la théorisation ancrée suivant les étapes proposées par Paillé (1994).

Ce faisant, nous avons décrit l'articulation complexe de deux fonctions « paradoxales » (contrôle social et soin) qui sont assumées par une même personne, à savoir l'infirmière ou l'infirmier. L'articulation des mandats de contrôle social et de soin dont est investi le personnel infirmier exerçant dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire nous confronte à une dimension politique du soin infirmier. En effet, ces deux mandats assumés par le personnel infirmier (non sans qu'un stress palpable s'exerce sur ce corps d'emploi) sont supportés par des discours antagonistes relevant de deux idéologies conflictuelles à certains égards (hospitalière et carcérale) qui se disputent (non sans raisons légitimes mais exclusives) un territoire et une clientèle à risque dans un environnement restreint : le Centre psychiatrique correctionnel. Or, de l'aveu même des agents de correction interrogés, on voit non seulement le personnel infirmier marquer des points au C.P.C., mais également le même personnel infirmier recevoir un certain appui politique du comité de gestion du C.P.C.. Celui-ci est sensibilisé aux aspects éthiques, moraux, éducationnels ou socioprofessionnels qui imprègnent l'articulation paradoxale des mandats de contrôle social et de soin. La dimension politique de l'exercice infirmier en psychiatrie carcérale s'impose au terme de cette recherche en tant que le pouvoir constitue un élément crucial de cet exercice.

Notre recherche a montré que l'environnement physique, administratif, socioprofessionnel et humain au sein duquel se dispensent les soins infirmiers psychiatriques en contexte psychiatrique pénitentiaire constitue une variable incontournable et contraignante de l'exercice infirmier. Nous établissons que cette variable entrave en partie les conditions de possibilité « normales » du soin infirmier, c'est-à-dire qui correspondent à la formation reçue par le personnel infirmier et à sa pratique dans un milieu hospitalier ou communautaire civil. Aussi, à la lumière de nos résultats de recherche, estimons-nous que l'environnement pénitentiaire affecte profondément la pratique professionnelle du personnel infirmier et la dispensation des soins, en affirmant du même souffle que les infirmières et les infirmiers disent ne pouvoir se passer des impératifs sécuritaires et de la présence des agents de correction dans ce milieu extrême. Cet environnement sécuritaire est contraignant, certes, mais il est aussi essentiel à la pratique infirmière dans la mesure où la sécurité du personnel infirmier constitue une condition nécessaire au sentiment de sécurité perçu par le personnel infirmier, sentiment qui favorise ou inhibe son exercice professionnel.

L'environnement pénitentiaire permet par ailleurs à trois formes de pouvoir infirmier de s'exprimer dans tout leur chatolement et extension. Ces trois pouvoirs

prennent des formes tantôt brutales, tantôt subtiles; ils sont souverain, disciplinaire et pastoral. Ces formes de pouvoir constituent des instruments puissants pour « gouverner » les conduites d'une population doublement stigmatisée (détenu-psychiatrisé). Cette double stigmatisation « détenu et malade mental » correspond aux finalités du milieu institutionnel hybride qu'est le Centre psychiatrique correctionnel, c'est-à-dire l'asile en prison, et trouve un écho probant dans le discours institutionnel et le discours du personnel infirmier que nous avons rencontré. Envisagée sous le rapport de la finalité du Service correctionnel, la discipline correctionnelle poursuit les mêmes fins que le soin infirmier : « traiter » le détenu-psychiatrisé en vue d'une réinsertion sociale réussie et sécuritaire. Or le traitement prend ici des allures de gestion d'une population à double risque en tant que cette population souffre de maladie mentale et est criminalisée. La prise en charge d'une population déviante « à risque », par un groupe d'experts, s'inscrit au coeur de la gouvernementalité où le personnel infirmier agit comme agent de transformation, de normalisation et de conformation.

Par ailleurs, la représentation que se fait le personnel infirmier de la clientèle qu'il soigne résulte de la combinaison d'un ensemble de variables sociales (idées préconçues, stéréotypes, jugements, discours institutionnel officiel, socialisation avec le personnel plus expérimenté, délits des détenus-psychiatrisés, etc.) dont la sommation débouche sur la construction d'une identité symbolique qui exacerbe les caractéristiques négatives de cette clientèle délinquante décrite comme dangereuse, manipulatrice et violente, constituant un risque important pour la sécurité du personnel infirmier. Cette représentation de la clientèle comme essentiellement « à risque » justifie qu'on s'en éloigne et qu'on s'en méfie, ce qui grève vraisemblablement le lien de confiance et l'intervention « thérapeutique » du personnel infirmier. Conscient de la difficulté d'établir, puis de maintenir un lien de confiance avec les détenus-psychiatrisés, le personnel infirmier tente d'amoindrir l'oppression de l'ordre pénitentiaire en reconstruisant le soin en catimini, sur une base individuelle, seule manière pour le personnel infirmier de tenter de rester professionnellement et éthiquement intègre, au sein de cet environnement pénitentiaire qui confronte brutalement le personnel infirmier à un changement idéologique drastique, qu'il identifie d'ailleurs clairement.

Nous avons également pu décrire les effets de ce conflit entre deux idéologies supportées par deux discours, en partie intériorisées par le personnel infirmier qui composent avec les aspects conflictuels de la sécurité pénitentiaire et du soin infirmier. Cependant, la considération du corpus de nos données dans son ensemble nous

permet aussi d'affirmer que les mandats de soin et de contrôle social s'exercent simultanément en vue d'atteindre l'objectif principal énoncé par les autorités du Service correctionnel, à savoir : la réinsertion sociale, permanente et sécuritaire, du détenu-psychiatrisé. Les volets du mandat bicéphale assumé par le personnel infirmier s'appuient l'un l'autre, de manière à rencontrer cet objectif instrumental. En conséquence, on ne peut raisonnablement soutenir que la sécurité pénitentiaire et le soin infirmier constituent des activités hétérogènes au point de s'exclure mutuellement, puisque, mis à part les conflits du personnel infirmier avec les agents de correction, on voit aussi le personnel infirmier assumer simultanément ces rôles. C'est pour cette raison que nous devions envisager la description du conflit socioprofessionnel opposant certains aspects du soin infirmier à certains aspects de la sécurité pénitentiaire au plan idéologique. Il s'agit, au moment de conclure notre recherche, d'apprécier dans quelle mesure le mandat du soin infirmier psychiatrique est tributaire du mandat de contrôle social en vigueur dans le milieu psychiatrique pénitentiaire. Mais nous avons déjà vu que l'inverse est tout aussi vrai, puisque le mandat de contrôle social sert de levier puissant au soin infirmier psychiatrique.

Nous concluons donc à l'effet que le rôle bicéphale confié au personnel infirmier comme agent de contrôle social et agent de soin entraîne la constitution d'une identité socioprofessionnelle trouble (et fluide), particulièrement soulignée par les infirmières. L'identité de l'infirmière et de l'infirmier en psychiatrie carcérale est floue, voire indéterminée. En effet, le personnel infirmier est tantôt objet, tantôt sujet de pouvoir; tantôt soignant, tantôt agent de la paix. Les deux positions dichotomiques à l'égard du pouvoir subi (objet) ou agi (sujet) et les deux positions, d'agent de soin et d'agent de la paix, sont assumées simultanément par le personnel infirmier.

Le personnel infirmier est objet du pouvoir carcéral dans la mesure où plusieurs forces externes de nature sociales, professionnelles, physiques (environnement) et idéologiques, s'exercent sur le personnel infirmier et exigent de celui-ci qu'il se conforme à des règles que nous identifions comme « pénitentiaires ». Nous établissons en effet sur la base des témoignages recueillis que le personnel infirmier est modelé de telle sorte qu'il puisse travailler à rencontrer les objectifs précis de l'institution pénitentiaire, tout en intériorisant des prescriptions formelles et informelles en vigueur dans ce milieu clos. Or, ces exigences s'interposent souvent avec la formation initiale du personnel infirmier. Plus précisément, le personnel infirmier s'introduit dans l'environnement carcéral, porteur d'une idéologie hospitalière que lui confère sa formation initiale de

soignant et ses expériences en milieux hospitalier ou communautaire. Cette articulation entre contrôle social et soin infirmier psychiatrique s'avère complexe et nécessite donc, de la part du personnel infirmier en place, un certain nombre d'opérations, initiées d'abord de l'extérieur par les militants de l'ordre carcéral strict, jusqu'à ce que ce travail de (re)construction de l'agent de soin / agent de la paix soit parfaitement intériorisé par le personnel infirmier.

L'exercice infirmier auquel le personnel est convié au Centre diffère donc grandement de ce qui est généralement pris pour acquis dans la profession infirmière en regard des conditions de l'exercice infirmier en milieux civils. Évidemment, les militants de l'idéologie carcérale stricte s'attendent à ce que l'ensemble du personnel infirmier véhicule les valeurs de l'établissement pénitentiaire et qu'il y adhère aux us et coutumes en vigueur. Bref, dès son entrée dans l'univers pénitentiaire, le personnel infirmier est confronté à des pratiques qui lui sont étrangères ou qui bafouent ses repères « hospitaliers » initiaux et sa philosophie du soin. Or, ce personnel infirmier doit prodiguer des soins psychiatriques à des détenus-psychiatisés dans un environnement qui lui est inconnu de prime abord et pour lequel il n'existe pas de formation préalable.

Tout comme pour le détenu-psychiatisé, qu'on considère comme l'objet sur lequel vont se concrétiser les objectifs du Service correctionnel, et qui, d'une certaine façon le marque, le personnel infirmier doit être conditionné à exercer en suivant rigoureusement les termes de l'agence gouvernementale. À cet égard, nous établissons des similitudes entre le personnel infirmier du C.P.C. et les détenus-psychiatisés. Nous montrons que le processus d'objectivation (mortification) qui vise les reclus séjournant en institutions totales, comme l'asile et la prison, est analogue au processus d'objectivation (conformation aux moeurs carcérales) vécu par le personnel infirmier interrogé dans ce milieu psychiatrique pénitentiaire.

Nous observons d'un côté le personnel infirmier objet du pouvoir carcéral; mais simultanément, nous observons le personnel infirmier qui relaye ce pouvoir en le faisant intervenir dans ses interactions avec les détenus-psychiatisés. Que peut-on conclure de ce résultat qui n'est qu'apparemment paradoxal, sinon que le personnel infirmier est traversé par le pouvoir qu'il exerce à titre d'agent de soin et d'agent de la paix sur la clientèle dont il a la charge. Les formes de ce pouvoir sont multiples, tout comme le sont celles qui font du personnel infirmier un groupe professionnel apte à rencontrer les objectifs institutionnels.

Que se soit en rapport avec les dimensions de la « police » ou du « pouvoir pastoral », le personnel infirmier exerçant en milieu de psychiatrie pénitentiaire opère au coeur du dispositif de sécurité sur lequel repose la « gouvernementalité ». À cet égard, le personnel infirmier constitue un médiateur puissant, positionné à l'interface des rationalités gouvernementales et des technologies du « gouvernement » de la conduite des détenus-psychiatisés. L'unité de psychiatrie carcérale exemplifie l'utilisation locale de la notion de « gouvernementalité », puisque l'asile en prison constitue un site d'exercice infirmier où se déploient trois formes de pouvoir (souverain, disciplinaire et pastoral) et où le « gouvernement » de l'État, des autres et de soi s'intègrent les uns aux autres en constituant un microcosme institutionnel caractéristique. Ce milieu de soin tend à intégrer dans un chassé-croisé incessant la séquence répression-transformation-assistance. À cet égard, le personnel infirmier oeuvrant au C.P.C. combine les attributs des pouvoirs souverain (répression), disciplinaire (transformation) et pastoral (assistance).

Situé dans le cadre de la « gouvernementalité », ce milieu de garde et de soin constitue un site où les rationalités gouvernementales (punitives et de soins), conjuguées aux technologies du « gouvernement » des conduites individuelles, peuvent se déployer. Les fonctions assumées par le personnel infirmier / agent de la paix s'inscrivent au coeur même de ce déploiement.

Selon nous, la complexité de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire, qui implique inéluctablement l'articulation du contrôle social et du soin infirmier, ne saurait tirer profit d'une appréhension mécaniste, linéaire et antagoniste entre les volets de ce double mandat, comme nous nous l'étions imaginé au début de notre réflexion sur le sujet. Cette pratique infirmière « marginale », agaçant les interfaces de plusieurs formes de pouvoir, et située dans le cadre d'une institution close, alliant de toute évidence les attributs de l'asile et de la prison, commande, pour en délimiter les contours, un cadre conceptuel complexe où ont été articulés et intégrés les pouvoirs souverain, disciplinaire et pastoral, évitant d'enfermer les fonctions simultanées de contrôle social et de soin infirmier dans une opposition irréductible. Il s'agit maintenant d'apprécier la relation entre le contrôle social et le soin infirmier dans le cadre d'un mouvement continu allant de l'un à l'autre, non pas de manière linéaire, mais plutôt cumulative. Tout concourt, dans le cadre de cette « gouvernementalité » caractéristique du dispositif de sécurité dont le Centre psychiatrique correctionnel est une manifestation concrète, à « gouverner la conduite » des détenus-psychiatisés.

Ainsi, ce gouvernement de la conduite implique des formes de pouvoir qui, quoique distinctes, contribuent toutes ensemble à façonner et à déterminer la conduite d'un groupe d'individus par la répression, la discipline et le « traitement ». Les rationalités gouvernementales, qu'elles soient pénales, judiciaires ou relatives à la santé mentale, s'actualisent dans les dimensions policière et pastorale assumées par le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatrique pénitentiaire. Dès lors, les résultats de notre recherche montrent clairement que le personnel infirmier constitue un groupe professionnel puissant, capable de déployer certaines technologies du « gouvernement » des conduites, et ainsi de s'imposer comme agent de la « gouvernementalité ».

Bien que les aspects politiques du soin infirmier dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire aient été abondamment exposés, nous sommes d'avis qu'un questionnement de fond sur le plan de l'éthique professionnelle s'impose. Ce questionnement, qui n'est pas sans créer un certain malaise chez le chercheur, interpelle directement les autorités pénitentiaires et ce, bien au-delà du comité de gestion du C.P.C..

Il convient d'abord de souligner le courage et la détermination du personnel infirmier qui exerce au C.P.C., incluant la direction des soins infirmiers, à promouvoir et à conserver, bien souvent au péril de leur personne, une philosophie de soin qui serait calquée sur ce qui est communément rencontrée en milieu hospitalier psychiatrique civil. La qualité de certains protocoles de soins, auxquels le chercheur a eu accès, dépassent d'ailleurs largement ceux en vigueur dans certaines institutions psychiatriques bien connues du chercheur alors qu'il exerçait comme infirmier. Le travail sans précédent accompli par le personnel infirmier depuis l'ouverture du C.P.C. est colossal et le courage de celui-ci, et nous nous permettrons d'insister sur le courage des infirmières, a probablement permis au C.P.C. d'être ce qu'il est actuellement, un établissement de santé reconnu par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Or, l'influence et l'implication des soins infirmiers dans la « construction » d'un centre psychiatrique de pointe en milieu pénitentiaire ne semble pas, selon nos informants, reconnu à juste titre par les autorités du Service correctionnel canadien. Plus encore, les documents officiels auxquels a eu accès le chercheur montrent bien que les soins infirmiers psychiatriques dispensés au Centre sont accessoires et instrumentaux dans l'atteinte de l'objectif principal du SCC. Ce n'est certes pas un souci « humaniste » de soulagement de la souffrance de personnes qualifiées de délinquants dangereux, et

que l'on construit et reconstruit comme tel, qui motive le SCC à offrir de tels services mais plutôt cet objectif principal de réinsertion sociale réussie duquel découle d'ailleurs explicitement la mission du C.P.C.. Ce constat du chercheur n'est pas étranger au conflit permanent qui a été soulevé par certains informants entre règles pénitentiaires et principes éthiques dans un tel environnement de soins. Notre recherche nous amène à poser les questions suivantes :

Le personnel infirmier exerçant au C.P.C. serait-il à la fois au service des détenus-psychiatisés et de l'État ? Comment concilier éthique infirmière et règles pénitentiaire (incluant l'aspect punitif) alors que leurs fondements divergent sur plusieurs points ? Comment respecter la confidentialité dans un milieu où la surveillance et la sécurité priment sur le soin ? Comment assumer le rôle d'avocat du patient (*advocacy*) dans une institution qui impose un fossé (idéologique) infranchissable entre soignants et gardés ? Comment représenter entièrement le patient, comme le personnel infirmier en milieu hospitalier civil est censé le faire, en aidant le détenu-psychiatisé à porter plainte ou supporter son recours contre l'appareil pénal, sans pour autant constituer une menace politico-sécuritaire pour l'établissement ? Malgré les efforts déployés par le personnel infirmier afin d'accroître son autonomie et d'instituer et de maintenir une « culture de soins » au C.P.C., le respect intégral des principes déontologiques en soins infirmiers est-il possible ? Dans quelle mesure la fonction idéologique du « carcéral » vicie-t-elle les rapports entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatisés ? Dans quelle mesure aussi cette fonction idéologique carcérale stricte impose-t-elle insidieusement à ce même personnel des conduites non-éthiques ? L'éthique infirmière en milieu pénitentiaire est-elle synonyme d'éthique infirmière en milieu hospitalier civil ? Peut-elle l'être ? S'il est difficile pour le personnel infirmier de reproduire intégralement, en contexte de psychiatrie pénitentiaire, la pratique professionnelle qu'il avait en milieu hospitalier civil, étant donné les impératifs de sécurité incluant la discipline et la surveillance correctionnelle, dans quelle mesure les principes déontologiques de la pratique infirmière sont-ils affectés ?

En soulevant ces questions, le chercheur ne prétend pas y avoir réponse et la nature des observations faites au C.P.C. sont nettement insuffisantes pour y répondre définitivement. Cependant à la lumière des données recueillies lors de notre recherche ces questions légitimes doivent être soulevées. Il est clair que les infirmières et les infirmiers qui exercent dans le milieu psychiatrique pénitentiaire étudié sont confrontés aux options suivantes : suivre les règles pénitentiaires en dépit du fait que ces règles

contreviennent souvent aux principes déontologiques en soins infirmiers et en quelque sorte abdiquer, s'opposer aux règles pénitentiaires strictes et résister ou enfin, démissionner.

Bien entendu les règles officielles qui émanent des documents rédigés par le SCC ordonnent le respect strict d'une conduite déontologique irréprochable de la part du personnel infirmier. Mais dans quelle mesure ce discours trouve-t-il un écho probant dans la réalité ? Nous croyons que cette réflexion éthique est fondamentale et qu'elle doit s'effectuer dans tous les milieux où les aspects sécuritaires et le soin cohabitent. Ainsi tous les milieux de psychiatrie légale sont interpellés, que ceux-ci soient localisés dans les milieux carcéraux, hospitaliers ou communautaires. Car il ne suffit pas, à notre avis, de sortir l'unité de psychiatrie légale du pénitencier pour s'affranchir de cette réflexion. Cette réflexion éthique est d'autant plus importante dans les milieux où l'on croît fermement avoir métamorphosé le carcéral en hôpital alors que l'action souterraine et insidieuse de l'idéologie carcérale persiste subrepticement.

RÉFÉRENCES

Aamodt, A. M. (1982). Examining ethnography for nurse researchers. Western Journal of Nursing Research, 4 (2), 209-221.

Alexander-Rodriguez, T. (1983). Prison health : A role for professional nursing. Nursing Outlook, 31, 115-118.

Allen, D. G. (1986). Professionalism, occupational segregation by gender and control of nursing. Omen & Politics, 6 (3), 1-24.

Allen, D. G. & Wolfram, B. (1988). Nursing therapy and social control : feminist science and systems-based family therapy. Health Care for Women International, 9, 107-124.

American Medical News. (1974). Medical care behind bars : An horror story, American Medical News, May 5, 13-16.

American Nurses Association. (1997). Scope and Standards of Forensic Nursing Practice. Washington DC : American Nurses Publishing.

Anderson, J. (2000). Writing in subjugated knowledges : towards a transformative agenda in nursing research and practice. Nursing Inquiry, 7 (3), 145.

Annells, M. (1996). Grounded theory method : Philosophical perspectives, paradigm of inquiry and postmodernism. Qualitative Health Research, 6, 379-393.

Arendt, H. ([1972] 1995). Les origines du totalitarisme : le système totalitaire. Paris : Seuil.

Armstrong, D. (1983). Political Anatomy of the Body : Medical Knowledge in Britain : The Twentieth Century. Cambridge : Cambridge University Press.

Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. Sociology of Health and Illness, 17, 393-404.

Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du « caring » de Watson. L'infirmière canadienne, décembre, 32-35.

Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). The need for psychiatric nursing : towards a multidimensional theory of caring. Nursing Inquiry, 6 (2), 103-111.

Barns I., Dudley, J., Harris, P., & Petersen, A. (1999). Introduction : themes, context and perspectives. In Authors (Eds). Poststructuralism, Citizenship and Social Policy. London : Routledge.

Baudrillard, J. (1983). Simulations. New York : Semiotext[e].

Baumgartner, M. P. (1988). The moral order of a suburb. New-York : Oxford University Press.

- Bauman, Z. (1991). Modernity and Ambivalence. Cambridge : Polity Press.
- Bear, Z. G. (1995). Forensic nursing and death investigation : Will the vision be co-opted. Journal of Psychosocial Nursing, 33, 59-64.
- Beck, C. K., Rawlins, R. P., Williams, S. P. (1988). Mental Health-Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach. St-Louis : Mosby.
- Becker, H. S. (1986). Writing for Social Scientist : How to Start and Finish Your Thesis, Book or Article. Chicago : University of Chicago Press.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing. Menlo Park : Addison-Wesley.
- Benoliel, J. Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. Qualitative Health Research, 6, 406-428.
- Bergesen, A. J. (1977). Political witch-hunts : The sacred and the subversive in cross-national perspective. American Sociological Review, 38, 220-233.
- Bernauer, J. W. (1990). Michel Foucault's force of flight : toward an ethics for thought. New Jersey : Humanities Press International Inc.
- Bernheim, J. (2000). Éthique et prison. Éthique publique – Revue internationale d'éthique societal et gouvernementale, 2 (1), 171-176.
- Bernier, S. L. (1991). Mental health issues : Nursing in corrections. In G. K. McFarland & M. D. Thomas (Eds). Psychiatric Mental health Nursing. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Best, S. & Kellner, D. (1991). Postmodern Theory : Critical Interrogations. New York : Guilford.
- Billouet, P. (1999). Foucault. Paris : Éditions Les belles lettres.
- Black, D. J. (1976). The Behavior of Law. London : Academic Press.
- Black, D. J. (1984). Toward a General Theory of Social Control. Orlando : Academic Press.
- Boisvert, Y. (1996). Le monde postmoderne. Montréal : L'Harmattan Inc.
- Bourdieu, P. (1998). La domination masculine. Paris : Seuil.
- Bouretz, P. (1994). La question du pouvoir. Magazine littéraire, 325-octobre, 30-31.
- Bowden, P. (1997). Caring. London : Routledge.

Bowers, B. (1987). Intergenerational care giving : Adult caregivers and their aging parents. Advances in Nursing Science, 9, 20-31.

Bunting, S. & Campbell, J. C. (1990). Feminism and nursing : Historical prespective. Advances in Nursing Science, 12 (4), 11-24.

Burnard, P. (1992). The expanded role of the forensic psychiatric nurses. In P. Morrison & P. Burnard (Eds). Aspects of Forensic Psychiatric Nursing. Aldershot : Avebury.

Burns, H. (1969). A miniature totalitarian State : Maximum security prison. Canadian Journal of Criminology, 1, 153-164.

Burrow, S. (1991a). Special hospital : Therapy vs custody. Nursing Times, 87, 64-66.

Burrow, S. (1991b). The Special hospital nurse and the dilemma of therapeutic custody. Journal of Advances in Health and Nursing Care, 1, 21-38.

Burrow, S. (1992). The treatment and security needs of special hospital patients – A nursing perspective. Journal of Advanced Nursing, 18, 1267-1278.

Burrow, S. (1993a). An outline of the forensic nursing role. British Journal of Nursing Role, 2, 899-904.

Burrow, S. (1993b). The role conflict of the forensic nurse. Senior Nurse, 13, 20-25.

Burrow, S. (1998). Therapy versus security : Reconciling healing and damnation. In T. Mason & D. Mercer (Eds). Critical Perspectives in Forensic Care : Inside Out. London : Macmillan.

Cadamont, G. (1984). La détention et ses surveillants. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de P. Robert. Paris : EHSS.

Carraso, M. (1990). Why I'm a corrections nurse. Michigan Nurse, 10, 8.

Carroll, L. G. (1974). Hacks, Blacks, and Cons. Lexington : Lexington Books.

Carroll, L. G. (1977). Race and Three Forms of Prisoner Power : Confrontation, Censoriousness and Corruption. In C. R. Huff (Ed). Contemporary Correction : Social Control and Conflict. Berverley Hills : Sage Publication.

Castel, R. ([1968] 1998). Présentation. In E. Goffman. Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris : Éditions de Minuit.

Castel, R. (1976). L'ordre psychiatrique. Paris : Éditions de Minuit.

Castel, R. ([1981] 1984). La gestion des risques. Paris : Les Éditions de Minuit.

Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds). The Foucault Effect. Chicago : The University of Chicago Press.

Chambon, A. S. & Irving, A. (1999). Introduction. In A. S. Chambon, A. Irving, & L. Epstein (Eds). Reading Foucault for Social Work. New York : Columbia University Press.

Chater, K. (1999). Risk and representation : older people and noncompliance. Nursing Inquiry, 6 (2), 132-138.

Chauvenet, A., Orlic, F., & Benguigui, G. (1994). Le monde des surveillants de prison. Paris : Presses Universitaires de France.

Cheek, J. & Rudge, T. (1997). The rhetoric of health care ? Foucault, health care practices and the docile body – 1900s style. In C. O'Farrell (Ed). Foucault : The Legacy. Australia : Queensland University of Technology.

Chenitz, W. C., Swanson, M. J. (1986). From Practice to Grounded Theory : Qualitative Research in Nursing. California : Addison-Wesley.

Chinn, P. L. (1995). Feminism and nursing. In J. J. Fitzpatrick & J. S. Stevenson (Eds). Annual Review of Nursing Research, 13. New York : Springer.

Clark, A. I. , Gibbs & J. P. (1964). Social control : A reformulation. Social Problem, 12, 398-415.

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

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

Clemmer, D. (1940). The Prison Community. New York : Holt, Rinehart, and Winston.

Clough, P. T. (1992). The End(s) of Ethnography : From Realism to Social Criticism. Newbury Park : Sage.

Cloward, R. (Ed). (1960a). Theoretical Studies in the Social Organization of the Prison. New York : Social Science Research Council.

Cloward, R. (1960b). Social Control Within the Prison. In Author (Ed). Theoretical Studies in the Social Organization of the Prison. New York : Social Science Research Council.

Cohen, S. & Scull, A. (Eds). (1983). Social Control and the State. Oxford : Martin Robertson.

Cohen, S. (1985). Visions of Social Control. Cambridge : Polity Press.

Combessie, P. (1994). Quatre prisons dans leur environnement, étude d'écologie sociale. Thèse de doctorat sous la direction de R. Castel. Paris : Université de Paris VIII.

- Cormier, B. (1975). The Watcher and the Watched. Montréal : Tundra.
- Crabbe, G. (1988). Care or custody. Nursing Times 84 (28), 19.
- Cressey, D. (1960). Limitations on Organizational Treatment in Modern Prisons. In R. Cloward (Ed). Theoretical Studies. New York : Social Science Research Council.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Paris : Seuil.
- Curtis, B. (1995). Taking the state backout : Rose and Miller on political power. British Journal of Sociology, 46, 575-589.
- Cushing, M. (1986). Who says prisoners have a right to health care ? American Journal of Nursing, 12, 1333-1334.
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat. (chapitre 3). Montréal : GRIS, Université de Montréal.
- Davidson, R. T. (1974). Chicano Prisoners : The Key to San Quentin. New York : Holt, Rinehart, and Winston.
- Davies, B. (1989). Frogs and Snails and Feminist Tales. Sydney : Allen & Unwin.
- Davies, B. (1993). Shards of glass. Sydney : Allen & Unwin.
- Davies, B. (1997). The subject of post-structuralism : A reply to Alison Jones. Gender & Education, 9, 271-283.
- Dean, M. (1999). Governmentality. Sage : Thousand Oaks.
- Dean, M. (1994). A social structure of many souls : Moral regulation, government, and self-formation. Canadian Journal of Sociology, 19 (2), 145-168.
- Deflem, M. (1998). Surveillance and criminal statistics : Historical foundations of governmentality. Studies in Law, Politics and Society, 17 (sous presse). Communication personnelle.
- Deleuze, G. (1986). Foucault. Paris : Éditions de Minuit.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1998). Methods of collecting and analyzing empirical materials. In Authors (Eds). Collecting and Interpreting Qualitative Materials. Thousand Oaks : Sage.
- Derrida, J. (1973). Speech and Phenomena. Evanston : Northwestern University Press.
- Derrida, J. (1976). Of Grammatology. Baltimore : The John Hopkins University Press.

Deslauriers, J-P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Eds). La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville : Gaëtan Morin.

Dhondea, R. (1995). An ethnographic study of nurses in a forensic psychiatric setting : education and training implications. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 4, 77-82.

Diers, D. (1990). Editorial : On corrections. Image : Journal of Nursing Scholarship, 22 (4), 206.

Donnelly, M. (1988). Des divers usages de la notion de bio-pouvoir. In Michel Foucault, philosophe : rencontre internationale, Paris 9, 10, 11 janvier. Paris : Seuil.

Dormoy, O. (Ed). (1994). Soigner et / ou punir. Paris : Éditions L'Harmattan.

Doyle, J. (1998). Prisoners as patients : the experience of delivering mental health nursing care in an Australian prison. Journal of Psychosocial Nursing, 36, 25-29.

Dreyfus, H. & Rabinow, P. (1984). Michel Foucault : un parcours philosophique. Paris : Editions Gallimard.

Droes, N. (1994). Correctional nursing practice. Journal of Community Health Nursing, 11 (4), 201-210.

Durkeim, E. ([1900] 1969). Two laws of penal evolution. University of Cincinnati Law Review, 38, 32-60.

Duffee, D. (1979). Correctional Policy and Prison Organization. Beverly Hills : Sage.

Dzurec, L. C. (1989). The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research : A poststructuralist perspective. Advances in Nursing Science, 11 (4), 69-77.

Dzurec, L. C. (1995). Poststructuralist science : An historical account of profound visibility. In. A. Omery, C. E. Kasper, & G. G. Page (eds). In search of nursing science. Newbury Park : Sage.

Edelman, M. (1977). Political Language : Words that Succeed and Policies that Fail. New York : Academic Press.

Ewald, F. (1986). L'état providence. Paris : Grasset / Fasquelle.

Ewald, F. (1988). Un pouvoir sans dehors. In Michel Foucault, philosophe : rencontre internationale, Paris 9, 10, 11 janvier. Paris : Seuil.

Fabbro, D. (1978). Peaceful societies : An introduction. Journal of Peace Research, 15, 67-83.

Fahy, K. (1997). Postmodern feminist emancipatory research : Is it an oxymoron? Nursing Inquiry, 4, 27-33.

Fairman, J. & D'Antonio, P. (1999). Virtual power : gendering the nurse-technology relationship. Nursing Inquiry, 6 (3), 178-186.

Faugeron, C. & Robert, P. (1980). Les forces cachées de la justice. Paris : Le Centurion.

Faugeron, C., Chauvenet, A., & Combessie, P. (1996). Approches de la prison. Bruxelles-Ottawa-Montréal : De Boeck.

Fawcett, J. (2000). Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge : Nursing Models and Theories. Philadelphia : F. A. Davis Company.

Feeley, M. & Simon, J. (1992). The new penology : Notes on the emerging strategy of corrections and its implications. Criminology, 30 (4), 449-474.

Ferguson, G. (1988). Le droit aux soins de santé mentale en milieu carcéral. Criminologie, 21, 13-35.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford : Stanford University Press.

Fisher, A. (1995) The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 9, 193-208.

Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing : The art of science. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks : Sage.

Forchuk, C., Roberts, J. (1994). How to critique qualitative research articles. Canadian Journal of Nursing Research, 25, 47-56.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Foucault, M. (1994a). Dits et écrits, tome 3. Paris : Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1994b). Dits et écrits, tome 4. Paris : Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1997). Il faut défendre la société. Paris : Seuil / Gallimard.

Fox, K. J. (1999). Changing violent minds : discursive correction and resistance in the cognitive treatment of violent offenders in prison. Social Problems, February, 1-23.

Fox, N. J. (1994). Postmodernism, sociology and health. Toronto : University of Toronto Press.

Francis, B. (2000). Poststructuralism and nursing : uncomfortable bedfellows ? Nursing Inquiry 7 (1), 20-28.

Frisch, N. C. & Frisch, L. E. (1998). Psychiatric Mental Health Nursing. Albany : Delmar Publishers.

Freire, P. ([1970] 1995). Pedagogy of the Oppressed. New York : Continuum.

Garabedian, P. (1963). Social roles and the process of socialization in the prison community. Social Problems, 11 (2), 140-153.

Garland, D. (1990). Punishment and Modern Society. Oxford : Clarendon Press.

Garland, D. (1997). 'Governmentality' and the problem of crime : Foucault, criminology, sociology. Theoretical Criminology, 1, 173-214.

Gastaldo, D. (1997). Is health education good for you ? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In A. Petersen et R. Bunton (Eds). Foucault Health and Medicine. London: Routledge.

Gauchet, M. & Swain, G. (1994). La pratique de l'esprit humain. Paris : Gallimard.

George, (1995). Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice. (4th Edition). Norwalk : Appleton & Lange

Gibbs, J. P. (1981). Norms, Deviance, and Social Control. New York : Elsevier

Gibbs, J. P. (1982). Social Control : Views from the Social Sciences. Beverly Hills : Sage.

Gibson, D. (1986). Theory and strategies for resolving conflict. Occupational Therapy in Mental Health, 5, 47-62.

Giddens, A. (1971). Capitalism and Modern Social Theory. Cambridge : Cambridge University Press.

Gilbert, T. (1995). Nursing : empowerment and the problem of power. Journal of Advanced Nursing, 21, 865-871.

Gillin, J. (1934). Crime and punishment among the Barama River Carib of British Guiana. American Anthropologist, 36, 331-344.

Glaser, B., Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory. Chicago : Aldine.

Goffman, E. ([1968] 1998). Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, E. ([1975] 1996). Stigmates: les usages sociaux des handicaps. Paris : Éditions de Minuit.

Gordon, C. (1991). Governmental rationality : An introduction. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). The Foucault effect. Chicago : The University of Chicago Press.

Goyert, P. (1991). Physiotherapy behind bars : A challenge in rehabilitation. Physiotherapy Canada, 42, 40-43.

Grabosky, P. N. (1984). The Variability of Punishment. In D. J. Black (Ed). Toward a General Theory of Social Control. Orlando : Academic Press.

Gros, F. (1996). Michel Foucault. Paris : Presses Universitaires de France.

Grosz, E. (1994). Volatile Bodies : Toward a Corporeal Feminism. Sydney : Allen & Unwin.

Gross, G. T. (1984). Social Control Under Totalitarianism. In D. J. Black (Ed). Toward a General Theory of Social Control. Orlando : Academic Press.

Guba, E., Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin et Y. Lincoln (Eds). The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues. Thousand Oaks : Sage.

Guemple, C. A. (1990). The view from behind the bars. The Florida Nurse, 38 (1), 10.

Gulotta, K. C. (1987). Factors affecting nursing practice in a correctional health care setting. Journal of Prison and Jail Health, 6 (1), 3-22.

Gunn, J. (1986). Education and forensic psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 273-281.

Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. (1990). Mentally Disordered Prisoners. London : Home Office.

Gurvitch, G. (1947). Le contrôle social. In La sociologie du 20ième siècle. Vol. 1, les grands problèmes de la sociologie. Paris : Presses Universitaires de France.

Hawks, J. H. (1991). Power : A Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, 16, 754-762.

Gordon, C. (1991). Governmental rationality : An introduction. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). The Foucault effect. Chicago : The University of Chicago Press.

Halperin, D. M. (1995). Saint = Foucault, Towards a Gay Hagiography. Oxford : Oxford University Press.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). Ethnography : Principles in practice. (2nd Edition). London : Routledge.

Hardin, P. K. (2001). Theory and language : locating agency between free will and discursive marionettes. Nursing Inquiry, 8 (1), 11-18.

Harding, J. (1997). Sex, surveillance and hormone replacement therapy. In. A. Petersen & R. Bunton (Eds). Foucault, Health and Medicine. London : Routledge.

Haroche, C. (1994). Le gouvernement des conduites. Magazine littéraire, 325 – octobre, 40-45.

Hart, H. L. A. (1968). Punishment and Responsibility : Essays in the Philosophy of Law. Oxford : Clarendon Press.

Haslam, P., Larivière, M., & Deurloo, B. (1998). Rapport sur le suivi des conclusions du Comité consultatif des soins de santé portant sur l'Unité régionale de santé mentale. Ottawa : SCC.

Haynor, N. & Ash, E. (1939). The prisoner community as a social group. American Sociological Review, 4 262-269.

Hazelton, M. (1999). Psychiatric personnel, risk management and the new institutionalism. Nursing Inquiry, 6 (4), 224-230.

Hindess, B. (1996). Discourses of power : From Hobbes to Foucault. Oxford : Blackwell Publishers.

Hobbes, T. ([1651] 1968). Leviathan. London : Penguin.

Hodder, I. (1998). The interprétation of documents and material culture. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds). Collecting And Interpreting Qualitative Materials. Thousand Oaks : Sage.

Hodgins, S. (1988). Études de relance auprès des détenus fédéraux traités en milieu psychiatrique : description des antécédents, du séjour, des rechutes et des récidives. Criminologie, 21, 27-61.

Horwitz, A.V. (1982). The Social Control of Mental Illness. New-York : Academic Press Inc.

Horwitz, A.V. (1990). The Logic of Social Control. New-York : Plenum Press.

Hufft, A. G. & Fawkes, L. S. (1994). Federal inmates : A unique psychiatric nursing challenge. Nursing Clinics of north America, 29 (1), 35-42.

Hugues, L. (1990). Professionalizing domesticity : A synthesis of selected nursing historiography. Advances in Nursing Science, 12 (4), 25-31.

Hulsman, L. H. C. (1981). Une perspective abolitionniste du système de justice pénale et du schéma d'approche des situations problématiques. In C. Debuyst (Ed). Dangerosité et justice pénale, 7-16. Genève : Médecine et Hygiène.

Illich, I. (1975). Némésis médicale : l'expropriation de la santé. Paris : Seuil.

International Association of Forensic Nurses. (1999). Membership directory. New Jersey : Slack Incorporated.

Irwin, J. & Cressey, D. (1962). Thieves, convicts and the inmate culture. Social Problems, 10 (2), 45-155.

Irwin, J. (1970). The Felon. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Irwin, J. (1980). Prisons in Turmoil. Boston : Little Brown.

Jacobs, J. (1977). Statesville : The Penitentiary in Mass Society. Chicago : University of Chicago Press.

Janovitz, M. (1975). Sociological theory and social control. American Journal of Sociology, 81, 82-108.

Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France.

Johns, C. (1998). Caring through a reflective lens : giving meaning to being a reflective practionner. Nursing Inquiry, 5 (1), 18-24.

Johnson, D. E. (1959). The nature of a acience of nursing. Nursing Outlook, 7, 291-294.

Keddy, B., Sims, S. L., Stern, P. N. (1996). Grounded theory as feminist research methodology. Journal of Advanced Nursing, 23, 448-453.

Kennedy, J. A. (1975). Health care in prison : A view from inside. American journal of Nursing, 75 (3), 417-420.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval : Éditions études vivantes.

Kristeva, J. (1982). Powers of Horror : An Essay on Abjection. New York : Columbia University Press.

Kristeva, J. (1984). Revolution in Poetic Language. Trans. M. Waller. New york : Columbia University Press.

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.

Lacan, J. (1977). Écrits. London : Tavistock.

Lacombe, D. (1996). Reforming Foucault : A critique of the social control thesis. The British Journal of Sociology, 47, 332-352.

Lagrange, J. (1976). Foucault et les psy. Psychanalyse et université, no. 4, 704-707.

Laing, R. D. (1969). Self and Others. London : Penguin Books.

Laudan, L. (1981). A problem solving approach to scientific progress. In I. Hacking (Ed). Scientific Revolutions. New York : Oxford University Press.

Lamothe, P. (1988). Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitenciaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitenciaire français. Criminologie, 21, 63-81.

Landreville, P. (1983). Normes sociales et normes pénales; notes pour une analyse sociologique des normes. Montréal : École de criminologie, Université de Montréal.

Laperrière, A. (1992). L'observation directe. In D. Gauthier (Ed). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. (2^{ième} Ed). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Laplante, J. (1995). Crime et traitement. Montréal : Boréal.

Laplante, J. (1997). Libérer le traitement, article non-publié. Communication personnelle.

Lauder, W. (1999). Construction of self-neglect : a multiple case study design. Nursing Inquiry, 6 (1), 48-57.

Lawler, J. (1999). De(con)struction of nursing work : economic rationalism and regulation. Nursing Inquiry, 6 (2), 141-142.

Léauté, J. (1990). Que sais-je ? Les prisons. Paris : Presses universitaires de France.

Lee, R. M. & Renzetti, C. M. (1993). The problems of researching sensitive topics. In C.M. Renzetti & R.M. Lee (Eds). Researching Sensitive Topics. London : Sage.

Lehmann, A. (1983). Nursing's last frontier : Our Canadian Prisons. The Canadian Nurse, 79 (7), 37-39.

Lemert, E. M. (1972). Human Deviance, Social Problems, and Social Control. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Lemire, G. (1990). Anatomie de la prison. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Lévis, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. Ruptures, 1 (1), 92-100.

Lhuillier, B. & Aymard, N. (1997). L'univers pénitentiaire : du côté des surveillants de prison. Paris : Desclée de Brouwer.

Lipson, J. G. (1991). The use of self in ethnographic research. In J. M. Morse (Ed). Qualitative nursing research : A contemporary dialogue. (Revised Edition). Newbury Park : Sage.

Lukes, S. (1974). Power : A Radical View. Basingstoke : Macmillan.

Lupton, D. ([1995] 1997). The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body. Thousand Oaks : Sage.

Lupton, D. (1999). Risk. London : Routledge.

Lynch, V. A. (1993). Forensic aspects of health care : New roles, new responsibilities. Journal of Psychosocial Nursing, 31, 5-6.

Lynch, V. A. (1996). Advances in forensic nursing : New dimensions for the 21st century. Journal of Psychosocial Nursing, 34, 6-7.

Macherey, P. (1988). Pour une histoire naturelle des normes. In Michel Foucault, philosophe : rencontre internationale, Paris 9, 10, 11 janvier. Paris : Seuil.

Maeve, K. (1997). Nursing practice with incarcerated women : caring within mandated (sic) alienation. Issues in Mental Health Nursing, 18, 495-510.

Manias, E. & Street, A. (2000). Possibilities for critical theory and Foucault's work : a toolbox approach. Nursing Inquiry, 1 (7), 50-60.

Mannoni, P. (1998). Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France.

Manocchio, A. & Dunn, J. (1970). The Time Game : two Views of the Prison. Beverly Hills : Sage.

Margolin, L. (1997). Under the Cover of Kindness : The Invention of Social Work. Charlottesville : University of Virginia Press.

Marshall, C. & Rossman, G. B. (1989). Designing Qualitative Research. Newbury APRk : Sage.

Martin, T. (2001). Something special : forensic psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 25-32.

Mason, T. (1997). Censorship of research in the health service setting. Nurse Researcher, 4 (4), 83-92.

Mason, T. & Mercer, D. (1998). Critical Perspectives in Forensic Care : Inside Out. London : Macmillan.

Mason, T. & Mercer, D. (1999). Forensic Psychiatric Nursing. In M. Clinton & S. Nelson (eds). Advanced Practice in Mental Health Nursing. London : Blackwell Science.

McCorkle, L. & Korn, R. (1954). Resocialization within walls. The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 23 88-90.

McCormick, J. (1997). The Discourses of Control : Power in Nursing. (Ph.D. dissertation, University of British Columbia). Unpublished manuscript.

McHoul, A. & Grace, W. (1993). A Foucault primer : Discourse, power and the subject. New York : New York University Press.

McNay, L. (1994). Foucault : A critical introduction. New York : The Continuum Publishing Company.

Meleis, A. (1997). Theoretical Nursing : development and Progress. (3rd Edition). New York : J. B. Lippincott.

Melia, K. M. (1996). Rediscovering Glaser. Qualitative Health Research, 6, 368-378.

Melossi, D. (1990). The State of Social Control : A Sociological Study of Concepts of State and Social Control in the Making of Democracy. Cambridge : Polity Press.

Melucci, A. (1996). The Playing Self : Person and Meaning in the Planetary Society. Cambridge : Cambridge University Press.

Miller, J. (1995). La passion Foucault. Paris : Éditions Plon.

Montandon, C. & Crettaz, B. (1981). Paroles de gardiens, paroles de détenus. Genève : Collection Hygiène et Médecine.

Morin, E. (1990). Science avec conscience. Paris : Fayard.

Moritz, P. (1982). Health care in correctional facilities : A nursing challenge. Nursing Outlook, 30 (4), 253-259.

Morris, T. & Morris, P. (1963). Pentonville : A Sociological Study of English Prison. London : Routledge.

Morse, J. (1989). Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue. Rockville : Aspen.

Moss, J. (1998). The later Foucault. Thousand Oaks : Sage.

Mowforth, G. (1999). Elitism in nursing. In G. Wilkinson & M. Miers (eds). Power & Nursing Practice. London : Macmillan Press.

Mullen, P. E. (1993). Care and containment in forensic psychiatry. Criminal Behavior and Mental Health, 3, 212-225.

Murashin, W.A. (1976). The social-control theory in american history : A critique. Journal of Social History, 9, 559-569.

Nettleton, S. (1991). Wisdom, diligence and teeth : discursive practices and the creation of mothers. Sociology of Health & Illness, 13 (1), 98-111.

Niskala, H. (1986). Competencies and skills required by nurses working in forensic area. Western Journal of Nursing Research, 8, 400-413.

Niskala, H. (1987). Conflicting convictions : Nurses in forensic settings. Canadian Journal of Psychiatric Nursing, 28, 10-14.

Noël, L. (1998). L'intolérance. Montréal : Boréal / Seuil.

- Nolan, P. (1993). A history of Mental Health Nursing. London : Chapman & Hall.
- Norris, C. (1993). The Truth about Postmodernism. Oxford : Blackwell.
- Norris, C. (1996). Deconstruction : Theory and Practice. London: Routledge.
- O'Malley, P. (1996). Risk and responsibility. In A. Barry, T. Osborne, & N. Rose (Eds). Foucault and Political Reason. Chicago : University of Chicago Press.
- Osborne, O. (1991). Editorial : Public sector psychosocial nursing. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health, 29 (8), 4-5.
- Osborne, O. & Thomas, M. D. (1991). On public sector psychosocial nursing : A conceptual framework. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 29 (8), 13-18.
- Owen, B. A. (1988). The Reproduction of Social Control : A Study of Prison Workers at San Quentin. New York : Praeger Publishers.
- Paicheler, G. (1997). Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. Sciences Sociales et Santé, 15 (4), 39-71.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. Cahier de recherche sociologique, 23, 147-181.
- Patton, P. (1998). Foucault's subject of power. In J. Moss (Ed). The later Foucault. Thousand Oaks : Sage.
- Peternelj-Taylor, C. & Johnson, R. L. (1995). Serving time : Psychiatric mental health nursing in corrections. Journal of Psychosocial Nursing, 33, 12-19.
- Petryshen, P. (1981). Nursing the mentally disordered offender. The Canadian Nurse, 77 (6), 26-28.
- Phillips, R. T. M. & Caplan, C. (1994). Administrative problems for psychiatric services in correctional and forensic settings. In R. Rosner (Ed). Principles and Practice of Forensic Psychiatry. New York : Chapman & Hall.
- Porter, S. (1996). Contra-Foucault : Soldiers, nurses and power. Sociology, 30 (1), 59-78.
- Pourtois, J-P., Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. Réseaux, 55, 56, 57, 13-35.
- Preate, E. D., Halloran, T. F., & Knorr, J. G. (1990). Defendants' amended revised plan to address conditions and practices at the State Correctional Institution at Pittsburgh – Major Tillery & al. (plaintiffs) vs Owens & al. (defendants). Pittsburgh : Office of Attorney General (protected document).
- Pryce, A. (2000). Frequent observation : sexualities, self-surveillance, confession, and the construction of the active patient. Nursing Inquiry, 7 (2), 103-111.

Punch, M. (1998). Politics and Ethics in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues. (pp. 156-184). Thousand Oaks : Sage.

Purkis, M. E. (1999). Embracing technology : an exploration of the effects of writing nursing. Nursing Inquiry, 6 (3), 147-156.

Rabinow, P. (1984). The Foucault Reader. New York : Pantheon Books.

Rae, M. (1993). Freedom to Care : Achieving Change in Nursing and Nursing Practice in Mental Health Service. England : Ashworth hospital.

Ramazanoglu, C. (1993). Up Against Foucault : Explorations of Some Tensions Between Foucault and Feminism. London : Routledge.

Ransom, J. S. (1997). Foucault's discipline : The politics of subjectivities. Durham : Duke University Press.

Reed, P. G. (1995). A treatise on nursing knowledge development for the 21st century : Beyond postmodernism. Advances in Nursing Science, 17, 70-84.

Reed, P. G. (1996). Transforming practice knowledge into nursing knowledge – A revisionist analysis of Peplau. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 28, 29-33.

Reeder, D., Meldman, L. (1991). Conceptualizing psychosocial nursing in the jail setting. Journal of Psychosocial Nursing, 28, 40-44.

Rich, A. (1977). Of Woman Born : Motherhood as Experience and Institution. London : Virago.

Roach, S. M. (1995). The dominant paradigm of the modern world. In A. Boykin (Ed). Power, politics and public policy : A matter of caring. New York : National League for Nursing Press.

Robert, P. (1981). De la criminologie du contrôle social à la sociologie pénale. Année sociologique, 31, 253-283.

Robison, D. & Reed, V. (1996). Measuring Forensic Psychiatric and Mental Health Nursing Interactions. Aldershot : Avebury.

Robrecht, L. (1995). Grounded theory : Evolving method. Qualitative Health Research, 5, 169-177.

Rocher, G. (1969). Introduction à la sociologie générale : l'action sociale. Montréal : Éditions Hurtibise HMH.

Rodgers, B. L. (1997). Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. In L. H. Nicoll (Ed). Perspective on Nursing Theory. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers.

Rose, N. (1988). Calculable minds and manageable individuals. History of the Human Sciences, 1, 179-200.

Rose, N. (1990). Governing the Soul : The Shaping of the Private Self. New York : Routledge.

Rose, N. & Miller, P. (1992). Political power beyond the state : Problematics of government. British Journal of Sociology, 42 (2), 173-205.

Rose, N. (1996). Inventing Ourselves : Psychology, Power, and Personhood. Cambridge : Cambridge University Press.

Rose, N. (1999). Powers of Freedom : Reframing Political Thought. Cambridge : Cambridge University Press.

Ross, E. A. ([1901] 1970). Social Control. London : Johnson.

Rostaing, C. (1997). La relation carcérale. Paris : Presses Universitaires de France.

Roth, L. (1986). Correctionnal psychiatry. In W. Curran, A. Mc Garry, & S. Shah (Eds). Forensic Psychiatry and Psychology, Perspectives and Standards for Interdisciplinary Practice. Philadelphia : F. A. Davis company.

Rothman, D. (1983). Social Control : The Uses and Abuses of the Concept in the History of Incarceration. In S. Cohen & A. Scull (Eds). Social Control and the State. Oxford : Martin Robertson.

Russ, J. (1979). Histoire de la folie / Michel Foucault. Paris : Éditions Hatier.

Ryan, H.R.S. (1983). The impact of the Canadian Charter of Rights and Freedoms on the Canadian Correctional System. In Canadian Human Rights Yearbook 99.

Rynerson, B. C. (1989). Cops and counselors : Counseling issues with prison inmate substance abusers. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 27 (2), 12-17.

Sarup, M. (1993). An Introductory Guide to Post-Structuralism and Postmodernism (2nd Edition). Athens : The University of Georgia Press.

Schultz, P. R. & Meleis, A. I. (1988). Nursing epistemology : Traditions, insights, questions. Image : The Journal of Nursing Scholarship, 20, 217-221.

Seibold, C. (2000). Qualitative research from a feminist perspective in the postmodern era : methodological, ethical and reflexive concerns. Nursing Inquiry, 7 (3), 147-155.

Senior, J. (1998). Doctors' Orders : The Mentally Disordered in Prison. In T. Mason & D. Mercer (Eds). Critical Perspectives in Forensic Care : Inside Out. London : Macmillan.

Service correctionnel du Canada. (1992). Directive du commissaire – 003 : Désignation des agents de la paix. Ottawa : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1993). Description d'emploi pour infirmières autorisées / agent de la paix-unité régionale de santé mentale. Établissement Archambault : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1996). Guide des services de santé – services de santé mentale. Ottawa : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1997). La mission du service correctionnel du Canada. Ottawa : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1998a). Programme de traitement. Archambault : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1998b). Unité de santé mentale : lois cardinales et règlements. Archambault : SCC.

Service correctionnel du Canada. (1999). Étude sur la prestation des soins de santé mentale aux détenu(e)s fédéraux(ales) de la région du Québec – Rapport du comité de travail sur la planification stratégique. Laval : SCC.

Service correctionnel du Canada. (2000a). Bilan annuel 1999-2000. Archambault : SCC.

Service correctionnel du Canada. (2000b). Plan directeur URSM – Rapport du comité local. Archambault : SCC.

Sheilds, K. E. & de Moya, D. (1997). Correctional health care nurses' attitudes toward inmates. Journal of Correctional Health Care, 4, 37-59.

Shervington, W. (1974). Prison, psychiatry and mental health. Psychiatry annals, 4, 43-60.

Shildrick, M. (1997). Leaky Bodies and Boundaries. Kew York : Routledge.

Sim, J. (1990). Medical Power in Prisons. Bristol : Open University Press.

Simon, J. (1988). The ideological effect of actuarial practices. Law and Society Review, 22, 771-800.

Solliciteur Général du Canada. (1972). Plan d'ensemble de développement des services psychiatriques dans les services correctionnels fédéraux au Canada. Canada : Gouvernement du Canada.

Starkey, K. & McKinlay, A. (1998). Deconstructing organization – discipline and desire. In Authors (Eds). Foucault, Management and Organization Theory. Thousand Oaks : Sage.

Stevens, R. (1993). When your clients are in jail. Nursing Forum, 28 (4), 5-8.

- Stewart, A. (2001). Theories of Power and Domination. Thousand Oaks : Sage.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park : Sage.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Grounded theory methodology : An overview. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Sumner, C. (1997). Social Control : The History and Politics of a Central concept in Anglo-American Sociology. In R. Bergalli & C. Sumner (Eds). Social Control and Political Order. Thousand Oaks : Sage.
- Swanson, M. (1996). Special solutions. Nursing Times, 92 (14), 28-30.
- Sykes, G. (1956). Men, merchants, and thoughts. Social Problems, 4, 130-183.
- Sykes, G. (1958). Society of Captives. Princeton : Princeton University Press.
- Sykes, G. & Messinger, S. (1960). The inmate social system. In R. Cloward (Ed). Theoretical Studies. New York : Social Science Research Council.
- Taylor, P. (1988). Forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry, 153, 271-278.
- Thomas, C. W. & Petersen, D. M. (1977). Prison Organization / Inmate Subcultures. New York : Bobbs-Merrill.
- Thomas, C. Y. (1984). The Rise of the Authoritarian State in Peripheral Societies. New York : Monthly Review Press.
- Traynor, M. (1997). Postmodern research : No grounding or privilege, just free-floating trouble making. Nursing Inquiry, 4, 99-107.
- Turner, B. S. (1992). Regulating Bodies : Essays in Medical Sociology. New York : Routledge.
- Van Krieken, R. (1991) The poverty of social control : Explaining power in the historical sociology of the welfare state. The Sociological review, 1, 1-25.
- Wacquant, L. (1999). Les prisons de la misère. Paris : Le seuil.
- Walker, K. (1997). Toward a critical ontology : Nursing and the problem of modern subject. In C. O'Farrell (Ed). Foucault : The Legacy. Australia : Queensland University of Technology.
- Walter, E. V. (1969). Terror and Resistance. New York : Oxford University Press.
- Watson, J. (1979). Nursing, the Philosophy and Science of Caring. Boston : Little and Brown.

Watson, J. (1985). Human Science and Human Care, a Theory of Nursing. Norwalk : Appleton-Century-Croft.

Watson, J. (1995). Postmodernism and knowledge development in nursing. Nursing Science Quarterly, 8, 60-64.

Watson, J. (1999). Postmodern Nursing and Beyond. London : Churchill- Livingstone.

Weber, M. (1970). Class, status and party. In H. Gerth & C. W. Mills (Eds). From Max Weber : Essays in sociology. London : Routledge & Paul Kegan.

Weberman, D. (1995). Foucault's reconception of power. The Philosophical Forum, 26 (3), 189-217.

Weedon, C. (1997). Feminist Practice and Poststructuralist Theory. London : Blackwell.

Weinberg, S. K. (1942). Aspects of the prison social structure. American journal of Sociology, 47, 717-726.

Wilkinson, G. (1999). Theories of Power. In G. Wilkinson & M. Miers (Eds). Power and Nursing Practice. London : Macmillan.

Williams, R. (1996). From modernism to postmodernism : the implication for nurse therapist intervention. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3, 269-271.

Willmott, Y. (1997). Prison nursing : The tension between custody and care. British Journal of Nursing, 6, 333-336.

Wilson, H. S. & Hutchinson, S. A. (1991). Triangulation of qualitative methods : Heideggerian hermeneutics and grounded theory. Qualitative Health Research, 1, 263-276.

Wolf, D. L. (1996). Situating feminist dilemma in fieldwork. In Author (Ed). Feminist Dilemma in Fieldwork. Boulder, CO : Westview.

Wright, E. O. (1973). The Politics of Punishment. New York : Harper and Row.

Wright, K. (1980). A re-examination of correctional alternatives. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 24, 179-192.

ANNEXES

Annexe 1

Aide-mémoire

Note : L'entrevue d'une durée d'environ 60 minutes débutera par une explication succincte mais claire du déroulement de la période d'entrevue. Le chercheur 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 aux notions de soins psychiatriques ou de contrôle social. Ces thèmes devraient pouvoir émerger de façon spontanée et ce, sans être suggérés. Certains sous-thèmes pourront être envisagés dans le but de préciser les propos des informants. Ces sous-thèmes qui ne sont évidemment pas libellés à l'avance reposeront tout de même sur un plan précis afin que le chercheur puisse obtenir les informations nécessaires en regard de la question de recherche.

Question principale

Pourriez-vous me parler de votre expérience, comme infirmière (infirmier), depuis votre embauche au Centre psychiatrique correctionnel ?

Aide-mémoire

L'aide-mémoire repose principalement sur les concepts (huit) qui constituent le cadre minimal de référence. À partir de ces concepts, des dimensions et sous-dimensions sont identifiées par le chercheur. Cet aide-mémoire est un outil de travail que se donne le chercheur afin de s'assurer que certains concepts directement reliés à la question de recherche soient abordés par les informants. Cet aide-mémoire servira aussi de guide lors des observations directes et de la recherche documentaire. À mesure que la recherche avance et que l'analyse permet l'identification de concepts nouveaux, cet aide-mémoire est appelé à se transformer.

1. *Contrôle social*

- contrôle social pénal

utilisation de sanctions pour punir un comportement jugé inacceptable

descriptions précises des sanctions utilisées (pertes de privilèges, notes au dossier, isolement, contentions mécaniques et chimiques, plan de chambre, l'isolement administratif, etc.)

rôle des infirmières dans l'application des sanctions punitives

rôle des officier de correction dans l'application des sanctions punitives

- contrôle social thérapeutique

utilisation de la médication psychiatrique PRN (indications, etc.)

utilisation de l'isolement ou des contentions mécaniques (indications etc.)

rencontres « thérapeutiques » (initiation, travail, conclusion)

le « régime » des activités (obligation ou choix, invitation ou coercition)

- rééducatives
- travail et atelier
- sportives et de loisirs

2. *Gouvernementalité*

- dispositif diplomatique-militaire (rapports entre le personnel infirmiers et les autres groupes socioprofessionnels)

relations entre le personnel infirmier et les autres groupes professionnels

relations entre le personnel infirmier et le personnel de correction

maintien de la spécificité des tâches infirmières et du champ de pratique professionnelle

relations entre le personnel infirmier et l'administration du service psychiatrique

relation entre le personnel infirmier et l'administration du pénitencier

groupe de support pour le personnel infirmier

comité consultatif composé, entre autre, d'infirmières et d'infirmiers rapportant ses conclusions à l'administration

- police

obligations et fonctions des agents de la paix (exemples)

définition de l'agent de la paix selon les infirmières et les infirmiers

articulation des deux fonctions (agent de la paix et soignant)

compatibilité ou incompatibilité des deux fonctions

manifestation d'attitudes et de comportements autoritaires

uniforme et autres « artifices » sécuritaires

importance de la sécurité

rôle du personnel infirmier dans le maintien de l'ordre pénitentiaire

- pouvoir pastoral

temps accordé aux rencontres thérapeutiques avec les détenus-psychiatrisés dans une journée de travail typique

définition personnelle de la relation d'aide

utilisation des techniques propres à la relation d'aide (exemples)

nature de la confidentialité dans le travail quotidien (présence des agents de correction, etc.)

usages du contenu verbalisé par les détenus-psychiatrisés lors des rencontres thérapeutiques

3. *Asiles et prisons comme institutions « totales »*

- caractéristiques du milieu

la présentation de l'institution (documents officiels du SCC, etc.)

l'idéologie officielle de l'institution pénitentiaire et du C.P.C. (philosophie générale, philosophie de soins, etc.)

la perméabilité du C.P.C. aux organismes externes (accréditation, visites des ordres professionnels etc.)

l'organisation physique de l'unité de soins psychiatriques pénitentiaires (# de détenus, lits disponibles, etc.)

ratio personnel infirmier-clients (jour, soir)

formation de base du personnel infirmier

- l'univers du personnel

représentations du détenu-psychiatrisé

les manifestations d'empathie, de compassion et des comportements de « caring »

les effets de l'environnement carcéral sur les soins infirmiers

différenciation des rôles au sein du personnel

les relations entre le personnel infirmier et les agents de correction (gardiens)

les difficultés rencontrées par le personnel infirmier aux plans personnel et socioprofessionnel

menaces à l'identité « d'infirmière ou d'infirmier »

4. Relation gardiens-gardés

description de la relation entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé
 caractéristiques de la relation entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé
 description de la relation entre l'agent de correction et le détenu-psychiatrisé
 caractéristiques de la relation entre l'agent de correction et le détenu-psychiatrisé
 « distance » entre le personnel infirmier et le détenu-psychiatrisé

5. Soins infirmiers psychiatriques

Cet axe s'articule autour de l'énoncé du métaparadigme infirmier et des quatre concepts centraux qui le constituent.

définition que se donne l'infirmière relativement aux concepts :

santé
 personne
 environnement
 soin psychiatrique

conception de soin utilisée

6. Soins infirmiers psychiatriques en milieux correctionnels

particularités inhérentes au milieu psychiatrique pénitentiaire

différences entre le milieu psychiatrique pénitentiaire et les autres milieux de soins psychiatriques

définitions des quatre concepts centraux (santé, personne, environnement, soin psychiatrique), applicables en milieu psychiatrique pénitentiaire

comparaison de la pratique infirmière à l'embauche vs la pratique infirmière actuelle

7. Pouvoir

la structure hiérarchique (commentaires sur l'organigramme de l'institution, etc.)

définition et manifestations du pouvoir

relations de pouvoir entre le personnel infirmier et les détenus-psychiatrisés

relations de pouvoir entre le personnel infirmier et les agents de correction

manifestations (subtiles et ouvertes) du pouvoir

Annexe 2



**Formule de consentement pour participer
à un projet de recherche**

Chercheur : Dave Holmes, Inf.; CSPSM., M.Sc.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directeurs : Michel Perreault, Ph.D. / 514.343.7723
Bruno Théorêt, Ph.D. / 514.343.6111 ext. 8618

Titre du projet : Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un
contexte de psychiatrie pénitentiaire.

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, entre autre, à décrire et à situer la pratique infirmière en relation avec les soins psychiatriques et de santé mentale offerts à une population vulnérable (détenu-psychiatrisé) dans un milieu de soins psychiatriques particulier et extrême (unité de psychiatrie pénitentiaire). Cette recherche porte et tentera de répondre à des questions fondamentales relativement à la double fonction professionnelle dont les infirmières sont investies, à l'articulation de ces deux rôles et le processus qui permet le passage de l'un à l'autre et enfin, sur les représentations de « l'objet » de l'exercice infirmier en milieu psychiatrique pénitentiaire et des finalités poursuivies.

Nature de votre participation

Les infirmières qui désirent participer à l'étude seront rencontrées individuellement afin de répondre à quelques questions ouvertes et directement reliées à leur travail au C.P.C.. Une seule rencontre est prévue et celle-ci durera environ 60 minutes. Cette rencontre s'effectuera sur les lieux du travail et sur vos heures régulières de travail, à moins que vous 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'opportunité de formuler vos commentaires, de modifier ce contenu et d'élaborer certains thèmes. L'entrevue se déroulera en présence du chercheur principal seulement. Pour participer à ce projet de recherche vous devez être âgé de 18 ans ou plus et travailler au C.P.C. depuis au moins 6 mois sur un des trois quarts de travail.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

En participant à ce projet de recherche vous participez au développement des connaissances en sciences infirmières. Vous collaborez de plus à une activité qui fera connaître votre réalité en temps qu'infirmière psychiatrique en milieu pénitentiaire canadien.

Inconvénients personnels pouvant découler de ma participation

Être disponible pour répondre à quelques questions pendant une période d'environ 60 minutes.

Risque

Il est entendu que votre participation à ce projet ne vous fait courir, au plan médical, aucun risque. Ce projet de recherche n'implique ni prise de médicaments ou autres substances, ni analyses de laboratoire. 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 données amassées ne pourront vous être préjudiciables.

Rémunération

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour le temps accordé lors de l'entrevue. L'entrevue aura lieu pendant vos heures régulières de travail.

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 acceptez de participer.

Autorisation d'utiliser les résultats de la recherche

Vous acceptez que l'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. En regard de toutes ces formes de communications, il est entendu que la confidentialité sera respectée à votre égard et à l'égard du milieu dans lequel s'est effectué la recherche.

Retrait de votre participation

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre; il est également entendu que vous pourrez, 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 partagé avec l'investigateur.

Confidentialité

La nature et le contenu de vos propos qui seront enregistrés sur une cassette audio, lors de l'entrevue, de même que la nature de vos comportements, observés lors des visites du chercheur sur l'unité, demeureront en tous temps strictement confidentiels. Un code vous sera assigné afin de préserver votre identité contre toutes formes d'identification. Les bandes audio seront conservées pendant une période de trois ans afin d'en permettre l'analyse. Après cette période, elles seront détruites.

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 Michel Perreault, Ph.D. (514.343.7723) ou Bruno Théorêt, Ph.D. (514.343.6111 ext. 8618) ou en tout temps avec Dave Holmes, Inf.; M.Sc. [REDACTED]

Éthique

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président par intérim du comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé, M. Claude Giasson (514.343.5946). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Mme. Marie-Josée Rivest (514.343.2100).

Je déclare (nom en lettres moulées) _____ avoir lu et compris les termes de la présente formule et accepte d'être enregistré sur bande audio,

Informant

Je déclare (nom en lettres moulées) _____ avoir expliqué en détail les termes de la présente formule au signataire,

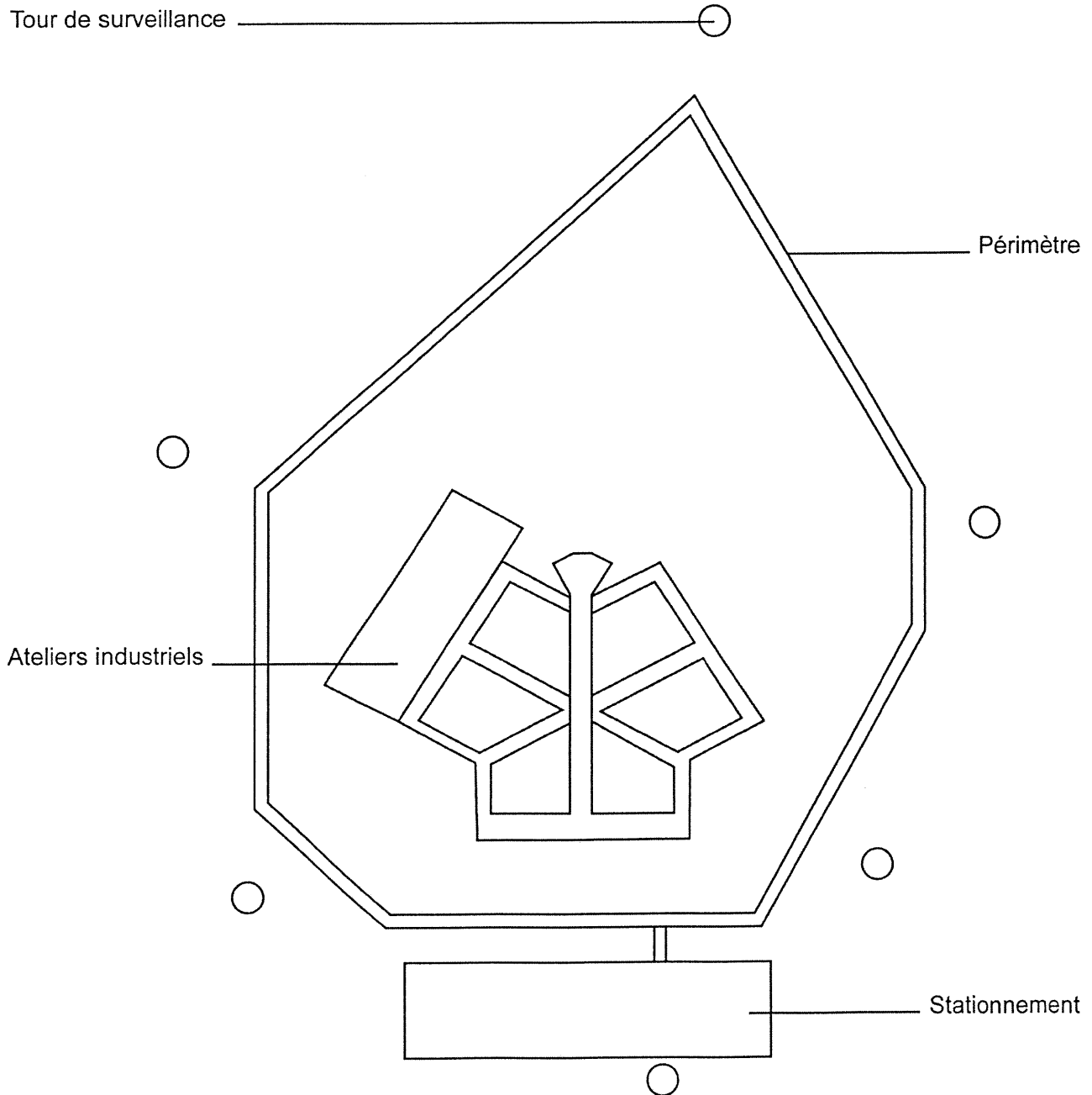
chercheur

Signé à _____, le _____, 1999.

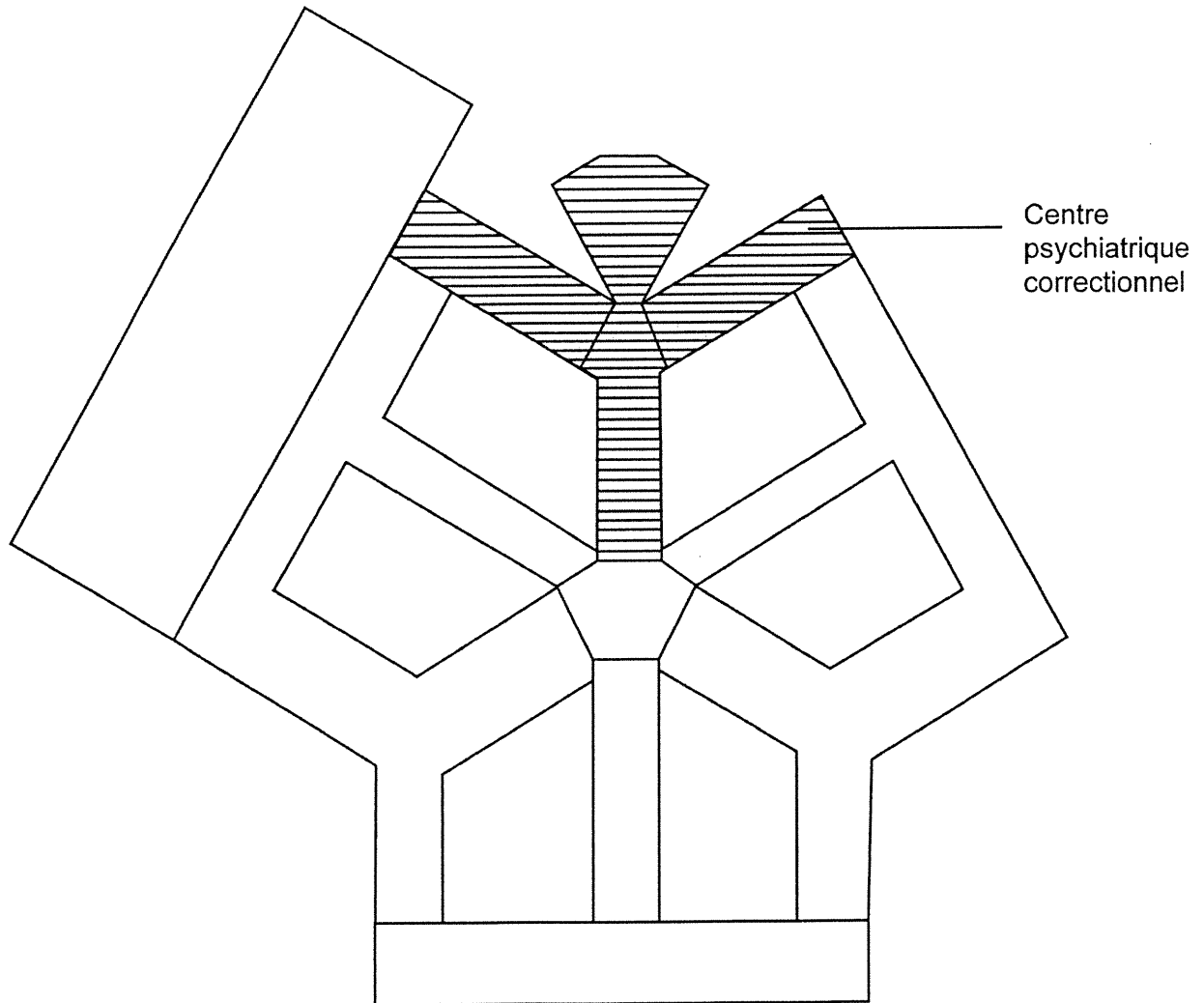
Annexe 3

Particularités architecturales du Centre psychiatrique correctionnel (C.P.C.)

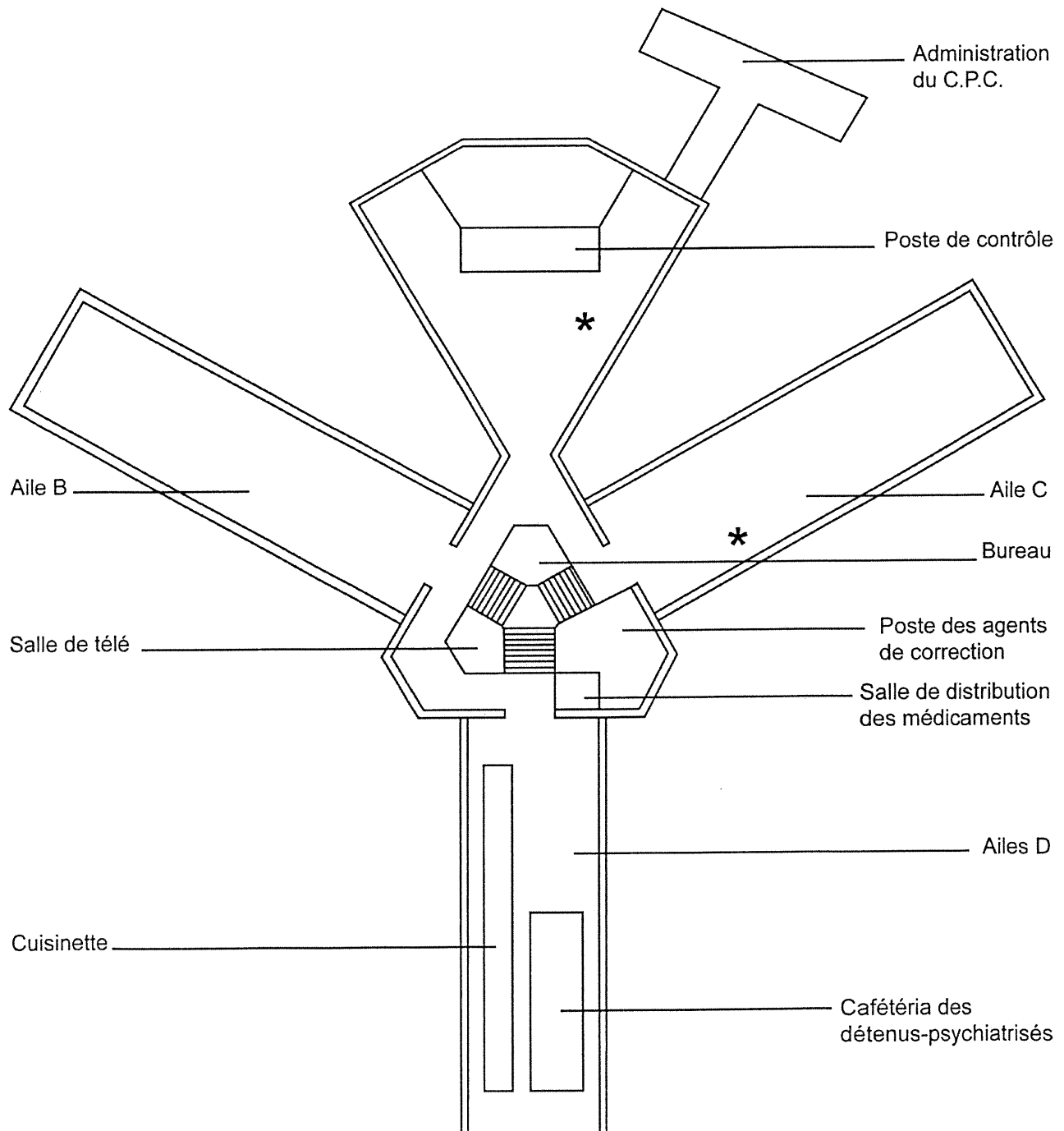
Établissement pénitentiaire (plan général)



Établissement pénitentiaire (Centre psychiatrique correctionnel)

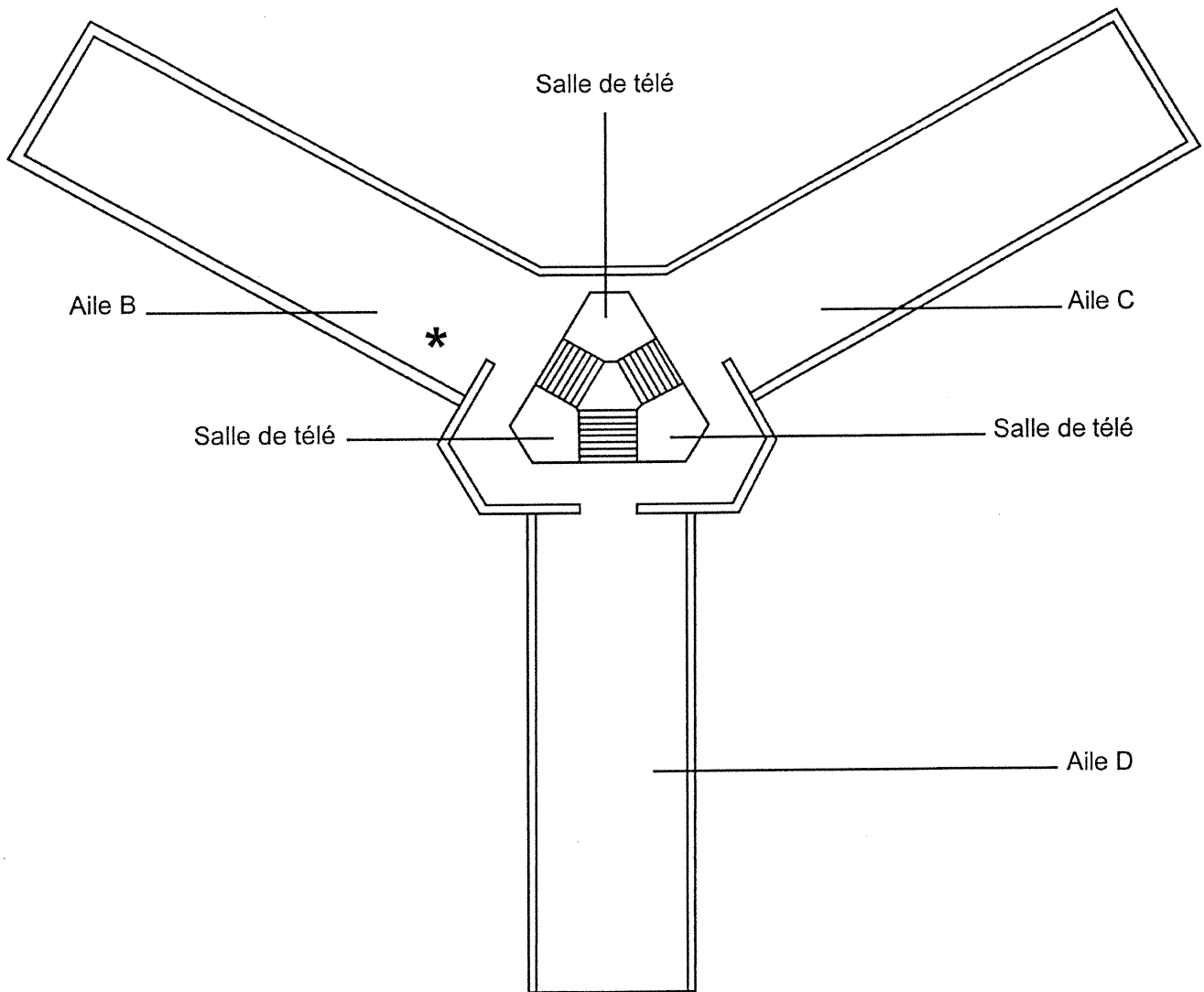


Centre psychiatrique correctionnel (Pavillon A)
Rez-de-chaussée



* Postes «nursing»

Centre psychiatrique correctionnel (Pavillon A)
1^{ère} étage



* Poste «nursing»