

5

Résumé

Ces dernières années, les risques biologiques reliés au bioterrorisme sont devenus des préoccupations grandissantes dans le domaine de la santé pour les infirmières. Leur rôle d'agent de surveillance et de régulation est primordial afin de protéger la population dans une lutte contre les maladies infectieuses afin d'assurer la sécurité du vivant. Actuellement, les modèles et théories en sciences infirmières ne permettent pas de saisir les enjeux sociopolitiques liés à la construction de risques biologiques et à leur gestion afin de prévenir les pandémies. Examiné sous un angle foucauldien, le corps de l'infirmière devient le lieu d'articulation du pouvoir entre les normes de sécurité et de surveillance épidémiologique constituant le bio-politique d'une part et les mécanismes disciplinaires liés à la surveillance panoptique constituant l'anatomo-politique d'autre part. Celle-ci participe activement à la production d'un savoir assurant le gouvernement des corps individuel, social et politique.

Mots clés biosécurité, Foucault, nursing, risque biologique, surveillance panoptique

Perspective foucauldienne de la surveillance en sciences infirmières face aux risques biologiques

LAURENCE BERNARD

Introduction

Au Québec, nous assistons à la naissance d'une formation de deuxième cycle universitaire sur la prévention et le contrôle des infections (PCI). Cette spécialisation permettra aux infirmières d'être des partenaires-clefs au sein du réseau de la santé et de services sociaux (RSSS) : elles forment la partie visible d'une volonté politique d'organisation des services pour faire face au risque biologique. Leur spécialisation est d'ailleurs en voie de reconnaissance par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).[1]

Ce mouvement de structuration du réseau et d'institutionnalisation de la PCI prend ses racines

généalogiques dans les événements qui ont marqué l'aube du XXI^e siècle. En effet, plusieurs événements majeurs sont venus ébranler les certitudes et le sentiment de sécurité de la population. Premièrement, les événements entourant les attentats du 11 septembre 2001 et la construction du risque biologique qui a frappé l'imaginaire nord-américain par la contamination de quelques personnes via des enveloppes contenant de l'anthrax[2] tout en justifiant le contrôle et la limitation de droits constitutionnels par le Patriot Act.

Suite à ces attentats chez nos voisins du sud, une épidémie de SRAS s'est déclarée au Canada dans de grands hôpitaux à Toronto où plusieurs professionnels de la santé sont décédés,[3,4] une prise de conscience s'est opérée face au manque de préparation des institutions publiques québécoises en matière de risques biologiques naturels ou criminel, de nature épidémique ou pandémique. Cette prise de conscience s'est accentuée avec le risque de grippe aviaire : de nombreuses personnes ont pris d'assaut leur pharmacie pour obtenir du Tamiflu, un antiviral traitant ce type de grippe.

Finalement, la recrudescence des infections par Clostridium Difficile au Québec[5], mais aussi diverses contaminations (vache folle, listériose) ajoutées aux expériences du SRAS et de menaces que constituaient la grippe aviaire et le risque biologique lié aux armes de destruction massive (ADM), ont amené la population et les médias à questionner les politiques. Ces derniers ont répondu par la mobilisation du RSSS en créant une structure québécoise de surveillance renforcée en PCI en 2004 et en émettant de nombreuses lignes directrices et de plans d'action et d'urgence pour améliorer les pratiques de soins.[6-9] Dernièrement, la grippe dite porcine ou A/H1N1 s'est déclarée d'abord au Mexique pour devenir pandémique[10] et constitue un véritable test mondial de réaction des institutions humaines face à cette « menace infectieuse » où se déploie un véritable arsenal digne d'une guerre à l'encontre des microorganismes tel que le soulignait déjà Latour en étudiant le pasteurisme.[11]

Ces événements, bien qu'internationaux ou nationaux se capillarisent dans le quotidien même des infirmières, tandis que celles-ci ont un rôle majeur à jouer en matière de surveillance en PCI pour assurer la sécurité de leur patient, de leur famille et de la population.[12]

Il est clair que, dans ce contexte national et international de risque, le concept de biosécurité (ou sécurité du vivant) émerge et des questions en matière de gestion du risque dont de surveillance sociosanitaire sont soulevées.

Attendu que des enjeux sociopolitiques sont présents en matière de risque biologique, il est crucial de questionner de façon large la surveillance et la biosécurité au travers d'un cadre de référence touchant à ces concepts-clés. Peu de théories en sciences infirmières ont une telle portée critique face à la construction du risque et aux notions de surveillance et de biosécurité.

Dès lors, à partir des travaux de Michel Foucault sur la surveillance et la métaphore du panopticon, la pertinence de cette perspective théorique pour comprendre les enjeux liés à la sécurité du vivant en sciences infirmières sera démontrée.

Pour débiter, une contextualisation historique sera présentée et une réflexion autour du concept de risque biologique sera amorcée. Afin d'équilibrer le risque biologique, la notion sécurité doit être abordée. Dès lors, Michel Foucault sera brièvement situé comme philosophe et penseur pour ensuite rassembler les notions de surveillance et de sécurité sous l'angle du pouvoir. Une courte analyse dimensionnelle du concept de biosécurité sera présentée. Pour terminer, une discussion autour des théories en sciences infirmières sera amorcée, ce qui permettra de renforcer le choix de l'approche

foucauldienne pour aborder la question de la surveillance et de la biosécurité face au risque biologique. Cette approche se veut critique et pragmatique, c'est pourquoi un scénario plaçant les infirmières dans une situation pandémique servira de fil conducteur afin d'illustrer de façon concrète les notions de surveillance et de sécurité du vivant.

Risque biologique : un phénomène récent?

Les maladies infectieuses sont inhérentes à l'être humain et ont toujours existé : elles font partie de la nature biologique des espèces et permettent à la fois leur modelage et leur renouvellement.[13] Néanmoins, la prise en compte du risque qu'elles représentent dans le quotidien est récente dans l'histoire de l'Humanité et concorde avec l'apparition du courant hygiéniste au XIXe siècle[14] renforcé et légitimé par les découvertes de Pasteur.[11] L'hygiène et la santé publique se sont d'abord développées autour des épidémies qui « constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique » selon Fassin.[15 p231] Toujours selon Fassin,[15 p231] les épidémies « ont des conséquences démographiques majeures, elles mobilisent les peurs les plus incontrôlables et supposent la mise en œuvre de mesures urgentes et collectives, contraignant les pouvoirs publics à prendre des décisions et à entreprendre des actions. (...) les accusations d'incompétence et même de malveillance alimentent régulièrement les rumeurs dans la population ». Ces grandes épidémies présentent autant de risque d'atteinte à la santé, mais constituent également un potentiel important de désordre économique et social lié à la mort du corps et aux mouvements migratoires de la population qui se produisent durant les épidémies lorsque les êtres humains fuient la maladie comme ils fuient les guerres. Ces risques doivent être pris en compte, gérés par les gouvernements qui sont appelés par la population à prévenir et anticiper les crises, à les gérer lorsqu'elles surviennent et donc à limiter leur impact négatif sur la population.

Brève généalogie du risque biologique

Le risque biologique constitue d'abord la probabilité qu'un événement négatif survienne tel que l'infection et ses conséquences potentielles pour la santé de la personne et des populations. Cette notion s'inscrit dans une littérature foisonnante sur le risque axé autour de trois thèmes principaux en sciences infirmières : le risqué (risky), le à risque (at-risk) et la maîtrise du risque (risk management) mentionnés par O'Byrne.[16] Deux approches du risque ont été recensées dans les sciences sociales par Lupton[17]: l'approche réaliste, l'approche constructiviste (faible et forte). D'après

O'Byrne,[16] l'approche réaliste présente le risque comme quantifiable, calculable mathématiquement, ce qui permet une analyse et une hiérarchisation du risque. Cette approche réaliste serait prépondérante en science infirmière. Il est clair qu'en santé publique, l'analyse, la prévention et la gestion des risques sont également largement utilisées et constituent la première priorité de recherche.[18] O'Byrne souligne que la seconde approche du risque est constructiviste et davantage sociologique. Elle est dite faible, lorsque l'on considère que le risque est réel et naturel, mais compréhensible uniquement dans son contexte. Finalement, la perspective constructiviste forte est reliée aux auteurs foucauldien qui soulignent que « les risques sont des construits du contexte social et culturel ».[16 p34]

Thompson[19] rapporte que les analystes du risque distinguent le risque réel du risque observé ou perçu. Le risque réel étant la combinaison de probabilité et de conséquences négatives qui existe dans le monde réel. Le risque observé pour sa part est la mesure de cette combinaison obtenue par la construction d'un modèle du monde réel. Finalement, le risque perçu est l'estimation approximative du risque réel réalisée par un profane (non-expert) issu du public en général qui peut être erronée, car non basée sur des faits et donc mal informé.

Cette mauvaise information pourrait venir des médias, des rumeurs et des croyances populaires par exemple. Il est clair que cette vision rapportée du risque dépend de notre perspective paradigmatique face à l'ontologie à savoir ce que l'on peut tenir pour réel ou non, ce que l'on peut mesurer dans une conception objective et réaliste du monde ou ce que l'on peut appréhender subjectivement voire de manière antiréaliste dans notre univers.[20,21] En santé publique, un exemple de risque biologique réel et observé serait l'éclosion du SRAS à Toronto aussi bien dans son potentiel de contamination et de propagation de l'infection, que dans son taux de mortalité. Le risque perçu quant à lui serait celui de personnes issues de la population québécoise lisant les journaux rapportant en temps réel cette éclosion qui sévissait, informant, mais alimentant aussi leur imaginaire fantasmagorique que représente l'épidémie.

Qu'entend-on par risque biologique exactement?

Si l'on opte pour une vision dominante du risque considéré comme réaliste,

l'expression risque biologique nous renvoie à deux notions. La première, celle du risque (de l'italien *risco*; du latin médiéval *risicum*; du grec byzantin *rizikon*, solde gagnée par un soldat de fortune), est

la probabilité de subir les conséquences néfastes d'environnements ou de situations variées. Le risque s'oppose à la chance, qui est la probabilité de bénéficier des conséquences fastes d'événements, de choix, de situations. (...) La seconde est celle de la biologie (du grec *bios*, vie, et *logos*, discours), qui s'intéresse à tous les phénomènes manifestés par les êtres vivants. Elle a pour objet les êtres organisés. Ainsi, le risque biologique concernera-t-il les effets adverses, directs ou indirects, que ces derniers puissent occasionner, par leur action, les composants de leur structure ou les substances qu'ils contiennent ou sécrètent (toxines, venins), toutes matières dites organiques, puisque liées aux êtres organisés.[22 p3]

Le risque biologique ou risque biologique est multiforme et peut-être découpé en trois composantes selon la classification réaliste de Curé[23]: le risque biologique naturel habituel lié aux maladies infectieuses, le risque biologique provoqué accidentel tel que les infections nosocomiales et finalement le risque biologique provoqué criminel que constituent les armes de destruction massives. Le risque biologique naturel habituel est abordé sous l'angle de la grippe saisonnière et du lien entre la tuberculose et la précarité, les maladies récurrentes ou émergentes telles que les fièvres hémorragiques, les maladies transmissibles. Le risque biologique provoqué accidentel quant à lui est abordé par l'encéphalopathie spongiforme bovine, la listériose, les infections nosocomiales.[23] Ce dernier risque est largement pris en charge par les autorités en santé publique, car celui-ci est évitable par la prise de mesures d'hygiène et de prévention et contrôle des infections dans les pratiques de l'industrie agroalimentaire, mais également dans le RSSS. Dès lors, il fait l'objet de mesures de surveillance et de réglementations afin de prévenir les maladies infectieuses et de limiter le risque de transmission.[7,8] Quant au risque biologique provoqué criminel, la question de la guerre bactériologique et des armes de destruction massive n'est pas récente bien que « les armes biologiques modernes, soit la combinaison d'agents biologiques et de vecteurs de dissémination (aérosol, avion, bombe) apparaissent à la fin du XIXe siècle ».[2 p231] Les armes biologiques semblent provoquer des dommages restreints, mais ont un impact psychologique majeur, provoquant de l'incertitude au sein de la population.[2] Cette question du bioterrorisme n'est pas récente, car l'idée de génocides prémédités a déjà été documentée en 1763, lorsqu'une peuplade amérindienne a été contaminée par la variole, recevant de soldats britanniques des couvertures infectées qui les décimèrent.[2,23] Cette idée d'utiliser des vecteurs de propagation provient de Amherst qui était « convaincu que l'arme bactériologique est plus efficace que le fusil (...) » il souligne « vous ferez bien de la répandre ainsi

que d'user de tout autres procédés capables d'exterminer cette race abominable ». [24 p359]

Mais avant cet épisode, au XIV^e siècle, la grande peste qui décime le tiers de la population européenne est provoquée par les Tartars qui, pour pénétrer la forteresse de Caffa, en Crimée, catapultent par-dessus les murailles des corps infectés. Des bateaux marchands sont alors contaminés, disséminant la maladie dans toute l'Europe. [2] La peste marquera la société à nouveau en 1665-1666 à Londres et c'est alors que de nombreux éléments de surveillance et des mécanismes disciplinaires seront utilisés pour maintenir l'ordre social par le gouvernement des corps. [25] Les explications concernant l'origine et le mode de transmission de la peste sont sujets à superstitions [14] mais socialement construites et compréhensibles dans un contexte historique où la religion occupait un espace important. [26,27]

Le risque biologique : un construit social?

Contrairement à la maladie infectieuse telle que la peste ou la listériose, le risque biologique demeure insaisissable, intangible, invisible telle une menace qui plane au-dessus de nos têtes. Selon nous, il est en fait une construction de l'esprit pour gérer l'incertitude face à une maladie qui pourrait potentiellement se développer, une anticipation impossible de tous les scénarios de danger qui nous mènerait irrémédiablement vers la mort, terrassés par les micro-organismes. Ces mêmes micro-organismes pourtant indispensables à la vie (bactéries commensales) tandis que d'autres peuvent provoquer la mort (pathogènes).

Dans une perspective foucauldienne, le risque biologique peut être vu comme un construit issu du contexte social, culturel, mais aussi politique. O'Byrne et Holmes [28] affirment que l'évaluation infirmière peut être comprise comme un mécanisme de création du risque dans une perspective foucauldienne ou rien n'est un risque, mais ou tout pourrait l'être. En ce sens, selon ces auteurs, les infirmières sont des agents qui maintiennent l'ordre dans la gestion du risque aussi bien qu'elles créent le désordre par leur évaluation. Foucault [25] a lui-même abordé la question de surveillance panoptique sous l'angle des mécanismes disciplinaires caractérisés entre autres par les mesures réglementaires à mettre en place lorsqu'une épidémie de peste se déclarait.

Ce risque, cette menace à l'intégrité physique des personnes et à l'ordre au sein de la société prennent parfois la forme de menaces globales et transnationales, non spécifique à une classe sociale tel qu'abordé par Beck. [29] Il souligne

d'ailleurs que nous vivons dans une société du risque où la multiplicité des définitions des risques est liée à la civilisation et où le déni du risque est relié à la peur qui empêche la prise de conscience des menaces suite à une exposition au risque. Dès lors, une gestion de la sécurité passe aussi par l'anticipation des dangers et la gestion de cette peur, de cette incertitude engendrée par le risque et l'angoisse de la déchéance qu'il représente. Les écrits de Beck font écho aux achats compulsifs de Tamiflu par les québécois désireux de se prémunir contre la menace que représentait la grippe aviaire, menace qui ne s'est pas concrétisée au Québec. Ce portrait que dresse Beck est sombre et met l'emphase sur nos peurs et les risques invisibles, mais potentiellement catastrophiques liés à l'environnement et la biotechnologie. Tulloch et Lupton [30] quant à eux, nuancent les propos de Beck à propos de la société du risque qu'ils considèrent comme une approche macrosociologique du risque qui se situe au niveau politique et structurel sans tenir suffisamment compte des facteurs sociaux (genre, sexe, âge). Selon ces auteurs, malgré le fait qu'un risque comporte des dangers et de l'incertitude associée à l'inconnu qui doivent être considérés lorsque l'on prend des risques dans une action, il existe des aspects positifs au risque, dont l'aventure et l'opportunité d'actualisation et d'amélioration de soi. En matière de risque biologique, il est clair que celui-ci constitue une opportunité de réflexion pour la population québécoise face à son système de santé et à la surveillance qui y est opérée. La conscience du risque dépend de notre façon de voir la vie et nos actions selon notre degré de maturité, aussi, celui-ci est complètement construit socialement et peut-être partagé. [30] Le risque biologique partagé est une notion importante qui permet d'entrevoir une forme de solidarité entre les infirmières lorsqu'elles soignent un individu contagieux, sa famille ou la population. Lors d'une épidémie, les infirmières risquent d'être contaminées et de contaminer à leur tour, mais ce risque est partagé par les professionnels de la santé et la population dans un système où l'assurance sociale dont parle Ewald [31] et l'assurance maladie québécoise prévalent.

Sous un angle foucauldien, selon Dean, « le risque est analysé comme une composante d'un assemblage de pratiques, de techniques et de rationalités qui concernent le « comment nous gouvernons » ». [32 p132] La gestion des risques implique un gouvernement des corps faisant appel à des techniques de régulation, de gestion et de normalisation des comportements humains. Quatre points significatifs peuvent être soulevés sur le risque en santé publique (SP) selon Barry et Yuil [33]: la catégorie à risque touche toutes les personnes, la SP régule et contrôle les corps individuels, la SP régule le

corps social par l'enregistrement continu d'information sur la population, finalement elle distingue les comportements normaux de santé et le pathologique. Une fois le risque biologique construit socialement, on se doit de le gérer, de le maîtriser.

Gestion du risque biologique et surveillance, un équilibre périlleux

La gestion du risque passe par la surveillance selon Castel : « prévenir c'est d'abord surveiller, c'est-à-dire se mettre en position d'anticiper l'émergence d'événements indésirables au sein des populations statistiques signalées comme porteuses de risques ». [34 p131] Le diagnostic de l'expert représente le stade scientifique d'un processus de distribution des populations dans des circuits spéciaux au sein d'un dispositif juridico-administratif. Dès lors, une fois catégorisée à risque, une population peut être gérée dans une perspective de contrôle social. Cela justifie donc toutes sortes de mesures biopolitiques pour maîtriser ou gérer le risque biologique dont le recours à la surveillance et au dépistage systématique de certaines infections nosocomiales sur chaque patient transféré ou entrant dans un établissement de santé au Québec. Certaines infections bénéficient d'une surveillance provinciale et sont à déclaration obligatoire (MADO), ce qui permet une forme de profilage informatique dont parle Castel puisqu'il est possible de « constituer un flux de population selon n'importe quel critère de différenciation ». [34 p145-6] Le Système d'évaluation des risques de transmission d'infections hémotogènes (SERTIH) est un exemple de répertoire provincial d'enregistrement des professionnels de la santé porteurs d'une infection afin d'assurer la sécurité des patients. [35] La gestion du risque biologique a pour but d'anticiper tout danger, toute menace à la santé de la population québécoise afin d'assurer sa sécurité. Néanmoins, il est impossible d'imaginer tous les risques ou cas de figure potentiels puisque nous vivons dans un monde complexe au sein duquel de nombreuses variables sont à considérer. Il faut donc tenter de trouver un équilibre entre surveillance populationnelle et mesures raisonnables de gestion des risques biologiques acceptables pour la société.

La terminologie en lien avec la gestion des risques biologiques est connotée à la guerre et à la religion: menaces épidémiques, guerre des microbes, [11] armes contre les épidémies [36], l'apocalypse des pestes, [13] bioterrorisme. [2,23,37,38] Cette terminologie s'est même propagée en informatique où l'on parle volontiers de surveillance, de virus informatique, d'antivirus, de quarantaine et on peut même vacciner son ordinateur à présent. [39] Une « arme » dont

nous disposons face aux épidémies pour gérer le risque biologique et augmenter l'immunité de la population est sans contredit la vaccination qui constitue un fer de lance de la santé publique et un rôle essentiel de l'infirmière au Québec. [40] Au Québec, la promotion de la vaccination est une responsabilité professionnelle de l'infirmière et son ordre professionnel l'invite à participer activement aux stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale pour protéger la population, malgré le fait que la polyvalence soit questionnée par le public et comporte de nombreux effets secondaires [41] et soulève des questions sur l'utilisation du corps de la femme dans le cadre de la vaccination contre le VPH, [42,43] la vaccination de masse reste préconisée. [44] Néanmoins, Roy, Holmes et Perron [45] portent un regard critique sur la vaccination comme remède pour gérer le risque biologique afin de soulever les enjeux liés à l'établissement de normes de conduite sur les plans individuels et collectifs auxquels l'infirmière assujettit les patients, mais est assujettie à son tour par les organisations qui régulent sa pratique. Actuellement, au Québec, il n'est pas souhaité que les infirmières questionnent publiquement la vaccination, alors que ces auteurs soulignent que la vaccination est un acte politique puisque la surveillance de l'immunité et de l'état de santé s'applique à la population entière en santé ou non. Il faut également souligner que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a participé au développement d'un registre provincial des infirmières susceptibles de prendre part à une campagne de vaccination de masse en cas de pandémie : l'infirmière régule en matière de vaccination, mais est aussi régulée, profilée à son tour.

Sans compter la vaccination, la gestion du risque biologique se fait également par la gestion macrosociologique du flux migratoire de la population qui quitte les lieux d'écllosion épidémique où règne la maladie. L'Organisation internationale pour les migrations participe activement à ce gouvernement des masses [46] afin de circonscrire les foyers infectieux et surtout d'en limiter la propagation, mais aussi de maintenir une forme d'ordre social au niveau international.

Face au risque biologique, en plus de la surveillance, du profilage, de la vaccination, et de la gestion des flux migratoires, les infirmières utilisent un arsenal thérapeutique pour prévenir la maladie et la mort dans une quête perpétuelle de l'immortalité. Cet arsenal est composé d'antibiotiques, de matériel de protection (blouses, masques, gants), de mesures de prévention et contrôle des infections (dépistage, surveillance, lavage des mains, isolement) pour maîtriser et contrôler ce risque, cette menace perpétuelle que représente la propagation de microorganismes pathogènes

et potentiellement létaux. Cette quête de l'immortalité est d'autant plus palpable par l'instauration de mesures drastiques en cas de pandémie : c'est une forme de lutte contre notre condition humaine où la mort joue un rôle important pour perpétuer la vie.

Cette gestion du risque amène une réflexion éthique en matière d'utilisation du principe de précaution qui permet de gouverner une population dite à risque avant même que le risque ne se concrétise. Une autre question éthique soulevée par le risque biologique concerne certainement sa téléologie: qui construit ce discours alarmiste en lien avec les risques biologiques pandémiques ou non et pourquoi? Cette question soulève des enjeux économiques, sociaux et politiques qui touchent à la sécurité et à la protection des populations qui peuvent être abordées sous l'angle foucauldien.

Michel Foucault : épistémè et dispositif

Michel Foucault, prolifique philosophe français du XXe siècle, a développé une pensée riche qui tantôt se construit, se déconstruit et se reconstruit dans un portrait artistique évolutif caractérisé de postmoderne,[47] poststructuraliste[48] ou classique inclassable.[49] Dès lors, aucune réponse objective et statique à la question de surveillance, de sécurité et de risque n'est possible. Néanmoins, une réflexion face au discours en lien avec la surveillance, le risque biologique et la sécurité du vivant est possible : en sciences infirmières, il est crucial de se questionner sur « qui dit quoi, pourquoi et comment » afin de rendre visible les mécanismes du pouvoir. Ce discours est teinté par notre vision du monde et Foucault en propose une particulièrement intéressante qui nous permet d'aborder la question du triangle pouvoir, savoir et subjectivation.[50]

Dès lors, les notions de surveillance et de sécurité peuvent être abordées sous l'angle discursif par l'épistémè, mais surtout plus largement via les dispositifs mis en place qui concernent à la fois le discursif et le non-discursif que forme les institutions.[51,52] Cette exploration des différences et des oppositions est au cœur même de l'œuvre de Foucault qui s'intéresse aux marges de notre société en considérant le fou, le malade, le prisonnier et leur gouvernement afin de révéler les relations de pouvoir.

Le pouvoir et ses mécanismes

Le pouvoir n'en est pas souverain, détenu par le Prince qui gouverne le peuple afin de conserver sa principauté, tel que l'a pensé Machiavel.[53] Il n'est pas non plus concentré dans une ou plusieurs institutions ou dans un organe de

surveillance suprême, Big Brother, tel que l'avait entrevu Orwell.[54] Le pouvoir est avant tout contextuel,[55] c'est « un domaine de relations stratégiques entre des individus ou des groupes –relations qui ont pour objet la conduite de l'autre ou des autres ». [56 p21] Les relations de pouvoir passent à l'intérieur des corps, sans à avoir à être relayés par la représentation.[49,52] Il produit des effets qu'ils soient normalisant ou en rupture avec la norme, conduisant à l'assujettissement ou à la subjectivation du corps.

Les mécanismes du pouvoir sont composés du système du code légal, des mécanismes disciplinaires et des dispositifs de sécurité qui sont organisés circulairement dont la prépondérance d'un de ces dispositifs varie dans le temps.[57]

Le système du code légal

Foucault[57 p7-8] définit le système du code légal comme « une forme qui consiste à poser une loi et à fixer une punition à celui qui l'enfreint (...) avec un couplage entre un type d'action interdit et un type de punition ». Il poursuit en soulignant que « le système légal, c'est le fonctionnement pénal archaïque, celui qu'on connaît depuis le Moyen Âge jusqu'au XVIIe-XVIIIe siècle ». [57 p10] L'inflation légale liée à ces nouvelles lois qui concernent les mesures de sécurité, les surveillances des individus après l'institution servent à faire fonctionner le système de sécurité selon lui.

Les lois canadiennes et québécoises en matière de santé publique sont claires. D'une part, la loi canadienne sur les mesures d'urgence octroie au gouvernement plein pouvoir pour décréter et lever l'état d'urgence (Arrêt Fort Francis c.) afin de maintenir « l'ordre et le bon gouvernement du Canada » (chapeau de l'art.91). « Le fédéral peut recourir à ces pouvoirs d'urgence en cas d'épidémie » [58 p20] et prévoit des peines aux personnes contrevenantes aux règlements ou décrets d'application (Loi sur les mesures d'urgence, 1985 59)). En situation normale, c'est la Loi canadienne sur la santé de 1984 qui prévaut.[60] D'autre part, deux lois principales constituent le code légal au Québec en matière de surveillance et de soins de santé à la population : il s'agit de la Loi sur la santé publique (LSPQ[61]) et la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS[62]). Les notions de surveillance continue de l'état de santé de la population et d'octroi de pouvoirs élargis au ministre de la Santé et des Services sociaux en cas de situation d'exception y sont répertoriées.

Dès lors, un scénario alarmiste d'application concrète de la loi en cas de pandémie serait l'obligation pour les infirmières de se présenter au travail afin de prendre soin de la population

exposée ou malade au risque d'être exposées elles-mêmes à des agents pathogènes létaux sans nécessairement avoir les ressources, les connaissances et compétences nécessaires pour se protéger. Les infirmières contrevenantes pourraient être amenées contre leur gré sur leur lieu de travail, subir des amendes ou être emprisonnées selon la décision du gouvernement en place. Ceci n'étant pas de la science-fiction orwellienne, attendu que certaines infirmières québécoises ont expérimenté l'obligation du soin lors de débrayages par le passé afin d'assurer un service minimal prévu par les mesures essentielles. L'exposition professionnelle à des agents pathogènes létaux a entraîné le décès de plusieurs infirmières ontariennes et la réclamation de dommages et intérêts devant les tribunaux suite à la crise du SRAS.[63] Ce scénario légal relié à l'obligation du soin à la population et aux conséquences sur la santé et le bien-être des infirmières est alarmiste, mais pas improbable.

Mécanismes disciplinaires

« La loi, encadrée par des mécanismes de surveillance et de correction » constitue le mécanisme disciplinaire.[57 p10] Ce mécanisme disciplinaire est mis en place à partir du XVIIIe siècle et pourrait se qualifier de moderne d'après Foucault.[57] Ils touchent à la docilité des corps et à leur formation par différents mécanismes, dont la répartition des corps, la surveillance panoptique, la normalisation, l'examen.[25]

La surveillance touche à l'axe bio-politique qui rejoint les notions de tests et de statistiques,[64] mais aussi les mécanismes disciplinaires de l'axe anatomo-politique en matière de gouvernement des corps, de normalisation, de répartitions dans l'espace et de surveillance hiérarchique.[25]

Foucault a illustré la capillarisation du pouvoir au niveau microscopique (micro-pouvoir) à l'aide d'une métaphore qu'est le panoptique. « La thèse centrale de Foucault était de démontrer que les sociétés modernes contrôlent et disciplinent les individus dans ces sociétés en permettant à un groupe d'experts dominant, détenant des savoirs, de définir les standards et les normes ».[65 p587] Au départ, le panoptique est une construction architecturale inventée par le philosophe et juriste anglais Jeremy Bentham.[66] Cette architecture circulaire permet l'assujettissement des individus qui sont enfermés dans des cellules séparées, soumis à un regard central du surveillant visible, mais dont la présence est invérifiable. L'individu est vu, mais il ne voit pas, du moins, il sait qu'on le surveille, mais il ne sait pas quand, dès lors, son comportement est censé en être modulé, réformé tel le détenu dont la déviance doit être corrigée par la norme.

Bentham a proposé d'élargir son modèle initialement conçu pour les prisons, aux écoles, aux hôpitaux et à l'assistance aux pauvres dans une perspective utilitariste qui permettait de limiter les contagions, d'améliorer la ventilation, de limiter les impuretés et d'améliorer la sécurité.[67] « Selon le modèle panoptique, la surveillance suppose la coprésence des contrôleurs et des contrôlés dans un espace homogène que balaye le regard. Cette co-existence est encore plus évidente dans toutes les interventions correctives, punitives ou thérapeutiques, par lesquelles un agent intervient directement sur un patient pour le redresser, le corriger ou le soigner ».[34 p145-6] La docilité des sujets est assurée par des « pratiques divisantes: le sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres. Ce processus fait de lui un objet. Le partage entre (...) le malade et l'individu en bonne santé (...) illustre cette tendance ».[52 p12] La régulation des conduites instaure de nombreuses formes d'assujettissement aux autres et à soi-même.[68] Cette division est aussi opérée par la surveillance panoptique du sujet gouverné, assujetti au surveillant. La docilité des corps s'obtient également par la répartition du corps dans l'espace où le sujet occupe un rang spécifique, quadrillé, enfermé. Celui-ci est soumis à l'examen et au contrôle régulier afin d'éviter tout écart, toute déviance à la norme produite par les experts. Les infirmières québécoises en santé publique participent activement à la production de normes visant la pratique clinique en lien avec la prévention et le contrôle des infections en siégeant sur différents comités et en soutenant leurs collègues dans l'application de ces normes de PCI en clinique. Le rôle professionnel en matière de surveillance n'est pas récent. Dans *Surveiller et punir*, Foucault reprend l'exemple de la surveillance durant la Grande Peste de 1656 à Londres où des familles entières étaient confinées à domicile et inspectées quotidiennement par des représentants de l'autorité. Les médecins participaient à cette surveillance par le soin aux pestiférés, costumés de pied en cap afin d'éviter toute contamination, représentés à l'époque avec une règle en main qui devait probablement servir à l'examen physique des malades, mais aussi sans doute à l'imposition symbolique d'une norme, d'une règle, d'une forme de droiture en incarnant l'ordre dans ce chaos que représente l'épidémie (illustration du Doctor Schnabel Von Rom). Cette symbolique a déjà été soulignée par Foucault dans *Surveiller et punir* où la règle était utilisée dans l'orthopédie afin de prévenir et corriger les difformités du corps chez les enfants.

Le rôle actuel de l'infirmière est d'agir comme agent de surveillance, constituant un « système de minivigie » [69] qui est fondamental au niveau local aussi bien en clinique que

dans la communauté : elle détecte rapidement les infections, évalue les risques biologiques et propose des mesures de gestion des risques (isolement de l'individu, restriction des visites, constitution de cohorte) et de prévention et contrôle des infections au sein des établissements de santé québécois. Cette surveillance panoptique qu'opère l'infirmière sur les patients et leur famille est renforcée par l'OIIQ[70] qui affirme que la pratique infirmière sera plus que jamais centrée sur les activités d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi infirmier grâce au plan de traitement infirmier québécois. Le RSSS lui-même peut-être représenté traditionnellement par une surveillance hiérarchique de type organigramme ou par une surveillance panoptique déconcentrée[71]. Selon Fraser,[72] un réseau peut être qualifié de complètement panoptisé ou d'hyperpanoptique lorsque les liens avec le surveillant s'atténuent et que les individus assujettis, voir le réseau entier s'autorégule sur base des normes intériorisées par les mécanismes disciplinaires.

Dès lors, si l'on suit la logique disciplinaire, malgré le système du code légal qui permettrait l'obligation du soin à la population dans le cas d'un scénario alarmiste face à une pandémie, il semble peu probable qu'une majorité des infirmières refuse de soigner dans des conditions qui ne leur assurent pas un minimum de sécurité afin de ne pas tomber malade à leur tour. Celles-ci constituant un corps professionnel historiquement assujetti à la profession médicale.[73] Ce corps professionnel dont l'origine militaire et religieuse amène un contrôle et un maintien de l'ordre[74] est donc également contrôlé, discipliné, normalisé. Tel que l'exprime Fassin,[75 p36] « C'est le gouvernement de soi qui mène au gouvernement des autres ». Parmi les mesures et normes disciplinaires, l'obligation morale du soin pour les infirmières en cas de pandémie n'est pas un scénario improbable. Pour l'instant, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec n'a pas amendé son code de déontologie afin d'ajouter l'obligation de soin en cas de pandémie, mais souligne que des directives seront émises par la Direction nationale de santé publique en cas de pandémie. Néanmoins, l'Association médicale canadienne[76] a produit une proposition de politique circonscrivant les obligations des médecins et de la société en cas de pandémie basée sur les principes d'altruisme, de bienveillance, de justice. Cette obligation est décrite comme réciproque, invitant les médecins à prendre soin de la population en cas de pandémie, mais à être dédommages par la société afin de partager le fardeau amené par une pandémie.

Dispositifs de sécurité

La sécurité rejoint l'axe biopolitique qui touche au gouvernement des populations.[77,64] Ce dispositif contemporain est largement alimenté par le système du code légal et les mécanismes disciplinaires. Foucault renforce cette idée en soulignant que « pour assurer cette sécurité, on est obligé de faire appel (...) à toute une série de techniques de surveillance, tout un ensemble disciplinaire qui foisonne sous les mécanismes de sécurité pour les faire fonctionner ».[57 p10]

Selon Fassin[75 p39] la biopolitique n'est pas uniquement une politique de la vie, mais « une politique des populations, celle qui régule, construit et produit des collectivités humaines à travers des taux de mortalité, des programmes de planification familiale, à travers des règles d'hygiène et des contrôles de flux migratoires. (...) la biopolitique constitue le biopouvoir, autrement dit, le pouvoir sur la vie ». Tandis que les mécanismes disciplinaires forment autant d'espaces confinés à l'enfermement, au redressement et au contrôle, les dispositifs de sécurité constituent des espaces davantage ouverts, puisqu'ils concernent la population dans son entièreté. Malgré tout, ces espaces ne sont pas exempts de relations de pouvoir sur la vie qui se dissout dans deux objets que sont le corps et la population tel que le souligne Fassin. Dès lors, face aux risques et à leur gestion, c'est l'entièreté de la population qui est mobilisée pour assurer sa sécurité au nom de la nécessité de la vie.[78] Un exemple flagrant soulignant cette sécurité concerne les armes de destruction massive reliées au risque biologique face au bioterrorisme. Après avoir construit socialement ce risque bioterroriste de toutes pièces, la population américaine entière a été mobilisée par différents moyens, dont les médias afin d'assurer sa propre sécurité au nom de la préservation de la vie.

Foucault[57] souligne d'ailleurs combien les épidémies peuvent servir à illustrer les mécanismes de pouvoir sous-jacents en prenant l'exemple historique de la lèpre, de la peste et de la variole. Lorsque la lèpre sévissait, les lépreux étaient exclus de la ville. Toutefois, dans la gestion des épidémies de peste, les pestiférés demeurent dans les villes, mis en quarantaine, enfermés chez eux et surveillés où ils « sont pris dans un quadrillage tactique méticuleux ».[25 p231] Avec le deuxième exemple, celui de la peste, « on peut dire qu'on a là un système qui est de type disciplinaire ».[57 p12] Mais dans le troisième exemple, celui de la variole, le problème n'est plus uniquement celui de la quarantaine, mais celui de la documentation des épidémies par des statistiques populationnelles et des campagnes médicales de vaccination.

Ces aspects biopolitiques mèneront à une multiplicité des pratiques de gouvernement telles que le gouvernement de soi, le gouvernement des âmes, le gouvernement des enfants, et cetera.

La surveillance continue de l'état de santé de la population devient alors une approche fondamentale en santé publique qui est d'ailleurs inscrite dans la loi actuelle (LSPQ, chapitre.4), mais aussi dans de nombreuses normes issues de différentes institutions. Cette surveillance s'articule autour de suivi d'indicateurs épidémiologiques tel que le taux d'infection à l'E.Coli par exemple. Elle s'articule dans un réseau de surveillance hiérarchisé d'institutions locales (Centre de santé et de services sociaux), régionales (Direction régionale de santé publique), provinciales (Direction nationale de santé publique du Québec, MSSS), nationales (Agence canadienne de santé publique) et internationales (OMS). Le rôle de l'infirmière est particulier en santé publique, car elle dispense un soin populationnel plutôt que clinique, donc un soin souvent invisible, mais qui participe activement au gouvernement des corps via la bio-politique dont la production de savoir et de normes en prévention et contrôle des infections.

Traditionnellement, la surveillance épidémiologique est réalisée à l'aide de variables, d'attributs du sujet divisé sur base de la distinction entre santé et maladie, de genre, d'âge. Ces données sont enregistrées par les professionnels de la santé et transmises aux directions de santé publique. Ces enregistrements constituent un profilage de la population et donc un pouvoir lié à la connaissance. Ce profilage permet aux épidémiologues de diviser la population en groupes à risque et d'émettre des normes comportementales en matière de santé afin de réduire les facteurs de risque liés à la maladie. Le modèle épidémiologique traditionnel est dès lors utile pour suivre la progression d'une éclosion de nature infectieuse ou non, tel que le VIH.[79] Castel[34 p145-6] souligne que « les nouvelles politiques préventives économisent ce rapport [de surveillance panoptique] d'immédiateté, parce que ce dont elles traitent dans un premier temps du moins, ce ne sont pas des individus, mais des facteurs, des corrélations statistiques ». Cette surveillance épidémiologique traditionnelle fait partie des mécanismes de sécurité qui permettent le gouvernement de la population tel que Foucault l'avait entrevu de son vivant.

Néanmoins, cette approche épidémiologique traditionnelle ne permet pas de rendre compte de la complexité des relations sociales et de la propagation des maladies qui était considérée autrefois comme se transmettant d'individu à individu.[79] Ces dernières années, l'utilisation d'analyses

structurales de réseau en santé publique a permis de cartographier des réseaux relationnels entre les individus représentés par des nœuds que Bearman, Moody et Stovel [80] estiment particulièrement utiles pour décrire les réseaux sociaux et relationnels. On passe dès lors d'une cartographie de la maladie deux dimensions à une cartographie tridimensionnelle des individus. Cette méthodologie a permis à ces chercheurs de cartographier les réseaux amoureux et sexuels d'étudiants et d'étudiantes afin de mettre en lumière la chaîne de contagion liée à une infection transmissible sexuellement d'un individu à l'autre. D'après Luke et Harris,[79] les analyses structurales de réseaux présentent d'importants potentiels afin de documenter les réseaux sociaux, les réseaux organisationnels et les transmissions de maladies. La cartographie du réseau relationnel dressée par Bearman, Moody et Stovel ressemble étrangement au réseau de surveillance panoptisé voir hyperpanoptique décrit en informatique par Firer-Blaess mentionné précédemment. Cette cartographie, en plus de poser des questions éthiques importantes, est une forme contemporaine de surveillance des individus à risque de développer une infection et constitue un point de jonction entre la bio-politique et l'anatomo-politique. On répertorie désormais non seulement la maladie en divisant les corps afin de les gouverner, mais également l'individu lui-même en le stigmatisant dans son réseau de relations que l'on cartographie. Malgré cela, aucun de ces auteurs ne porte un regard critique face à de telles cartographies en lien avec leur téléologie, mais également face aux potentiels intrinsèques illimités de surveillance et de contrôle qu'elles représentent.

Cette méthodologie d'analyse structurale de réseau vient appuyer un réseau de surveillance mondiale du risque biologique déjà bien implanté où les épidémiologues documentent statistiquement les taux infectieux, procèdent à des analyses du risque biologique et proposent des interventions pour prévenir et contrôler les infections afin d'assurer la « sécurité » de la population. La surveillance épidémiologique constitue donc une avenue royale pour gouverner les corps où les démarches statistiques et les enregistrements de données concernant les infections du corps individuel et leur distribution au sein de la population sont réalisées afin de surveiller l'état de santé de la population et d'en assurer sa sécurité ou disons sa biosécurité.

La sécurité du vivant ou biosécurité?

Au Québec, en sciences infirmières, le terme de sécurité du vivant est peu utilisé, mais rejoint la question de sécurité du patient (patient safety) qui constitue une priorité de recherche

de l'OMS avec la culture de sécurité (safety culture).[81] Le risque biologique est abordé sous l'angle de la prévention et du contrôle des infections dans une perspective de protection de la santé de la population via une approche biomédicale de prévention de la maladie très présente en santé publique.

La question de la biosécurité, ou sécurité du vivant, constitue une terminologie qui n'est pas répandue chez les infirmières : peu d'écrits sont disponibles sur la biosécurité. Il s'agit d'un concept émergent. Une analyse dimensionnelle de concept de Schatzman[82] a été réalisée, ce qui a permis d'aboutir à plusieurs constats en matière de biosécurité. Ce concept a d'abord été utilisé dans le domaine des laboratoires médicaux afin de prévenir les maladies infectieuses chez les travailleurs. Au début du XXI^e siècle, concomitamment avec la construction des risques bioterroristes, son utilisation s'est accentuée et s'est élargie aux domaines du transport transfrontaliers, agroalimentaire, de protection de la biodiversité face aux organismes génétiquement modifiés (OGM), aux biotechnologies[83] et à la santé humaine en générale. Une matrice dimensionnelle a pu être dégagée concernant le concept de biosécurité. Il est intéressant de souligner que la biosécurité est un concept utilisé pour assurer la sécurité de la population qui doit pouvoir se nourrir d'aliments exempts de tout pathogène susceptible de provoquer une maladie infectieuse (ie. listériose) dont la responsabilité relève du MAPAQ; mais ce terme n'est quasi pas utilisé par les professionnels de la santé dans le RSSS qui parlent davantage de PCI dont la responsabilité relève du MSSS. Cette terminologie multiple face à la sécurité du vivant favorise sans doute un fonctionnement en silo.

Le terme de biosécurité est peu utilisé par les scientifiques dans les bases de données et les médias, mais les sociologues commencent à l'utiliser pour aborder les aspects biopolitiques foucauldien.[84] On retrouve davantage le concept dans les sources gouvernementales nationales et internationales, sur les différents portails touchant à la prévention de la maladie et à la sécurité de la population. Un exemple de cela est présenté par la Federal Emergency Management Agency (FEMA) qui a raffiné sa définition du terrorisme et du bioterrorisme[85] en abordant la nécessité d'améliorer la biosécurité, en tenant compte des armes de destruction massive potentiellement utilisables par les terroristes et en reconsidérant les niveaux de risques présentés par les laboratoires.

Une approche foucauldienne de la biosécurité permet d'amener ce concept au rang des éléments participants dispositif de sécurité qui touchent à l'axe biopolitique du gouvernement des populations. La biosécurité permet de réguler, de normaliser et de gouverner les masses que ce soit

au travers des normes face au transport frontalier ou aux règles qui régulent le quotidien des laboratoires et des infirmières. Elle permet également un quadrillage sécuritaire de l'espace qui contribue à la création de ce dispositif discursif et non discursif.

Enjeux de la sécurité du vivant en sciences infirmières

Les enjeux face à la sécurité du vivant et aux risques biologiques en sciences infirmières sont multiples. Enjeux politiques d'abord, puisqu'une partie de la population réclame des mesures de prévention et de contrôle des infections afin d'assurer leur sécurité face à un risque biologique socialement construit dans un contexte où les politiques sont établies souvent dans une perspective à court terme. Enjeux éthiques et financiers ensuite en matière d'équilibre entre surveillance infirmière du risque biologique pour assurer la protection de la population et la nécessité d'assurer les libertés individuelles morales et légales dans son rôle d'advocacy. Des questions financières doivent également être soulevées face aux mesures de planification en cas de pandémie dont la constitution de stock de matériel onéreux afin de gérer les risques biologiques. Des questions sociales liées aux priorités dans la recherche universitaire et aux budgets alloués à la PCI, mais aussi à la lutte contre le bioterrorisme.[78] Des enjeux humains puisque la mobilisation des professionnels de la santé sera importante en cas de pandémie, mais est déjà cruciale pour réduire les infections nosocomiales dans un contexte quotidien de pénurie. Finalement, des enjeux professionnels pour l'infirmière qui est en quête de reconnaissance de son rôle au niveau de la PCI et de la nécessité d'établir un dialogue intersectoriel pour éviter de fonctionner en silo en séparant biosécurité et PCI. Finalement, un enjeu philosophique et professionnel de taille puisque l'infirmière clinicienne au sein du RSSS est le prolongement d'un réseau bio-politique qu'elle alimente en informations sur le patient, mais exerce également un pouvoir disciplinaire sur les individus dont elle prend soin ainsi que leur entourage lors des visites afin de limiter la propagation des infections. Le corps de l'infirmière devient le lieu d'articulation du pouvoir entre les normes de sécurité et de prévention épidémiques, la surveillance épidémiologique constituant le bio-politique d'une part et les mécanismes disciplinaires liés à la surveillance panoptique constituant l'anatomo-politique d'autre part.

Réflexion

Les approches théoriques en sciences infirmières

Suite à cette réflexion concernant les questions de biopouvoir en lien avec le risque biologique, il est légitime de se questionner sur l'apport scientifique des sciences infirmières pour aborder cette question. Les modèles conceptuels en sciences infirmières sont nombreux et riches. Ces conceptions permettent de définir en partie qui nous sommes et ce que nous faisons comme infirmière. Elles reflètent une forme de diversité qui guide la pratique infirmière en gestion, en recherche, en formation et en clinique.[86] Néanmoins, ces modèles sont la plupart du temps axés sur la personne et sa famille[87] en abordant différentes perspectives relationnelles, fonctionnelles ou adaptatives des concepts centraux de la discipline de Fawcett[88] que sont le soin, la personne, l'environnement et la santé.

Adam[87 p73] souligne que,

les modèles conceptuels pour la profession d'infirmière fournissent tous, comme deuxième élément, un terme descriptif pour la personne qu'est le client de l'infirmière. Ce qui est conceptualisé, c'est la personne en tant que client de l'infirmière. Les auteurs des modèles indiquent que ce client peut être une personne, une famille ou un groupe. Plusieurs infirmières considèrent cependant que le terme descriptif ne convient qu'à un client-individu.

Bien qu'un effort d'élargir le concept de personne à la communauté, voir au groupe soit présent, il est de notre avis que les modèles demeurent limitant au niveau conceptuel quand on aborde les questions de pouvoir, de gestion de masses ou de politiques.

Les débats actuels en sciences infirmières s'axent autour de l'identité de l'infirmière : sommes-nous infirmières ou médiologues de la santé,[89] sommes-nous une profession, une science ou une discipline, construisons-nous une science infirmière ou une science de l'écologie de la santé humaine personnelle et familiale?[90] Bien que nécessaires, ces questions nous détournent de l'essentiel : la pratique quotidienne des infirmières qui est riche et diversifiée, mais contextualisée, enculturée et donc hautement politique, produisant des effets sur notre société.

Il existe une vision hégémonique de l'infirmière au chevet du patient qui dispense un soin holistique à la personne et à sa famille empreint de professionnalisme. La science infirmière étant définie par Donaldson[90 p16] « comme la science de l'écologie de la santé humaine personnelle et familiale. (...) La science infirmière a toujours considéré la famille comme

faisant partie de l'environnement social dans l'étude de la santé humaine et personnelle de celle d'autres groupes comme la communauté. Une telle perspective se distingue de celle de la santé publique qui se préoccupe de l'écologie de la santé des populations ayant les mêmes maladies, pathologies ou risques de maladies ou de blessures sans nécessairement tenir compte des relations personnelles dans ce groupe. Selon nous, cette approche est une forme de méconnaissance de la présence des infirmières qui dispensent des soins à la population en santé publique depuis l'avènement du courant hygiéniste, sans nécessairement constituer des soins locaux à la communauté dans une perspective relationnelle. D'après Colin et Rocheleau,[91] cette présence des infirmières en santé publique s'élèverait à 10% de leur nombre total au Québec. La présence d'infirmières en santé publique dispensant des soins de protection (sécurité) et de prévention des maladies infectieuses dans une perspective d'analyse et de gestion des risques biologiques, constitue une autre dimension du soin infirmier qui demeure occultée, marginalisée de par son invisibilité patente dans les théories et conceptions en science infirmière explorées jusqu'à présent.[92-4] Cette invisibilité trouve sa source également dans l'absence de formation de base en santé publique pour les infirmières, même si les infirmières jouent un rôle central dans ce domaine.[91] Les grands enjeux en santé publique face aux maladies infectieuses et aux risques pandémiques demeurent occultés par les carcans théoriques, conceptuels et académiques en science infirmière qui constituent autant de filtres pour les infirmières. Certaines conceptions infirmières mettent en avant l'impératif moral que présente le caring sous forme d'idéal, d'attributs ou de façon d'être[95-7] plutôt que d'ancrer la pratique dans un contexte tenant compte des enjeux actuels de mondialisation, d'intensification des échanges, de changements climatiques[98] de menaces et de risques pandémiques construits. Ces idéaux moraux constituent sans doute notre héritage clérical, pastoral qui permet de jeter un regard sur le passé religieux des infirmières qui devaient démontrer dévouement et don de soi[73] actualisé dans le discours de l'école du caring, mais qui occulte les enjeux sociopolitiques reliés à la pratique infirmière.

En sciences infirmières, certaines théoriciennes distinguent les théories infirmières des théories empruntées à d'autres disciplines.[48,92] Certaines affirment que si les infirmières continuent d'observer le comportement à partir d'une perspective sociologique, anthropologique, ou psychologique, nous servirons la cause de la science, mais pas nécessairement la cause du nursing.[99] D'autres renchérissent en affirmant que de « continuer à utiliser

des théories empruntées peut retarder le développement de la connaissance infirmière ». [100 p 158] Malgré tout, les théories dites « empruntées » à la philosophie comme celle de Michel Foucault par exemple, servent également à souligner le manque de développement théorique quant aux aspects politiques et aux notions de pouvoir reliés aux soins infirmiers.

Parallèlement à ces conceptions infirmières orientées sur les concepts centraux, une propension à développer des lignes directrices normatives que sont les nursing best practice guidelines (NBPG) fondées sur des données probantes (evidence based nursing) s'est largement développé au Canada tel que certains auteurs le soulignent. [101,102] Dans un contexte de pénurie de professionnels de la santé, ces normes, jumelées avec les idéaux propres aux conceptions infirmières telles que le caring, placent l'infirmière dans une situation intenable. « La souffrance surgit lorsque l'infirmière n'est plus en mesure d'accomplir son travail selon son idéal moral ». [103 39] Holmes et collègues [101 394] soulignent d'ailleurs que le mouvement NBPG « est basé sur l'illusion d'une vérité scientifique et la promesse d'un soin éthique qui ne peut être délivré en réalité » (trad. libre). Ce mouvement associé aux modèles conceptuels présentant des idéaux inaccessibles par nature, alimente le dispositif disciplinaire dont parle Foucault en normes, en examen et en récompense lorsque l'on tend vers la norme en devenant un champion dans l'application des NBPG. Ces pratiques exemplaires commencent à faire leur apparition au Québec où les soins sont encore largement orientés grâce aux lignes directrices, aux protocoles et aux plans d'urgence en matière infectieuse. Les normes morales soulignant la responsabilité partagée en matière de risque biologique récemment émises par l'OIIQ [104] renforcent l'idée pour l'infirmière d'assumer une co-responsabilité avec des ressources limitées dans un contexte systémique décrit par Fleury, Tremblay, Nguyen, Bordeleau [105] de restrictions budgétaires et de changement lié aux fusions d'établissements. Ces normes morales font partie des mécanismes de pouvoir où l'infirmière régule les corps et est régulée à son tour. Dès lors, bien que les conceptions infirmières possèdent une capacité de subjectivation importante, celles-ci ont également pour effet d'encarner les infirmières dans un régime de vérité axé sur la personne, la santé, l'environnement et le soin laissant peu de place aux aspects critiques sociopolitiques.

Pertinence de la perspective foucauldienne face aux enjeux de la sécurité du vivant

Foucault démontre combien notre société contemporaine est une société où les dispositifs de sécurité sont dominants [57]

après avoir largement décrit une société disciplinaire. [25] Néanmoins, suite à sa mort, son ami Gilles Deleuze a poursuivi cette réflexion en affirmant que la société du XXI^e siècle en est une de contrôle continu qui a remplacé l'examen propre à la discipline. [106] Il est clair qu'en matière de prévention et contrôle des infections, il s'agit d'une surveillance et d'un contrôle continu de la santé populationnelle. Ceci rejoint l'idée évolutive de Deleuze voulant que tranquillement, la société disciplinaire en soit devenue une de contrôle avec des mécanismes tel que le contrôle des malades potentiels et des sujets à risque. Cela rejoint également les outils de cartographie permettant une analyse structurelle du réseau, stigmatisant les individus et les relations qu'ils entretiennent. Cette conception est donc contemporaine et répond bien aux enjeux de pouvoir que soulèvent le risque biologique et sa construction sociale.

La pensée de Foucault est une boîte à outils pour comprendre les phénomènes de surveillance, de sécurité, de prévention et de contrôle en matière de risques biologiques. Elle est un puissant vecteur permettant de mettre au grand jour les relations de pouvoir souvent implicites qui se dénotent dans le quotidien des infirmières lorsqu'elles prennent soin d'un patient, d'une population, de sa famille. Gastaldo et Holmes [107 p231] soulignent d'ailleurs que,

les soins infirmiers deviennent un événement politique, la connaissance infirmière contribue à la dissémination de régimes de vérités, et les infirmières, au lieu d'être dépourvues de pouvoir, sont perçues comme des professionnelles qui exercent un pouvoir sur la vie dans la société. Une lecture foucauldienne du nursing permet aux infirmières d'avoir une vue interdisciplinaire et critique plus large.

Conclusion

L'utilisation d'une approche foucauldienne en sciences infirmières permet de souligner les notions de surveillance, de sécurité, de gouvernement des corps afin de rendre visible les enjeux de pouvoir qui résident dans les soins à la population en matière de sécurité du vivant.

En sciences infirmières, nous touchons à l'aporie conceptuelle: il nous faudra dépasser l'orientation méta-paradigmatique axée autour de l'interrelation entre les 4 concepts centraux que sont la personne, l'environnement, le soin et la santé qui définissent le champ de la pratique infirmière [86,88] afin de distinguer les aspects sociopolitiques et de pouvoir intriqués dans notre univers. Ce point de disjoncture se fait sentir et tranquillement, les anciens épistémè vont se transformer, laissant des traces dans notre mémoire infirmière tout en créant de nouveaux tenants

compte des réalités contemporaines de la science infirmière en relation avec d'autres sciences dont la philosophie. Ces points de pénétration dans l'articulation de notre pensée, de notre discours infirmier traditionnellement centré sur la personne et sa famille, permettront sans doute d'ouvrir notre discipline à ces notions de surveillance populationnelle et de sécurité afin de ne pas omettre leurs enjeux lorsque l'on aborde le risque biologique.

Bertrand de Jouvenel[108] soutient qu'un mécanisme de pouvoir tend à se renforcer au détriment de la liberté : l'insécurité meut la société peu importe le progrès. Nous vivons dans un contexte d'incertitude qui pousse à agir tel un véritable moteur social[109] alors que nous sommes confrontés aux risques bioterroristes, aux risques biologiques, à leurs pendants formés par la surveillance et la biosécurité. Des questions éthiques et politiques doivent être abordées dans ce contexte où la bio-politique et l'anatomo-politique entrent en jeu.

Une parrhèsia éthique et politique est nécessaire, car les infirmières doivent avoir le courage de la vérité afin de « tenir un discours vrai et sans complaisance »[110 p118] en matière de prévention et contrôle des risques biologiques. « Pour mettre en lumière les rapports de pouvoir, le personnel infirmier doit faire preuve de parrhèsia ».[111 p201] Être consciente de notre rôle comme agent de surveillance est fondamental et permet de limiter la possibilité que ce pouvoir ne produise plus d'effets négatifs que positifs dans une guerre contre les microbes dont nous serions les soldats aveugles.

Références

- 1.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Création de la spécialité en prévention et contrôle des infections. Le Ministre Bolduc donne son appui. Le Journal 2009; 6 : 1.
- 2.David CP, Gagnon B. Repenser le terrorisme : concept, acteurs et réponses. Québec : Presse de l'Université Laval, 2007.
- 3.Campbell A. Report of the SARS Commission: recommandations. Gouvernement du Canada. Volume 1, 2006. Disponible sur <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/16000/268478.pdf>. Consultée le 14 février 2009.
- 4.Naylor D. Les leçons de la crise du SRAS. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, 2003. Disponible sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>. Consulté le 14 février 2009.
- 5.Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009. Gouvernement du Québec, 2006.

6.Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 2006

7.Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistants à la vancomycine (ERV) : septembre 2006 à août 2007. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 2007.

8.Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Surveillance des diarrhées associées au Clostridium Difficile au Québec : bilan du 9 décembre 2007 au 31 mars 2008. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 2008.

9.Fauvel M, Couillard M. Préparation à une pandémie de grippe. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 2006.

10.Organisation mondiale de la santé. Alerte et action au niveau mondial (GAR). Grippe pandémique H1N1. Disponible sur <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/fr/index.html>. Consultée le 20 août 2009.

11.Latour B. Les microbes : guerre et paix des microbes suivi de Irréductions. Paris : Métailié, 1984.

12.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections : une contribution essentielle de l'infirmière. Prise de position sur le rôle et les responsabilités en matière de prévention et de contrôle des infections. Québec, 2009.

13.Ruffié J, Surnia JC. Les épidémies dans l'histoire de l'Homme : essai d'anthropologie médicale. Paris : Flammarion, 1995.

14.Rose L. Health and hygiene. London: Batsford, 1975.

15.Fassin D. L'espace politique de la santé. Paris: PUF, 1996;231.

16.O'Byrne P. The dissection of risk : a conceptual analysis. Nursing Inquiry, 2008; 15: 30-39.

17.Lupton D. Risk. London : Routledge, 1999.

18.Institut national de santé publique du Québec. Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de

- santé publique du Québec. Abrégé. Gouvernement du Québec, 2008; 5.
- 19.Thompson PB. The philosophical foundations of risk. *Southern Journal of Philosophy*,1986; 24 :2, 273-286.
- 20.Denzin N., Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative research: 3d ed.* Thousand Oaks: Sage, 2005.
- 21.Hegelund A. Objectivity and subjectivity in ethnographic method. *Qualitative Health Research*, 2005; 15: 647-668.
- 22.Merlin M. Risque biologique- Complexité et intrication de ses composantes. In: Curé, M. *Le risque biologique*. Paris: Masson, 2004; 3.
- 23.Curé M. *Le risque biologique*. Paris: Masson, 2004.
- 24.Lacoursière J. *Histoire populaire du Québec : Des origines à 1791*. Québec : Ed. du Spententrion,1996; 359.
- 25.Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 1975.
- 26.Bartlett J. Unless thou quickly change : environmental catastrophe in the poems of Michael Wigglesworth- A transhistorical Reading. *Rhetoric's of Plague: a Symposium*. 27 février 2009.
- 27.Biddick K. The Plague of the Sovereigns and the Return of the Leviathan. *Rhetoric's of Plague: a Symposium*. 27 février 2009.
- 28.O'Byrne P, Holmes D. The micro-fascism of Plato's good citizen: producing (dis)order through the construction of risk. *Nursing philosophy*, 2007; 8: 92-101.
- 29.Beck U. *La société du risque : sur la voie de la modernité*. Champs Essais. Paris : Flammarion, 1986.
- 30.Tulloch J, Lupton D. *Risk and everyday life*. London : Sage, 2003.
- 31.Ewald F. *L'État providence*. Paris : Grasset, 1986.
- 32.Dean M. Risk, calculable and incalculable. In : Lupton D. *Risk and sociocultural theory : new directions and perspectives*. Cambridge : Cambridge University Press, 1999; 132.
- 33.Barry AM, Yuill C. *Understanding the sociology of health, second edition*. London : Sage, 2008.
- 34.Castel R. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Éd. De Minuit, 1981.
- 35.Institut national de santé publique du Québec. SERTIH. Disponible sur <http://www.inspq.qc.ca/asp/fr/sertih.aspx?sortcode=1.52.54.57>. Consulté le 15 mars 2009.
- 36.Rodhain F, Saluzzo JF. *Grippe, rage, méningite, sras... le mystère des épidémies*. Paris : Ed. Pasteur, 2005.
- 37.Levy BS, Sidel VW. *Terrorism and Public Health: a Balanced Approach to Strenghtening Systems and Protecting People*. Oxford : Oxford University Press, 2003.
- 38.McGlown KJ. *Terrorism and disaster management: preparing healthcare leaders for the new reality*. Chicago: ACHE, 2004.
- 39.Gilman E. *The subject of the plague. Rhetoric of plague : a symposium*. Texte rhétotypé, 2009.
- 40.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière. Prise de position*. Québec, 2007.
- 41.Moreco LB. *Silence on vaccine*. Documentaire de l'Office national du film du Canada, 2009.
- 42.Guénette AA. VPH : Un automne piquant. *Gazette des femmes*, 2009; Nov.-déc : 14-16.
- 43.Lemire S. Vaccin féminin pour porteurs mixtes. *Gazette des femmes*, 2009; Mars-avril : 4.
- 44.Plotkin SA. *Mass vaccination : Global Aspects – Progress and Obstacles*. Springer: Leipzig : Springer, 2006.
- 45.Roy Holmes D, Perron A. In : Dallaire, C. *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaetan Morin, 2008.
- 46.Organisation internationale pour les migrations. *L'OIM répond à l'épidémie de choléra aux frontières*, 2008. Disponible sur <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pbnAF/cache/offonce/lang/fr?entryId=20589>. Consulté le 10 mars 2009.
- 47.Denzin NK, Lincoln YS. *The landscape of qualitative research: theories and issues*. London: Sage, 2003.
- 48.Rodgers BL. *Developing Nursing Knowledge : philosophical traditions and influences*. Philadelphia : Lippincott W.W., 2005.
- 49.Otero M. Présentation. Michel Foucault : classique inclassable. *Sociologies et sociétés*, 2006, 38 :2; 49-72.
- 50.Deleuze G. *Foucault*. Paris : Ed. De Minuit, 1986.
- 51.Foucault M. *Dits et écrits*. T.I. Paris: Gallimard, 2001.
- 52.Foucault M. *Dits et écrits*. T.II. Paris: Gallimard, 2001.
- 53.Machiavel N. *Le Prince*. Paris : Livre de Poche, 1983.
- 54.Orwell G. 1984. Trad. Française. Paris : Folio, 1950.
- 55.Dreyfus HL, Rabinow P. *Michel Foucault: beyond*

- structuralism and hermeneutics. Chicago: University Press of Chicago, 1982.
- 56.Foucault M. In : Fassin D. Memmi D. Le gouvernement des corps. Paris : Ed. EHSS, 2004.
- 57.Foucault M. Sécurité, territoire, population. Paris : Gallimard, 2004.
- 58.Morin A. Constitution, fédéralisme et droits fondamentaux. Montréal : Ed. LexisNexis, 2008.
- 59.Loi sur les mesures d'urgence. Chapitre 22, 4ème suppl. Gouvernement du Canada, 1985.
- 60.Loi canadienne sur la santé. Gouvernement du Canada, 1984.
- 61.Loi sur la santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 2001. Disponible sur http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html. Consulté 8 mars 2009.
- 62.Loi sur la santé et les services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. Disponible sur http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html. Consulté le 8 mars 2009.
- 63.Le Droit. SRAS : 30 infirmières infectées poursuivent les gouvernements. Ottawa-Gatineau. 26 mars 2004.
- 64.Perron A, Fluet C. Holmes D. Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of advanced Nursing*, 2005, 50: 536- 544.
- 65.Cheek J, Rudge T. The Panopticon re-visited?: an exploration of the social and political dimensions of contemporary health care and nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 1994; 31 :6, 583-591.
- 66.Bentham J. Panopticon; or the Inspection-House. USA : Dodo Press, 1787.
- 67.Brunon-Ernst A. Le panoptique des pauvres : Jeremy Bentham et la réforme de l'assistance en Angleterre. Paris : Presses Sorbonne, 2007.
- 68.Otero M. La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure. *Sociologies et sociétés*, 2006, 38 :2; 49-72.
- 69.Bédard L, Latreille J. Les MAD0 : Détecter, agir, prévenir. Rôle des infirmières en santé publique dans le domaine des maladies infectieuses. *Perspective Infirmière*, 2009; 6 :2. 22-30.
- 70.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Avec le PTI : un tournant majeur pour la pratique infirmière. *Le Journal*, 2009; 6 :2. 1-3.
- 71.Firer-Blaess M. Wikipédia, modèle pour une société hyperpanoptique. *Homo numéricus*, 2007. Disponible sur <http://www.homo-numericus.net/article275.html>. Consulté le 7 mars 2009.
- 72.Fraser N. Michel Foucault : a young conservative? *Ethics*, 1985; 96: 165-184.
- 73.Cohen Y, Pepin J. Lamontagne E. Duquette A. Les sciences infirmières : genèse d'une discipline. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2002.
- 74.Corley MC, Goren S. The dark side of Nursing: Impact of stigmatizing responses on patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1998; 12: 99-117.
- 75.Fassin D. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, 2006; 38: 35-48.
- 76.Association médicale canadienne. Les soins en période de crise : les obligations éthiques des médecins et de la société durant une pandémie, 2008.
- 77.Gagnon ML, Holmes D. Governing Masses : routine HIV testing as Counteroffensive in the War Against HIV-AIDS. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2008.
- 78.Thacker E. Biological Sovereignty. *PLI: The Warwick Journal of Philosophy*, 2006; 17: 1-21.
- 79.Luke DA, Harris JK. Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*, 2007; 28: 68-93.
- 80.Bearman PS, Moody J, Stovel K. Chains of affection: The Structure of Adolescent Romantic and Sexual Networks. *American Journal of Sociology*, 2004; 110:44-91.
- 81.Organisation mondiale de la Santé. Priorités de recherche sur le patient safety et la safety culture. Disponible sur http://www.who.int/patientsafety/research/activities/priority_setting/en/index.html. Consulté le 15 février 2009.
- 82.Schatzman L. 1991 In : Rodgers B.L. Knafk K. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. Second Ed. Philadelphia : Saunders, 2000.
- 83.Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique. Protocole de Carthagène. Montréal, 2000. Disponible sur <http://www.cbd.int/doc/legal/cartagena-protocol-fr.pdf>. Consulté le 20 août 2009.

- 84.Deziel PL. La naissance de la biosécurité. CAIRN, 2008; 4 : 77-93.
- 85.Nies MA. McEwen M. Community/Public Health Nursing. USA: Saunders Elsevier, 2007.
- 86.Kérouac S. Pepin J. Ducharme F. Major F. La pensée infirmière : 2ème édition. Montréal : Beauchemin, 2003.
- 87.Adam E. Être infirmière : 3ème éd. Montréal : Études Vivantes, 1991.
- 88.Fawcett J. The metaparadigm of Nursing : present status and future refinements. Image : The Journal of Nursing Scholarship, 1984, 16: 84-89.
- 89.Nadot M. In : Dallaire C. Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Montréal : Gaetan Morin, 2008.
- 90.Donaldson N. In : Dallaire C. Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Montréal : Gaetan Morin, 2008.
- 91.Colin C. Rocheleau L. Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et... méconnue. Santé publique, 2004; 16: 263-272.
- 92.Meleis AI. Theoretical nursing : development and progress. 4th ed. Philadelphie : LWW, 2007.
- 93.Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. St-Louis: Mosby Elsevier, 2006.
- 94.Dallaire C. Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Montréal : Gaetan Morin, 2008.
- 95.Watson J. Postmodern nursing and beyond. St-Louis: Churchill Livingstone, 1999.
- 96.Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A.Davis, 2005.
- 97.Roach MS. Caring, the human mode of being. Second edition. Ottawa: CHA Press, 2002.
- 98.Andrews GJ. Global climate change: a framework for nursing action. Aporia, 2009; 1: 22-29.
- 99.Johnson DE. In : Meleis, A.I. Theoretical nursing : development and progress. 4th ed. Philadelphie : LWW, 2007.
- 100.Walker et Alligood. In : Meleis, A.I. Theoretical nursing: development and progress. 4th ed. Philadelphie : LWW, 2007.
- 101.Holmes D, Murray SJ, Perron A, McCabe J. Nursing Best Practice Guidelines: reflecting on the obscene rise of the void. Journal of nursing management, 2008; 16: 394-403
- 102.Holmes D, Murray SJ, Perron A, Rail G. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences : truth, power and fascism. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2006; 4. 180-186.
- 103.Bougie M, Cara C. Temps supplémentaire obligatoire. Perspective infirmière, 2008; 5 :32-40.
- 104.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections : une contribution essentielle de l'infirmière. Prise de position sur le rôle et les responsabilités en matière de prévention et de contrôle des infections. Québec, 2009.
- 105.Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. Le système sociosanitaire au Québec. Montréal : Gaëtan-Morin, 2007.
- 106.Deleuze G. Postscripts on the societies of control. In Pourparlers. Paris : Ed. De Minuit, 1990.
- 107.Gastaldo D, Holmes D. Foucault and nursing: a history of the present. Nursing Inquiry, 1999; 6: 231-240.
- 108.De Jouvenel B. Du pouvoir. Paris : Gallimard, 2006.
- 109.Leibing A. Tense prescriptions? Alzheimer medications and the anthropology of uncertainty. Transcultural Psychiatry 2009; 46:180-206.
- 110.Gros F. Michel Foucault. Paris : PUF, 1996.
- 111.Holmes D, Perron, A. Les groupes vulnérables. In Carroll, D. Pratiques en santé communautaire. Montréal : Chenelière Éducation, 2006.

Remerciements:

L'auteure remercie la Dr Annette Leibing et le Dr Dave Holmes pour leurs précieux conseils. L'auteure remercie aussi le Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport du Québec ainsi que l'Université de Montréal pour l'octroi d'une bourse d'étude qui a permis la rédaction de cet article.

Pour contacter l'auteure:

*Laurence Bernard, inf. M.Sc.,
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
2375, chemin Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1A8
Canada
Courriel: laurence.bernard@umontreal.ca*