

# APO<sup>R</sup>RIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

# Sommaire/Content

2017: Vol.9, Numéro 2/Vol.9, Issue 2

Éditorial/Editorial

6

## ARTICLE 1

PJ KROL & S BOISVERT  
PHILOSOPHIE, MÉTHODE DIALECTIQUE, ET THÉORIE CRITIQUE :  
DES FONDEMENTS À L'ÉMANCIPATION

14

## ARTICLE 2

P PARISEAU-LEGAULT  
VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES DIMENSIONS  
MÉDICO-LÉGALES DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE :  
UNE RÉFLEXION SUR LA PERTINENCE DE L'ANALYSE SOCIOJURIDIQUE

Commentary 26

Dans une série documentaire diffusée au Québec en 2014 consacrée à l'évolution du travail des infirmières, celles-ci étaient présentées comme des « anges du soin ». Au cours des trois épisodes de cette série, plusieurs grandes figures actuelles de la profession infirmière au Québec sont intervenues pour corroborer cette vision de la profession. Il semble en effet bien établi que l'image des infirmières s'accorde à une telle représentation car les travaux de recherches historiques, hormis quelques exceptions, tendent à la perpétuer. Définitivement centrée sur l'évolution et les progrès réalisés par les infirmières, ces approches jugées comme étant fondatrices de la profession et de la discipline infirmières ont cependant été historiquement dénuées de tout contenu politique.

En fait, toute une partie de l'histoire des soins infirmiers s'est fortement appuyée sur ces apports et ces enjeux, formant même un véritable refuge pour une histoire évolutive et progressive qui met en exergue et, dans certains cas, mythifie le rôle des pionnières et des intellectuelles infirmières. Lorsque, dans les analyses des historiens qui restent attachés à l'histoire traditionnelle, font irruption des actes spécifiques qui semblent toucher le politique, les historiens ne les soulignent pas, ne les interrogent pas ou les commentent à peine. L'histoire des soins infirmiers apparaît alors comme une suite d'évènements faite d'une série d'acteurs qui se succèdent et qui contribuent à assurer l'évolution de la profession ou de la discipline. Il est à ce sujet utile de souligner l'importance de la charge historique à laquelle se rattache la profession infirmière. Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la forte contribution de Florence Nightingale a potentialisé, d'une part, l'image d'obéissance des infirmières à l'égard de l'autorité médicale et leur devoir de dévouement maternel sans bornes envers les patients et, d'autre part, l'émergence d'une formation infirmière structurée et formelle. L'apport de Nightingale est typiquement positionné comme étant l'agent causal d'apparition de la *profession* et la mise à l'écart du *métier* d'infirmière.[1] La plupart des historiens, sinon tous, ont embrassé la « vision Nightingale ».

Ce système qui requiert une formation pratique et scientifique sera reconnu plus tard comme le socle de la « scientification » des soins infirmiers. Déployée stratégiquement dans les discours, la science a contribué à créer une impression de progrès ou d'évolution « naturels » des soins infirmiers. Par ailleurs, ce que les historiens ont tendance à écarter de leurs analyses c'est qu'elle

a aussi permis de doter la discipline d'outils favorisant la consolidation et la cristallisation de l'influence des infirmières au regard des visées étatiques en matière de santé. En effet, si le nursing a promulgué la convergence de discours, d'efforts, d'idées et de pratiques sur la nécessité des savoirs scientifiques infirmiers, il est aussi le produit de cette convergence. Car, en détenant un savoir scientifique, en participant à la protection des conditions de santé de la population et, par là, à l'amélioration des conditions sociales et économiques, les infirmières peuvent gouverner non seulement les citoyens dans leur individualité propre, mais elles participent aussi à la régulation de la population dans son ensemble. Pourquoi cela fonctionne-t-il? Par l'effet d'une imposition brutale, contraignante? Certainement pas. Mais plutôt par le rôle de l'infirmière en tant que conseillère précieuse et efficace pour le client/famille quant aux soins sanitaires aux malades à l'hôpital et à domicile; par l'enseignement sanitaire des familles et par l'accent mis sur la norme préservatrice, moralisatrice plutôt que la sanction destructrice. De tels procédés de pouvoir fonctionnent non pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation et non pas au châtement mais au contrôle.

Ces procédés qui amènent l'individu à agir dans l'intérêt du maintien de l'ordre établi servent ainsi de fondements au « bio-pouvoir » dans le domaine des soins infirmiers.[2] L'extension de la formation scientifique des infirmières doit être comprise non pas simplement comme l'aboutissement logique du triomphe de la science et de la modernité, mais comme le résultat stratégique de tactiques, de procédures qui permettent de gouverner la population afin de la rendre en santé, prospère, productive et aussi performante que possible. Les infirmières exercent ainsi un rôle politique considérable : les soins infirmiers se positionnent comme une pratique sociale indispensable et comme un projet politique en matière de gestion et de normalisation de la population.

L'analyse de l'histoire des infirmières peut donc se lire et se faire autrement. Il s'agit, par exemple, de remettre en question les thèses historiques couramment acceptées et de dégager le rôle politique des infirmières de l'histoire des soins infirmiers. Les approches traditionnelles en histoire des soins infirmiers ne fournissent pas suffisamment d'outils pour appréhender la complexité du processus de pouvoir, de savoir, et du gouvernement des individus au sein de la discipline. Pire encore, certaines évitent même sciemment tout recadrage politique d'évènements au nom d'une supposée objectivité et neutralité des analyses. Diversifier la façon dont nous concevons l'histoire des soins infirmiers contemporains, aller au-delà des idées reçues, et envisager d'autres manières de positionner la pratique des infirmières dans le milieu de la santé contribuent à libérer la discipline du carcan « traditionnel » et offrent la possibilité d'apprécier pleinement la nature politique des savoirs, des pratiques et le pouvoir des infirmières.

Une telle perspective comporte des avantages pour la discipline infirmière. Au-delà de la domination dans la formation des infirmières au Canada de l'apport de Florence Nightingale ou, par exemple, de la conception des soins humanistes de la théoricienne infirmière Jean Watson (pour qui la relation infirmière/client doit s'appuyer sur des sentiments humains à travers une relation thérapeutique co-participative),[3] des approches basées sur des notions telles que celles élaborées par Michel Foucault permettent une reconsidération de la formation des infirmières. De telles approches apparaissent comme des outils utiles non seulement pour le renouvellement de la recherche en histoire des soins infirmiers mais également pour l'analyse des fondements épistémologiques de la discipline infirmière et l'avancement des savoirs infirmiers. Elles offrent ainsi l'opportunité, d'une part, de démystifier le politique et de souligner le rôle politique que les infirmières ont toujours joué dans le milieu de la santé et, d'autre part, de montrer l'insuffisance des théories et modèles conceptuels couramment utilisés dans la formation et la recherche en sciences infirmières et des méthodes historiques traditionnelles (en histoire des soins infirmiers). Il s'agit également d'attirer l'attention des milieux académiques, des ordres provinciaux et de tous ceux impliqués dans la formation des infirmières à considérer que le fait d'exposer et de donner aux étudiants en sciences infirmières la possibilité d'explorer d'autres angles d'analyses permettant de mieux saisir les enjeux politiques, sociaux et historiques affectant la formation et la pratique infirmières leur ouvriront plus facilement le chemin de l'arène politique. Ceci peut amener les leaders en sciences infirmières à concevoir la profession comme politique et à repenser leur rôle et leurs responsabilités dans la création de programmes et de cursus de cours afin de former des infirmières conséquentes capables de reconnaître leur rôle comme agent social et politique.

Evy Nazon, inf. PhD

Université du Québec en Outaouais  
Département des sciences infirmières

## References

1. Attewell A. Florence Nightingale's relevance to nurses. *Journal of Holistic Nursing* 2010, 28(1): 101-6.
2. Foucault, M. *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir*. Paris : Éditions Gallimard, 1976.
3. Watson J. *Human science and human care, a theory of nursing*. Norwalk: Appelton-century-Croft, 1985.

**Résumé**

À l’instar de l’investigation scientifique, la philosophie ne dépend pas d’une méthodologie stricte qui demande des manipulations complexes ou des expérimentations onéreuses. Au contraire, elle repose sur une démarche intellectuelle à visée exhaustive, fondée dans les capacités de réflexion et de synthèse de l’esprit humain. Or, la dialectique est une méthode philosophique qui réfère à un processus structuré de réflexion pouvant contribuer au développement des connaissances de maintes disciplines. Plus spécifiquement, la dialectique critique est fortement inspirée par les valeurs de la justice sociale et d’émancipation. Par conséquent, celle-ci suscite un intérêt au sein des disciplines de la santé humaine de par la place qu’elle entretient avec les possibilités de libération et d’émancipation des personnes opprimées. Dans cet article, nous expliquons d’abord certains fondements ontologiques et épistémologiques de cette méthode. Enfin, nous présentons la dialectique critique en tant que devis de recherche philosophique pouvant contribuer au développement des connaissances, à la praxis et à l’émancipation.

**Mots-clés** dialectique, émancipation, philosophie, recherche, théorie critique

## Philosophie, méthode dialectique et théorie critique : des fondements à l’émancipation

**PAWEL J. KROL & SOPHIE BOISVERT**

**Introduction**

La science moderne – et sa démarche scientifique – est utile à bien des égards, mais à elle seule, elle ne peut expliquer tous les phénomènes qui composent les mondes des disciplines s’intéressant à la santé humaine.[1] À cet effet, Kikuchi ajoute qu’une méthode d’investigation peut être jugée appropriée pour expliquer un phénomène et plus qu’incohérente pour en aborder un autre.[1] En effet, certains concepts ou phénomènes comme la « distance relationnelle », l’« acharnement thérapeutique », la « haine » ou l’« espoir » peuvent difficilement être étudiés – et surtout

expliqués – par des méthodes strictement empiriques. Les chercheurs doivent donc avoir recours à d’autres méthodes, tels que l’herméneutique ou la dialectique. Lorsque l’on veut développer des connaissances sur un phénomène complexe qui ne convient pas aux approches empiriques classiques (mesure, entrevues, observation [...]), il est possible de proposer, dans le cas d’une étude philosophique dialectique, une thèse et de tenter de l’infirmier. Nous présentons ici une introduction aux méthodes de la philosophie et développons plus spécifiquement sur les fondements ontologiques et épistémologiques de la dialectique critique. Enfin, nous exposons la méthode en soi, qui s’inspire principalement de la dialectique aristotélicienne et hégélienne.

**La Philosophie**

La philosophie constitue une étude réflexive et critique visant à dissenter sur l’origine des connaissances, sur les principes et valeurs de la certitude et ce, en tentant d’analyser, d’expliquer ou de formuler une certaine compréhension de la « logique » ou du « sens » des sciences

et de l'éthique, entre autres.[2] Et, là où la science cherche à répondre aux questions empiriquement « observables », certaines branches de la philosophie s'intéressent aux aspects « immatériels » et non empiriquement observables.[3] En ce sens, la philosophie ne recourt pas aux méthodes expérimentales des sciences, mais nécessite davantage un travail critique et de théorisation, qui explore des questions auxquelles la science ne peut adéquatement répondre.[4] Ces questions, souvent de nature ontologique, épistémologique ou éthique, s'intéressent à des concepts et phénomènes fondamentaux de diverses disciplines.[2,3,5]

### *Les approches analytiques*

Les buts et fondements de la philosophie sont divers et cet article ne prétend aucunement les traiter de manière exhaustive. Par exemple, les études philosophiques analytiques visent à développer des connaissances en termes de vérités probables sur des réalités jugées objectives et indépendantes et ce, selon des paramètres de rigueur spécifiques, d'opérations booléennes et logiques – testables en référence à certaines évidences, sujets à la critique, corrigibles, rectifiables et falsifiables. Les approches de Carnap ou de Popper en constituent des exemples.[4] Pseut et Johnson définissent trois approches qu'elles jugent pertinentes au développement des connaissances pour les disciplines de la santé : a) l'approche *spéculative* ; b) l'approche *normative* ; et c) l'approche *logique*. [3] L'approche *spéculative* vise à développer des connaissances ce qui est inaccessible à l'expérience tangible par opposition aux phénomènes de la Nature. Elle fonde son épistémologie sur l'étonnement, l'émerveillement et la sagesse. L'approche *normative*, quant à elle, consiste en l'argumentation *face* – en comparaison – à une norme ; elle vise principalement à suivre les lois du bien, du bon et du beau, en focalisant sur des retombées morales et vertueuses. Enfin, l'approche *logique* se fonde sur une épistémologie animée par le raisonnement logique (rationnel, méthodologique et structuré), par les fonctions de la raison et la rigueur de sa méthodologie à l'aide de théories, de fonctions, de processus de falsification, de lois et de preuves. Son but consiste à conceptualiser et à juger : décrire, formuler et exposer les résultats de ses réflexions.

Par ailleurs, une majorité de « *données philosophiques* » relèvent principalement d'idées, d'affirmations ou de la rhétorique issue de textes empiriques, théoriques ou philosophiques.[3] De même, l'investigation philosophique ne recourt pas nécessairement sur une (des) méthode stricte d'investigation empirique qui exige une « *collecte de*

*données sur le terrain* ». Elle ne dépend pas d'instruments de mesure calibrés, de questionnaires validés, de statistiques descriptives ou inférentielles, ni d'entreprise mathématique ou expérimentale employée communément par l'épistémologie scientifique. En effet, la « *méthode* » philosophique est davantage de l'ordre d'une démarche d'investigation intellectuelle – de l'esprit – reposant principalement sur la capacité et la profondeur d'analyse et de synthèse inscrite dans les processus de réflexion.[2,3]

### *Philosophie continentale et théorie critique*

Les études philosophiques inspirées par la tradition continentale et la théorie critique visent plus spécifiquement à problématiser les phénomènes et les concepts propres aux enjeux de l'existence humaine dans le monde – la société moderne. La philosophie continentale vise à révéler des conventions cachées, exposer les *allants de soi* et leurs distorsions potentielles ; clarifier des visions du monde et de paradigmes ou argumenter/ratifier des positions idéologiques.[6,7] Les études en théorie critique tâchent également à remettre en question – à *déconstruire* – certains dogmes scientifiques, technologiques ou idéologiques, de même que les valeurs et les croyances dominantes des sociétés, cultures ou religions, les modes, les icônes et les symboles sociaux ou spirituels.

Par ailleurs, les écrits montrent que la dialectique est aussi employée en tant que cadre théorique. À cet effet, deux théories ont été repérées dans la littérature empirique : la théorie dialectique relationnelle ainsi que la théorie pragma-dialectique de l'argumentation.[8,9,10] La théorie dialectique relationnelle constitue, par exemple, un cadre théorique qui peut servir à explorer les contradictions de communication entre les professionnels et les patients.[8] Cette théorie permet aussi d'interpréter le sens dissimulé dans les histoires personnelles de soins qui comportent des conflits.[9] Pour sa part, la théorie pragma-dialectique de l'argumentation vise plutôt à étudier le discours argumentatif dans le cadre d'une rhétorique visant essentiellement à résoudre une différence d'opinions et d'arguments – cette théorie favorise la discussion dirigée pour résoudre les conflits d'opinion.[10]

Tel que le décrivent Lincoln, Lynham et Guba [11], Chinn et Kramer [12] ou Schwandt [13], conduire de la théorie critique en sciences humaines ou de la santé consiste en l'examen des conditions structurelles de l'existante humaine et de la production subséquente de connaissances pouvant émanciper les personnes opprimées et améliorer leurs conditions de vie. En effet, Habermas affirme que l'ordre

social moderne nie insidieusement et efface inéluctablement les riches expériences humaines. À cet effet, et faisant écho à de nombreux philosophes qui l'ont précédé, il propose une démarche dialectique qui confronte les idéologies rendant les opprimés impuissants et suggère des actions pour tenter de surmonter les inégalités de pouvoir. Ici, la *praxis* doit être complétée par la fonction critique d'une science pratique et donc humaine.[14] Ainsi, une des méthodes privilégiées par la théorie critique est l'étude philosophique dialectique.[11] Celle-ci est considérée comme une forme particulière de pensée critique qui met l'accent sur l'analyse et la résolution des contradictions.[15]

Le terme « dialectique » est souvent employé pour présenter une relation, une différence ou encore une contradiction entre deux concepts similaires ou complètement opposés, ou encore, pour dialoguer selon des perspectives différentes, avec l'objectif éventuel de les résoudre.[16-33] La dialectique peut être utilisée, entre autres, pour présenter la différence entre deux concepts opposés tels que la « compétence » ou « l'incompétence ».[19] Elle peut aussi servir à montrer la différence entre deux catégories, par exemple la catégorie d'« étranger » et celle de « familier ».[20] Mais surtout, la méthode dialectique représente un processus dialogique en trois étapes successives : « thèse », « antithèse » et « synthèse » dont le but consiste à produire des connaissances et plus spécifiquement, dans les sciences qui étudient l'homme : l'émancipation.[34] Les « thèses » et les « antithèses » dialectiques présentent deux points de vue différents, des contradictions juxtaposées ou des intérêts distincts sur un phénomène.[34]

### *La dialectique critique*

La démarche de dialectique critique, tel qu'ici proposée, est inspirée de certains fondements hégéliens et aristotéliens. Cette dialectique suppose la construction de deux argumentaires opposés – *thèse* et *antithèse* – sur un même thème et l'analyse de leur confrontation par une démarche critique afin d'en dégager une synthèse qui puisse produire une substance et un mouvement – une *praxis* – émancipatoires autant pour la théorie que pour la pratique.[35] Tel que le suggèrent Wake et Malpas, une telle démarche devrait tirer ses fondements épistémiques dans courant poststructuraliste.[36] En ce sens, cette déconstruction des « données » met à l'épreuve les significations, structures, syntaxe, langage et acteurs qui fondent le texte, la rhétorique et les narratifs assujettissants. Ainsi, le texte est continuellement interrogé (disséqué, critiqué, évalué); la déconstruction vise à exposer les sens

et les intérêts dissimulés, à décortiquer les préconceptions, à explorer les a priori modernes, à exposer l'influence de valeurs particulières, et ce, par oppositions successives, voire par la genèse d'une crise ou d'une polémique. Dès lors, ce sont ces oppositions qui alimentent la dialectique entre la *thèse* et l'*antithèse* dialectiques.

La dialectique critique proposée dans cet article s'appuie sur une ontologie poststructuraliste qui conçoit le monde comme un jeu de forces, de domination et de pouvoir, telle que le proposent Lincoln, Lynham et Guba [11]; c'est-à-dire, une perspective qui vise l'interprétation des faits historiques conceptualisée telle un combat pour la force, la structure et la domination. Effectivement, la dialectique critique consiste en la mobilisation de racines et de faits historiques et l'analyse de la dynamique structurelle de leurs phénomènes.[16] Qui plus est, il ne s'agit pas, dans une étude en dialectique critique, de procéder à une entreprise empirique « objective » dénudée de toutes valeurs ou positions politiques ; bien au contraire, le but de la *synthèse* d'une dialectique critique consiste bel et bien à exposer et décrire la structure, le langage et les acteurs en pouvoir de domination et d'oppression. Ainsi, une dialectique critique entre deux formes de pouvoirs en compétition dans un système donné, par exemple, et l'analyse subséquente de la confrontation entre leurs récits contradictoires ou opposés peut constituer la base d'une synthèse qui pourrait aboutir à un processus de *praxis* chez le groupe à émanciper.[37] La construction d'une synthèse vise par le fait même à résoudre les conflits qui en résultent.

À cet effet, trois approches sont possibles pour résoudre lesdits conflits.[34] L'une d'elles est de nommer un expert, un juge ou un arbitre qui prendra seul la décision. Une autre approche consiste à appliquer des méthodes critiques pour tester la qualité des déclarations. Pour ce faire, les déclarations sont comparées avec diverses sources de preuves. Quant à la troisième, elle propose de trouver une solution parmi des propositions plausibles et concurrentes. Les prochains paragraphes exposent la démarche et le devis de la dialectique critique.

### *La dialectique critique : fondements ontologiques et épistémologiques*

Les disciplines de la santé humaine étudient divers concepts et phénomènes complexes qui s'inscrivent dans de riches réalités mouvantes. Nombre de ces concepts, comme l'« espoir », ou phénomènes et questions éthiques ou métaphysiques, ont des assises existentielles, subjectives, morales, culturelles, même spirituelles et sont peu enclins à

l'investigation empirique scientifique per se. C'est pourquoi plusieurs auteurs, cités précédemment, recommandent de se tourner vers des études philosophiques – théorie critique, dialectique, approche normative ou spéculative, parmi bien d'autres – afin de produire des connaissances novatrices et révélatrices qui pourront contribuer à l'émancipation humaine et à la qualité, la cohérence et la pertinence des produits théoriques et des débouchés pratiques ainsi créés.

Plusieurs philosophes ont tracé les grandes lignes de la dialectique : de Platon à Kant, en passant par Aristote et Hegel.[2,6,7,36] Nous retenons cependant, et plus spécifiquement pour exposer la méthode de la dialectique critique, certaines assises aristotéliennes pour nos fondements ontologiques – la substance – et hégéliennes pour nos fondements épistémologiques – la méthode – bien que d'autres agencements soient possibles. Les prochains paragraphes exposent les idées principales des deux philosophes en lien avec la dialectique. D'abord,

Aristote montre de la façon la plus exhaustive comment la méthode qu'il s'apprête à exposer facilitera l'opération propre à la puissance réduite en méthode [...]. Faciliter l'exercice et les entretiens : la méthode n'est donc pas elle-même l'exercice ni l'entretien, puisqu'elle les facilite, puisqu'elle y est utile ; [...] « attaquer autour de ce qu'on propose » et « s'en prendre aux interlocuteurs, non à partir d'impressions étrangères à eux, mais à partir de leurs dires propres, pour faire saillir ce qu'ils ont tout l'air de ne pas dire correctement », ce qui revient purement et simplement à désigner l'opération dialectique elle-même, par sa forme d'abord : l'attaque, un raisonnement, un syllogisme, puis par sa matière et son intention propres : [...] un dire correct, sinon toujours vrai.

Pelletier [38 p100]

Pour Aristote, le fondement ontologique de la dialectique repose sur l'affirmation qu'il y a une nette différence entre ce qui est « *perçu* » du monde et ce qui est « *là* ». [39] Et, puisque les réalités – et leurs ontologies – sont toujours mouvantes, il s'ensuit que les interprétations qui en sont faites sont d'autant plus sujettes à des changements, rectifications et évolutions. Parallèlement, toutes compréhensions et connaissances sont alors assumées comme des apparences au lieu d'être des réalités fixes. Le chercheur n'est pas forcé de découvrir « la Vérité immuable », mais une interprétation – dialectique – d'une certaine vérité relative localement et historiquement interprétée. [39,40] Épistémologiquement, il s'agit de construire un discours itératif entre le « *soi* » qui interprète, et ce qui est « *là* » dans le monde, pour parvenir à une forme de compréhension des phénomènes et concepts étudiés. De même, dans les assises épistémologiques de la dialectique aristotélienne, on admet que l'identification,

la compréhension et l'explication des connexions entre ces spéciations du monde – les concepts – permettent de développer une partie de la compréhension du tout plus grand [38].

Hegel, pour sa part, considère la dialectique comme un processus épistémologique structuré et rigoureux de réflexion – d'étude – qui contribue fondamentalement au développement de la connaissance. Plus spécifiquement, l'approche hégélienne reconnaît l'inséparabilité nécessaire des contradictions entre les concepts (thèse et antithèse dialectique). Sa dialectique vise à découvrir, expliquer et formuler une compréhension de cette union-tension (la nature, les liens) dans une catégorie compréhensive ou explicative supérieure (synthèse dialectique). [2, 41]

Hegel's dialectic is the form of a process of thinking and determining. The task is instead the dynamic production of thinking's own forms, the staging of the process in and through which thinking becomes objective as well as subjective true and meaningful thinking. At stake is a dialectical deduction of logical forms framed, this time, in terms of the process of genesis.

Nuzzo [41 p12]

Somme toute, épistémologiquement, la méthode de dialectique critique que nous proposons dans cet article est d'inspiration principalement hégélienne. [2,39,40] En effet, lorsque l'on veut développer des connaissances sur un phénomène complexe qui ne correspond pas adéquatement ou suffisamment aux approches empiriques des sciences, il est possible de proposer une thèse et de tenter de l'infirmer. En ce sens, la « démarche » dialectique consiste en une mise à l'épreuve des affirmations identifiées par divers moyens de réfutation, en l'exposant à une antithèse dialectique constituée de concepts, d'idées et d'arguments contradictoires – voire diamétralement opposée – visant à évaluer la validité de la thèse dialectique et éventuellement progresser vers une connaissance enrichie par la synthèse dialectique. [4] Ainsi, une attention particulière doit être portée sur les relations internes, parfois sous-entendues, entre les concepts et les propositions étudiées, celles-ci constituant le centre de l'analyse dialectique. La prochaine section de cet article expose la démarche de la dialectique critique en tant que telle.

### *Processus de la dialectique critique*

La dialectique d'inspiration hégélienne consiste en un processus d'écriture philosophique et théorique où certaines propositions choisies avec rigueur sont analysées et étudiées au-delà de leurs singularités localisées, et c'est la synthèse

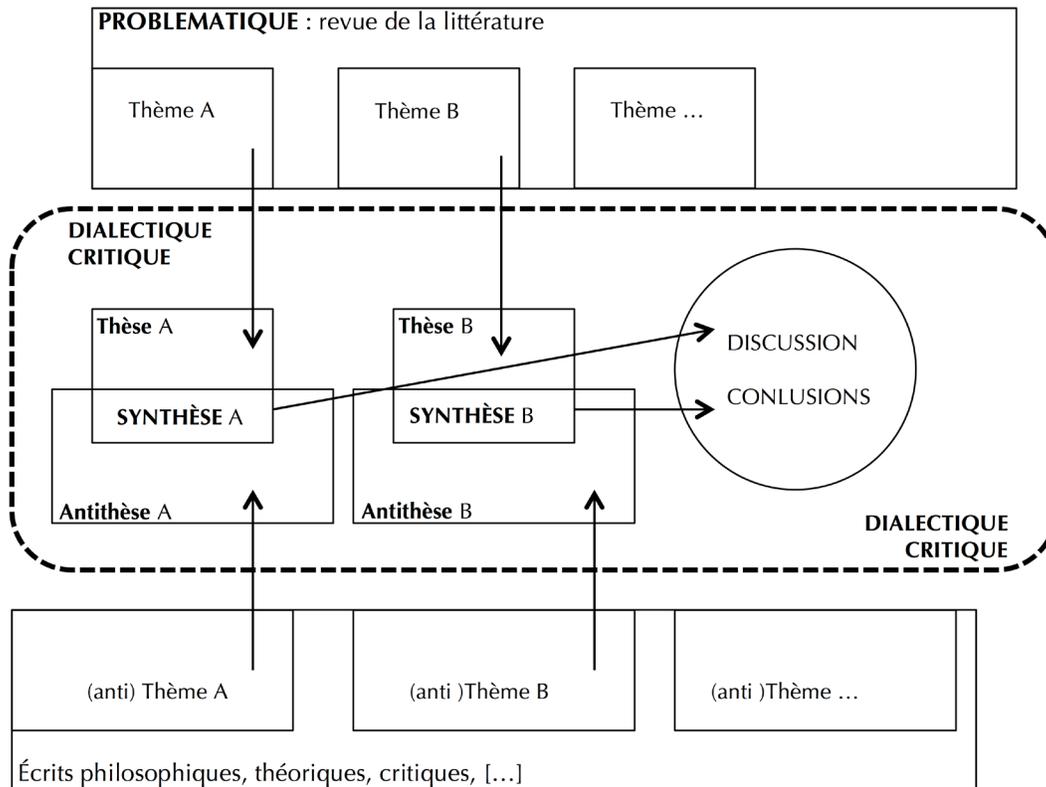


Figure 1. Processus dialectique d'inspiration hégélienne

de ces polarités qui alimente la richesse du processus de la dialectique critique.[34] Ainsi, la première étape d'une dialectique critique consiste, à partir de l'analyse d'un phénomène recensé dans les écrits disciplinaires (en principe : à partir d'une revue exhaustive de littérature), à exposer clairement certains « thèmes », c'est-à-dire, les éléments essentiels qui constituent le phénomène à l'étude et qui serviront de thèse dialectique. Par la suite, le chercheur identifie et intègre un auteur (ou des auteurs dont les arguments convergent) qui discute de thèmes analogues, mais dont la nature et les fondements (arguments ou rhétorique) sont diamétralement opposés.

Un exemple tiré d'une étude sur la « place de l'humanisme » dans les soins infirmiers, dont un des thèmes, à savoir la « nécessité de la métaphysique transcendante », constitue une des thèses de cette dialectique critique, est ici exposée.[43] Ce thème fut extrait de la théorie humaniste de soins infirmiers de Jean Watson.[43]

Conséquemment, le thème de la « volonté-de-puissance », issu des travaux « anti humanistes » de Friedrich Nietzsche[43] fut choisi comme antithèse dialectique. Puis, tel qu'illustré dans le diagramme de la Figure 1, c'est le discours/dialectique itératif entre ces deux extrêmes (thèse et antithèse) et de

multiples nuances et complexités le composant qui ont animé et produit la synthèse dialectique.[43,44,45,46] La synthèse de cette dialectique critique a montré des écueils de cohérence ontologique importants dans la théorie de Jean Watson, réfutant ainsi sa prétention à surpasser les enjeux de déshumanisation de systèmes sanitaires modernes par une pratique du *caring* fondée sur une métaphysique transcendante.

La Figure 1 illustre dans quelle mesure le processus de la dialectique critique est fondamentalement de nature itérative de par ses trois phases successives et interdépendantes (identification et création des (1) thèses, (2) antithèses (thèmes issus de la littérature) et leur (3) synthèse). En effet, inspirée par les fondements hégéliens, la dialectique critique suppose que les réalités construites par ce processus, c'est-à-dire les synthèses, sont cohérentes et se développent quand une phase initiale (un thème de la thèse dialectique) interagit avec une phase qui la contredit (un thème de l'antithèse dialectique), et l'incorpore dans une phase subséquente de la dialectique critique (la synthèse).[2] Ce processus itératif permet éventuellement l'analyse et l'explication de relations internes complexes, subtiles, parfois dissimulées, mais combien révélatrices. Il s'agit donc, pour le chercheur, de

retracer les relations internes complexes et de reconnaître que chacune d'elles (thèse, antithèse) est co-déterminante de l'autre et que les deux partagent éventuellement une seule et même identité plus complexe.[40]

Enfin, la dialectique critique implique aussi, tout au long de ce processus itératif et constructif, un dialogue complexe et son écriture subséquente, dont les instruments méthodiques visent l'examen philologique et sémantique des mots, la recherche des similitudes et des différences, ainsi que l'exposition et l'analyse des prémisses ontologiques, épistémologiques et éthiques du phénomène étudié.[2] Enfin, l'ensemble de ces dispositions méthodologiques vise à permettre notamment, par la confrontation de points de vue contradictoires, l'élimination d'énoncés abscons, hermétiques, assujettissants, fallacieux ou discriminatoires et de progresser vers l'énonciation d'un certain vrai théorique qui, dans le cas de la dialectique critique, répond aux enjeux et besoins d'émancipation et de liberté.[42]

## Conclusion

Afin de développer pertinemment des connaissances dans un champ disciplinaire spécifique, il est essentiel, dans le processus de dialectique critique, de cibler un point de départ significatif – une orientation précise – pour entreprendre le processus de recherche et l'analyse de relations révélatrices. Il s'agit ainsi d'identifier adéquatement les concepts initiaux à l'étude, puis tracer les connexions entre les relations originellement identifiées et celles que l'on découvrira dans le processus dialectique. Ce faisant, le processus dialectique permettra d'explorer certaines réalités délaissées par les approches empiriques des sciences, soit les mythes, les dogmes, les traditions, les allants de soi, la morale, les valeurs, et de contribuer à générer de nouvelles connaissances pour une praxis infirmière et l'émancipation humaine.[2,11,12]

## Références

- 1.Kikuchi J. Truth in Nursing Inquiry. Thousand Oaks CA: Sage Publications,1996.
- 2.Lalande A. Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie. 18nd éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.
- 3.Pesut B, Johnson J. Reinstating the 'Queen': understanding philosophical inquiry in nursing. Journal of Advanced Nursing 2008; 61(1):115-21.
- 4.Kikuchi J, Simmons H. Philosophic inquiry in nursing. Newbury Park, Calif: SAGE Publications,1992.

- 5.Barnard A. Integrating technology and touch: resolving invented differences. Singapore Nursing Journal 2002; 29(3): 4-5.
- 6.Bronner S. Reclaiming the enlightenment toward a politics of radical engagement. New York: Columbia University Press, 2004.
- 7.Critchley S. Continental philosophy: a very short introduction. Oxford New York: Oxford University Press, 2001.
- 8.Brown D, Oetzel J. Men's use of networks to manage communication tensions related to a potential diagnosis of prostate cancer. European Journal of Oncology Nursing 2016; 20:106-12.
- 9.Hudson N. When Family Narratives Conflict: An Autoethnography of My Mother's Secrets. Journal of Family Communication 2015; 15(2): 113-29.
- 10.Rubinelli S, Labrie N, O'Keefe D. 'What matters to Andrew'. The problem of premissary relevance in automated health advisors. Insights from pragma-dialectics. Patient Education & Counseling 2013; 92(2): 218-22.
- 11.Lincoln YS, Lynham SA, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA : SAGE; 2011. p. 97-128
- 12.Chinn PL, Kramer MK. Knowledge development in nursing: theory and process. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 2015.
- 13.Schwandt, Thomas A. The SAGE dictionary of qualitative inquiry. Los Angeles, California : Sage Publications, 2007.
- 14.Lyckhage E, Pennbrant S. Work-Integrated Learning: A Didactic Tool to Develop Praxis in Nurse Education. Advances in Nursing Science 2014; 37(1): 61-9.
- 15.Chabeli M. Higher order thinking skills competencies required by outcomes-based education from learners. Curationis 2006; 29(3): 78-86.
- 16.Albuquerque L, Gaspar Carvalho C, Apostólico M, Sakata K, Cubas M, Yoshikawa Egry E. Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. Revista Brasileira De Enfermagem 2015; 68(3): 393-400.
- 17.Bech P. Fifty years with the Hamilton scales for anxiety and depression. A tribute to Max Hamilton. Psychotherapy & Psychosomatics 2009; 78(4): 202-11.

18. Berg L, Skott C, Danielson E. An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2006; 20(1): 42-50.
19. Boydell K, Stasiulis E, Greenberg M, Greenberg C, Spiegler B. I'll show them: the social construction of (in)competence in survivors of childhood brain tumors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2008; 25(3): 164-74.
20. Bruno D, Balottin U, Berlincioni V, Moro M, Moro M. Bilingualism, Language Disorders and Intercultural Families in Contemporary Italy: Family Relations, Transmission of Language and Representations of Otherness. *Culture, Medicine & Psychiatry* 2016; 40(1): 12-34.
21. Chan E, Chan K, Liu Y. A triadic interplay between academics, practitioners and students in the nursing theory and practice dialectic. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(5): 1038-49.
22. Dagan E, Goldblatt H. The twilight zone between health and sickness: a qualitative exploration with asymptomatic BRCA1 and 2 mutation carriers. *Women & Health* 2009; 49(4): 263-79.
23. Ellingson L. The performance of dialysis care: routinization and adaptation on the floor. *Health Communication* 2007; 22(2): 103-14.
24. Fagerström L. The dialectic tension between 'being' and 'not being' a good nurse. *Nursing Ethics* 2006; 13(6): 622-32.
25. Johnson J, Billingsley M. Convergence: How Nursing Unions and Magnet are Advancing Nursing. *Nursing Forum* 2014; 49(4): 225-32.
26. Joronen K, Rankin S, Åstedt-Kurki P. School-based drama interventions in health promotion for children and adolescents: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 63(2): 116-31.
27. Mehling W, Wrubel J, Daubenmier J, Price C, Kerr C, Stewart A, et al. Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics & Humanities in Medicine* 2011; 6(1): 6.
28. Rolls L, Relf M. Bracketing interviews: addressing methodological challenges in qualitative interviewing in bereavement and palliative care. *Mortality* 2006; 11(3): 286-305.
29. Sagan O. 'Hope crept in': a phenomenological study of mentally ill artists' biographic narrative. *Journal of Mental Health* 2015; 24(2): 73-7.
30. Soares M, Jacobs K, Nathanael D, Zarboutis N, Marmaras N. The concept of contradiction in ergonomics practice. *Work* 2012; 4:195-200.
31. Toye F, Barker K. 'Could I be imagining this?' – the dialectic struggles of people with persistent unexplained back pain. *Disability & Rehabilitation* 2010; 32(21): 1722-32.
32. Wimpenny K, Forsyth K, Jones C, Matheson L, Colley J. Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: communities of practice and a participatory change process. *British Journal of Occupational Therapy* 2010; 73(11): 507-16.
33. da Silva R, Viera C, de Oliveira Toso B, Neves E, Rodrigues R. Problem-solving capacity in children health care: the perception of parents and caregivers. *Acta Paulista De Enfermagem* 2013; 26(4): 382-88.
34. Wijnhoven F. The Hegelian inquiring system and a critical triangulation tool for the Internet information slave: A design science study. *Journal of The American Society for Information Science & Technology* 2012; 63(6): 1168-182.
35. Krol P, Lavoie M. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy* 2014; 15(2): 112-24.
36. Wake P, Malpas S. *The Routledge companion to critical theory*. London New York: Routledge, 2006
37. Chinn P, Falk-Rafael A. Peace and Power: A Theory of Emancipatory Group Process. *Journal of Nursing Scholarship* 2015; 47(1): 62-9.
38. Pelletier Y. *La dialectique aristotélicienne : les principes clés des topiques*. Virginie: Bellarmin, 2008.
39. Couillaud B. *Raisonner en vérité - Le traité de la logique analytique, dialectique, rhétorique et sophistique*. Paris : Francois-Xavier de Guibert, 2003.
40. Moccia P. A further investigation of "Dialectical thinking as a means of understanding systems-in-development: relevance to Rogers's principles". *Advances in Nursing Science* 1985, 7(4): 33-8
41. Nuzzo A. *Hegel and the analytic tradition*. London, New York: Continuum, 2010.
42. Plantin C. *L'argumentation*. Paris : Presses universitaires de France, 2005.
43. Krol PJ, Lavoie M. De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2015(122):52-66 15p.

44. Watson J. Postmodernism and knowledge development in nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(2):60-4.

45. Watson J. *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.

*Pour contacter les auteurs:*

*Pawel J. Krol, Ph.D.*

*Professeur adjoint*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*1050, avenue de la Médecine, bureau 3445*

*Québec, Québec*

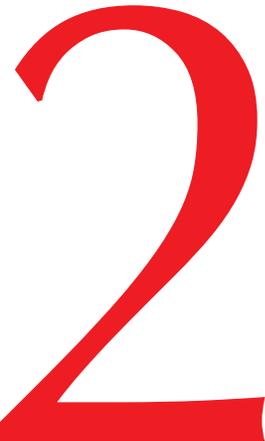
*G1V 0A6*

*Courriel : [pawel.krol@fsi.ulaval.ca](mailto:pawel.krol@fsi.ulaval.ca)*

*Sophie Boisvert, Inf. M. Sc.*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*



### Résumé

Plusieurs balises juridiques agissent en périphérie de la pratique infirmière en contexte médico-légal. Ces dernières créent différentes obligations professionnelles et sont susceptibles de porter atteinte aux droits des usagers. Elles questionnent de ce fait les principes d'advocacy et de justice sociale fondamentaux à la profession. Si certaines approches méthodologiques permettent d'informer le domaine du droit de faits sociaux, les approches permettant d'étudier l'influence des normes juridiques sur la pratique professionnelle sont plus rares. Cet article a pour but de discuter de la pertinence de l'analyse sociojuridique pour le développement de savoirs en soins infirmiers médico-légaux. Il suggère un cadre d'analyse pertinent afin d'étudier les transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques. Cette méthodologie étant intimement liée à la défense des intérêts et des usagers et à la lutte contre les processus de discrimination et de marginalisation, ses affinités au paradigme des théories critiques sont également discutées.

**Mots-clés** advocacy, analyse sociojuridique, droits des personnes, justice sociale, soins infirmiers médico-légaux

## Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière : Une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique

**PIERRE PARISEAU-LEGAULT**

### Introduction

Nul besoin de rappeler que la notion d'*advocacy* est centrale à la profession infirmière : elle engage le soignant vers la défense de l'intérêt des usagers,[1,2] rappelant le caractère profondément politique de l'acte de soin.[3] En contextes psychiatrique et médico-légal, cette notion est d'une importance particulière. En effet, ces situations placent bien souvent le soignant au carrefour de considérations à la fois cliniques et juridiques. Plusieurs lois, bien souvent des lois d'exception, accordent des pouvoirs aux professionnels de la santé et leur attribuent également différentes obligations. Elles nécessitent que l'infirmière ait une connaissance

adéquate des exceptions à la confidentialité,[4] qu'elle apprécie la dangerosité d'une personne pour elle-même ou pour autrui,[5,6] qu'elle apprécie également la capacité de la personne à consentir à des soins de santé qui relèvent de son champ de compétence ou qu'elle participe à une telle appréciation en contexte interdisciplinaire.[7,8] Ces situations ne sont pas sans créer de dilemmes importants, particulièrement lorsque la culture de soin se rapproche d'une culture carcérale totalisante.[9] Lorsque le contexte clinique s'écarter de ses représentations les plus idéales, l'acte de soin peut conséquemment priver la personne de certains de ses droits fondamentaux.

Étrangement, nous observons que peu d'études issues du domaine des sciences infirmières accordent une importance aux paramètres juridiques qui balisent l'exercice de la profession. Ils ont pourtant une influence certaine sur la manière dont s'opérationnalisent les soins infirmiers, dont les soins infirmiers médico-légaux. Les effets concrets des transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques sont nombreux, bien que peu documentés.

Par exemple, certains auteurs ont constaté la présence d'une réduction clinique du principe d'autonomie.[10] Cet amenuisement aurait été réalisé à partir de l'importation de différentes règles établies par le droit et la jurisprudence à l'égard de l'évaluation de l'aptitude à consentir à un soin de santé.[10] D'autres chercheurs ont plutôt cherché à mieux comprendre l'effet du processus d'appropriation des normes juridiques par le domaine clinique, notamment à propos de l'aptitude à consentir à un soin et plus largement sur l'exercice de l'autonomie de l'utilisateur.[11,12] Certains chercheurs font également état de points de convergence et d'une relative ambiguïté entre le rôle policier et la pratique soignante psychiatrique en contexte communautaire.[13] Au Québec, différentes études et rapports relèvent finalement d'importantes difficultés d'application des lois d'exception, dont la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après LP38) ou visant la protection de l'enfance.[14,15] À notre avis, la persistance de ces difficultés s'explique en partie par un cloisonnement disciplinaire persistant entre les domaines du droit et de la pratique professionnelle, dont la pratique infirmière.

Ce cloisonnement nous semble contre-productif, car si le droit revêt un caractère profondément affirmatif distinguant l'acceptable de l'inacceptable et le permis du proscrit, il informe également les professionnels de la santé de paramètres essentiels à leur pratique. Parce qu'il attribue à ces derniers différentes obligations légales, nous remarquons que le domaine du droit est susceptible d'investir la pratique soignante et d'en modifier profondément sa morphologie. Sans prétendre que les infirmières interprètent la loi, nous observons qu'elles doivent quotidiennement appliquer plusieurs d'entre elles. La connaissance et la maîtrise des dimensions juridiques associées à leur pratique nous semblent conséquemment essentielles. Ces compétences sont également essentielles au respect de certains principes fondamentaux à la profession, notamment l'advocacy et la justice sociale. Par exemple, nous observons qu'il existe une différence importante entre la connaissance littérale des droits des usagers et leur défense. La première dimension n'est à notre avis pas suffisante en elle-même afin de garder vivant le principe d'advocacy, alors que la seconde suggère une contextualisation des conditions d'existence de ces droits et de leur expression.

Ces éléments réaffirment la nécessité, pour la pratique infirmière, d'une étude plus approfondie des conditions d'application de différents paramètres juridiques, des conditions d'affirmation ou d'atteinte de certains droits

fondamentaux et de la démarche clinique associée à la reconnaissance de ces derniers. Les situations précitées évoquent également la pertinence d'une analyse plus soutenue des transactions s'opérant entre le domaine juridique et le domaine clinique.

Le présent article postule que l'analyse sociojuridique (ci-après ASJ) est susceptible de favoriser une meilleure compréhension de ces transactions. Afin de réaliser cette démonstration, nous clarifierons dans un premier temps ce qui est entendu par « contexte médico-légal » ainsi que l'importance des principes d'advocacy et de justice sociale pour les soins infirmiers qui en découlent. Nous discuterons ensuite de l'utilité de l'ASJ pour la recherche en soins infirmiers, ainsi que de ses fondements théoriques. Cette discussion sera complétée par un survol des arrimages cliniques potentiels qu'offre cette approche. Notre argumentaire s'appuiera de manière transversale par une analyse théorique des différentes difficultés d'application de la LP38.

### **Soins infirmiers en contexte médico-légal : paramètres et ambiguïtés**

Ce que nous entendons par « soins infirmiers médico-légaux » varie selon les juridictions et les lieux de pratique de l'infirmière. Aux États-Unis, ce champ d'intervention est particulièrement développé. Quatre domaines d'intervention sont identifiés,[16] soit en contexte de violence interpersonnelle, en milieu correctionnel, en contexte d'agression sexuelle et lors d'enquêtes médico-légales. L'infirmière peut exercer différents rôles au sein de ces domaines, que ce soit par exemple à l'égard de consultations médico-légales, de l'évaluation clinique et d'interventions plus spécialisées.[17]

Au Canada, certaines infirmières militent afin que cette pratique soit mieux reconnue, notamment à l'égard de la pratique infirmière en contexte d'agression sexuelle.[18] Au Québec, plus particulièrement, il semble n'exister à ce jour aucune reconnaissance explicite du champ de pratique en soins infirmiers médico-légaux. Cette situation n'est pas sans créer une relative ambiguïté, dans la mesure où le personnel infirmier œuvre activement au sein de milieux correctionnels ainsi qu'en psychiatrie légale. Dans ces milieux, l'absence d'une conceptualisation claire de leur rôle et d'un processus éducatif conséquent peut créer une véritable rupture identitaire. Cette rupture éloigne l'infirmière d'une culture de soin au profit d'une culture typiquement carcérale.[9]

Notre approche des dimensions médico-légales de la pratique infirmière est éclectique. Elle ne cible pas un lieu d'exercice en particulier, mais plutôt différents contextes cliniques

où des processus légaux chevauchent les soins offerts aux usagers. Au Québec, l'application de différentes lois ne relève pas d'un champ de pratique spécifique, mais est au contraire atomisée et généralisée à plusieurs professionnels de la santé. Ces lois leur attribuent différents pouvoirs, mais également plusieurs obligations. Dans leur pratique courante, ces professionnels ont par exemple l'obligation de signaler aux autorités compétentes différentes situations cliniques pouvant compromettre le développement d'un enfant, sans toutefois faire enquête à ce sujet.[15,19] Ils accompagnent également l'usager et sa famille lorsqu'une hospitalisation est imposée, notamment lorsque l'absence de consentement à l'hospitalisation s'adjoint d'un état mental présentant une dangerosité pour la personne ou pour autrui.[5] Ils doivent également connaître les exceptions au secret professionnel et ses conditions d'application lorsque, par exemple, il est nécessaire de prévenir un acte de violence.[4] Ces contextes de soin sont nombreux et peuvent s'éloigner de la pratique infirmière typiquement médico-légale, par exemple en milieu correctionnel ou en psychiatrie légale. L'approche discutée au cours des prochains paragraphes n'est donc pas limitée à ces milieux. Elle propose l'étude de l'intersection des processus caritatifs et des processus légaux afin de mieux comprendre comment l'infirmière en vient à atteindre, défendre, faciliter l'expression et représenter les droits des usagers.

### *Penser l'advocacy à partir de la justice sociale*

Les infirmières œuvrant en contexte médico-légal sont bien souvent placées au cœur et au front de ces situations de soins complexes ayant un impact direct sur les droits des usagers. Ces situations mobilisent les principes d'advocacy et de justice sociale, qui sont des éléments essentiels à la profession. Malgré leur importance, le sens profond de ces deux principes est actuellement débattu[2] et le risque de rupture identitaire en contexte médico-légal réaffirme l'exigence d'un tel débat.[9]

L'advocacy réfère généralement à la défense des intérêts de l'usager et de son bien-être, à son accompagnement au sein du processus décisionnel, ainsi qu'au devoir de soin qui incombe aux infirmières à l'égard des besoins de ce dernier.[1,2] Certains auteurs soulignent l'ambiguïté du sens accordé à ce concept, notamment en raison de sa difficile confrontation à la culture institutionnelle et de la mince frontière séparant ce principe du paternalisme médical.[2] D'autres auteurs ont exposé l'intrication de cette notion au principe de justice sociale, ce qui permet à la pratique infirmière d'aller au-delà d'une approche strictement

individuelle afin d'exposer les injustices structurelles pouvant affecter la santé et les droits des usagers.[20,21] Quant à la justice sociale, elle comprend non seulement les notions d'égalité et d'équité, mais réfère également à un idéal de justice représenté au sein de différentes pratiques, institutions, systèmes, processus et politiques ciblant les usagers et permettant de tendre vers l'optimisation de leur bien-être.[22]

Notre positionnement à cet égard reconnaît l'intrication des principes d'advocacy et de justice sociale. Ainsi, la défense de l'intérêt de l'usager n'est envisageable que si les effets potentiellement oppressants de certaines structures sociales sont également questionnés. Cette posture implique de définir l'advocacy comme une action réfléchie, dirigée vers différents acteurs, institutions ou systèmes et par laquelle l'infirmière contribue à des changements durables contribuant à la réduction des iniquités de santé. Cette pratique ne peut conséquemment être réfléchie qu'à partir de la justice sociale, soit par une problématisation conditions d'existence du bien-être des personnes et (par extension) de leurs droits.

Cette posture est justifiée par la manière dont s'opèrent ces deux principes au quotidien de la pratique infirmière.[2] En plus de mobiliser leurs obligations légales, les contextes de soin précités incitent l'infirmière à éduquer, accompagner et défendre l'intérêt des usagers en situation de marginalité et souvent exposés à différents processus de judiciarisation. Cela est notamment applicable aux soins offerts aux utilisateurs de drogues injectables, aux soins infirmiers de rue offerts aux personnes en situation d'itinérance,[23] ainsi qu'aux personnes affectées par le processus de criminalisation de l'exposition au virus de l'immunodéficience humaine.[24] Cette thématique a d'ailleurs récemment incité différents chercheurs à l'élaboration d'un dialogue plus soutenu entre les domaines du droit et de la santé.[25]

Ces différents exemples illustrent l'influence certaine du droit sur la morphologie de la pratique soignante, mais exposent également le processus pouvant mener l'infirmière à atteindre ou défendre différents droits fondamentaux des usagers. Cette situation est intimement liée à des enjeux politiques spécifiques, notamment la lutte contre la discrimination ciblant certains groupes en situation de marginalité, ainsi qu'à la reconnaissance de leurs droits. Afin d'appuyer notre réflexion, qui suggère la pertinence de l'ASJ comme approche méthodologique en sciences infirmières, nous prendrons appui sur les difficultés d'application de la LP38 et du régime de gardes en établissement lui étant associé.

### Précisions sur la notion de « dangerosité » en raison de l'état mental

La LP38 est une loi d'exception de la province du Québec (Canada) qui, comme son nom l'indique, vise la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.[5] Utilisée en dernier recours, elle complète les dispositions du Code Civil du Québec et prévoit différentes modalités permettant le maintien forcé en établissement de santé et l'évaluation psychiatrique de certains usagers. Le critère de la dangerosité, qui sera explicité au cours des prochains paragraphes, en constitue la pierre angulaire : il permet de maintenir une personne contre son gré en établissement de santé pour une durée de 72 heures lorsque le danger qu'elle présente en raison de son état mental est jugé grave et immédiat (ce processus est couramment appelé « garde préventive »), d'imposer à la personne un maintien en établissement de santé afin de procéder à son évaluation psychiatrique (ce processus est couramment appelé « garde provisoire » : il peut succéder à la garde préventive ou être directement autorisé par le tribunal) et d'imposer à la personne un maintien prolongé en établissement de santé (soit, la « garde en établissement »).[5,26] Cette loi balise également les délais et procédures à respecter pour chaque type de garde, les informations devant être communiquées aux personnes ciblées par ces procédures ainsi que leur droit de communiquer en toute confidentialité avec les personnes de leur choix.[5]

Nous verrons qu'au fil des années, plusieurs difficultés d'application de cette loi ont été constatées. En effet, malgré que la LP38 soit une loi d'exception exigeant une grande prudence lors de son application, plusieurs auteurs ont observé des manquements importants à ses principes directeurs. Ces manquements concernent la pratique

infirmière, puisqu'ils relèvent des procédures établies par la loi et appliquées au sein du domaine clinique, ainsi que de la documentation des soins offerts dans un tel contexte. En prenant acte des pouvoirs attribués à différents acteurs, dont aux infirmières, ces éléments contribuent à questionner l'impact de la culture des soins psychiatriques sur ces difficultés. Ces éléments nous aideront à exposer différentes problématiques découlant d'une application littérale de différentes règles de droit dans la pratique, mais également à mettre en valeur l'utilité apparente de l'ASJ comme approche méthodologique.

### L'analyse sociojuridique : quels usages ?

La recherche sociojuridique est un champ bien établi. Cette dernière s'inscrit généralement au sein d'une démarche interdisciplinaire et combine les connaissances du domaine du droit à celles de différentes disciplines, dont la sociologie.[27,28] Elle s'insère au sein de différentes approches, dont les *Critical Legal Studies*, qui adoptent une posture sensible à l'exercice des relations de pouvoir au sein des lois et qui en viennent à contester leur objectivité. Nous notons toutefois que bien que la recherche sociojuridique utilise une approche interdisciplinaire, elle semble s'opérer de manière unidirectionnelle afin d'informer le domaine du droit de différents phénomènes sociaux.

Comme nous l'avons précédemment exprimé, le postulat central de cet article suggère, à l'inverse, que le droit peut également informer d'autres disciplines dont les sciences infirmières. Notre position relève du pluralisme normatif,[28 p38] référant à « [...] un ensemble de normes complexes, issues de diverses sources et s'imposant avec une force variable, dont les substances peuvent se faire face, voire se heurter. » Nous suggérons que les perspectives juridiques et sociologiques du droit convergent vers des

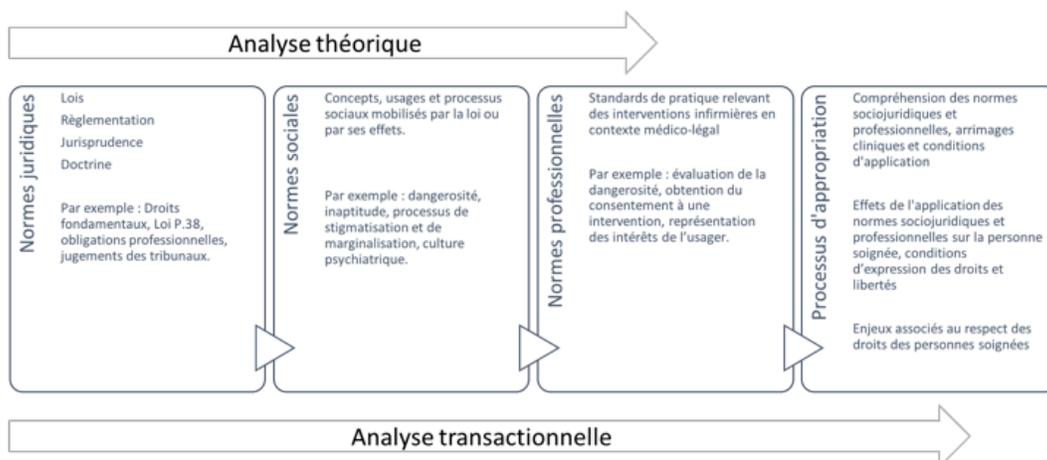


Figure 1. Procédé méthodologique de l'analyse sociojuridique

pratiques soignantes étant profondément investies par la superposition de ces normes et s'appropriant parallèlement ces dernières. Ainsi, nous définissons l'ASJ comme étant l'analyse comparative de différentes normes, qu'elles soient juridiques, sociales ou professionnelles, de leurs effets sur la personne ou de leur processus d'appropriation par la pratique soignante (Figure 1).

Deux niveaux d'analyse peuvent caractériser l'ASJ. De manière transversale, ces deux modes d'analyse devraient minimalement intégrer l'étude de l'interface et des interactions entre les normes juridiques, sociales et professionnelles. Le premier mode, employé au sein de cet article, est théorique et relève de l'étude des interactions entre ces différentes normes, sans toutefois les confronter à leur usage au sein des pratiques professionnelles actuelles. Ce type d'analyse est particulièrement utile lorsque différentes difficultés d'application des lois ou atteintes aux droits des usagers sont constatées et documentées. Elle permet une appréciation générale des liens unissant ces enjeux à la pratique soignante, mais demeure essentiellement exploratoire. Le second est transactionnel et engage la recherche vers l'analyse des processus d'appropriation découlant de ces mêmes normes auprès de la personne soignée ou au sein de la pratique professionnelle. Une telle démarche nécessite d'analyser les données empiriques récoltées à la lumière des normes juridiques, sociales et professionnelles et d'employer différents outils de collecte de données à cette fin. Contrairement à l'analyse théorique, l'analyse transactionnelle soutient l'étude du processus d'appropriation normative, soit une exploration de la manière dont ces normes s'intègrent à l'identité individuelle ou professionnelle, adoptent un sens particulier, sont contestées ou au contraire légitimées (Fig. 1).

### Proposition méthodologique

Il est également utile de déterminer comment l'ASJ pourrait participer à l'évolution des connaissances en sciences infirmières et parallèlement conserver un caractère profondément interdisciplinaire. Notre proposition positionne cette approche méthodologique au sein de la discipline infirmière, non pas afin d'ouvrir vers l'étude du droit, mais plutôt dans le but d'analyser l'impact des normes juridiques sur la pratique soignante. Il nous semble que cette proposition soit susceptible d'exposer la pertinence de l'ASJ au sein du domaine des sciences infirmières afin qu'elle puisse favoriser l'émergence de nouvelles connaissances utiles à son évolution.

Un premier élément de clarification relève des paramètres méthodologiques qui seraient les plus appropriés à l'ASJ. À

notre avis, deux critères pourraient qualifier cette approche. L'un pourrait relever du processus d'analyse déployé et l'autre, de la nature des sources consultées. Avant tout, il nous semble qu'une flexibilité méthodologique reste de mise, puisque différents auteurs semblent utiliser l'ASJ seule [12,29] alors qu'elle pourrait également agir à titre de complément à d'autres méthodologies courantes. Par exemple, l'étude des effets de l'application de différents processus légaux pourrait être réalisée à partir des trames narratives des usagers en adoptant une perspective phénoménologique de type interprétative. Il devient alors possible d'explorer le processus de création de sens, d'interprétation et d'appropriation, qui s'articule lorsque l'infirmière est en contact ou doit mobiliser différents objets juridiques utiles à sa pratique. La culture de soin et les pratiques soignantes associées à l'application de ces mêmes processus pourraient également être étudiées à partir d'une perspective inspirée de l'ethnographie critique : cela semble en effet répondre à certains enjeux découlant de la LP38 lorsque la défense des droits des usagers se confronte aux effets totalisants de culture psychiatrique. [9,30] Une approche inspirée de l'ethnographie critique serait donc utile afin d'exposer comment les différentes obligations légales attribuées aux acteurs chargés de l'application de la LP38 s'insèrent au sein de dynamiques de négociation particulières. Cette dynamique implique la mobilisation de différents pôles de pouvoir et de résistance qui, en s'exerçant, se chevauchent, s'entrecroisent et se heurtent. En plus de reconnaître l'engagement du chercheur envers la justice sociale, cette approche autorise également l'exploration de discours et de contre-discours, de dynamiques de pouvoir particulières, ainsi que des opportunités de changements sociaux et d'émancipation au sein même de la culture de soin.

Précisons également que les normes relèvent de l'ordre du légal ou du conventionnel, [28,31] bien que la pratique soignante soit également dépendante de ses propres standards professionnels. L'analyse normative suggérée par l'ASJ pourrait conséquemment considérer les interactions entre les normes juridiques, les normes sociales (dites conventionnelles) et les normes de pratique qui agissent en périphérie de l'utilisateur et de la pratique (Figure 1). Si les normes juridiques aident à identifier les concepts clés balisant les interventions professionnelles, les normes sociales engagent la recherche vers l'exploration de savoirs issus d'une large gamme de disciplines afin d'explorer la complexité de certains phénomènes sociaux. Elles exposent également comment ces mêmes normes subissent un processus d'appropriation et d'interprétation individuelle [28]

afin de créer, chez l'individu, un sentiment d'identification, d'appartenance sociale et de responsabilité personnelle. Elles illustrent finalement la manière à partir de laquelle les écarts à ces normes sont pris en charge par le corps social. Précisons que ces modes de prise en charge sont extrêmement variables et se décrivent, par exemple, par la judiciarisation de certains états et conduites,[32] par la réprobation sociale de certains comportements ainsi que par l'appel à différentes émotions, dont la peur, afin de gouverner les comportements de santé.[33] L'analyse des normes de pratique complète ce processus et favorise la convergence de l'ASJ vers le développement de savoirs infirmiers : elle donne ouverture à la construction d'un champ de connaissances orienté vers l'exploration contextuelle des notions d'advocacy et de justice sociale, mais également du processus d'appropriation de différentes forces normatives au sein même de la pratique soignante (Fig. 1).

Afin de cerner adéquatement les implications de différentes normes juridiques sur la pratique, la collecte des données devrait minimalement approcher différents objets légaux (le discours associé aux droits fondamentaux, les lois, les règlements, la jurisprudence et la doctrine, par exemple). Ces sources sont extrêmement pertinentes afin de contextualiser l'objet de recherche, mais également afin de mieux comprendre de quelle manière ces différents paramètres juridiques sont abordés par le soignant et/ou la personne soignée. L'utilité de ces données est avant tout conceptuelle : elle reflète le consensus social reconnaissant la légitimité, à une époque donnée, de concepts tels que la dangerosité en raison de l'état mental. Ces objets légaux s'interprètent également à la lumière de différentes normes et processus sociaux complexes : ils autorisent l'exploration du lien bidirectionnel existant entre la santé mentale, la précarité socioéconomique et différents processus d'exclusion.[30,34] Les données consultées, qu'elles relèvent d'une approche juridique ou sociologique, gagneraient finalement à être croisées aux sources scientifiques pertinentes aux sciences infirmières. Elles impliquent une clarification conséquente des standards de pratiques mobilisés par le droit, les standards de pratique relatifs à la prévention du suicide par exemple,[6] ainsi que l'analyse de l'état des connaissances infirmières spécifiques à un contexte juridique donné.

Si nous reprenons l'exemple de l'application de la LP38, nous observons qu'un élément central à l'application de cette loi d'exception relève du critère de dangerosité. Malgré que ce critère soit susceptible de légitimer une atteinte majeure aux droits fondamentaux, la loi reste silencieuse à propos de ses paramètres et de sa définition. La seule nuance apportée

relève de la dangerosité « grave et immédiate » donnant ouverture à une garde préventive en établissement de santé de 72h, imposée par un médecin, sans le consentement de l'utilisateur, sans autorisation du tribunal et sans examen psychiatrique.[5,26] De plus, nous observons que plusieurs acteurs sont chargés d'apprécier la dangerosité d'une personne. Les agents de la paix, les intervenants d'un centre de crise et les professionnels de la santé doivent, lors de certaines interventions, « [...] interpréter et évaluer le danger [...] » [14,30 p200] et l'absence d'une définition claire d'un tel danger laisse place au caractère asymétrique et subjectif de son évaluation.[14,30]

Certains écarts au critère plutôt « factuel » du danger grave et immédiat sont également notés, notamment lorsque des actes de soin sont justifiés par la présence d'un risque potentiel plutôt que par la dangerosité à proprement parler[30] ou par le manque de collaboration d'une personne.[14] Certains auteurs discutent également d'une présomption de dangerosité qui serait systématiquement associée à la maladie mentale,[35] ce qui évoque une vigilance clinique vis-à-vis les biais que de telles présuppositions sont susceptibles de provoquer. D'autres écarts méritent d'être notés, puisqu'ils relèvent de la maîtrise des dimensions juridiques de la pratique clinique. C'est notamment le cas lorsque des évaluations psychiatriques aux fins d'une garde en établissement sont imposées à la personne en garde préventive, sans que celle-ci soit informée des objectifs poursuivis par l'équipe soignante et de son droit de refuser un tel soin.[14,29]

Ces différents éléments nous portent finalement à questionner la présence ou même l'absence de standards de pratique susceptibles de répondre aux exigences de la loi et d'agir en cohérence avec les fondements de la profession infirmière. Si ces standards existent lorsqu'il est question d'évaluer le potentiel suicidaire d'une personne,[6] la dangerosité envers autrui nous semble substantiellement moins balisée. Par ailleurs, ces standards de pratique illustrent l'interaction profonde entre les domaines juridiques et cliniques : ils établissent clairement le rôle de l'infirmière lors de la prise en charge de la personne et lors de la mise en œuvre du processus de garde.[6] Pourtant, la qualité contestable de la documentation au dossier des procédures appliquées et établies par la loi (par exemple, l'évaluation du potentiel suicidaire, l'inscription des motifs de la garde préventive, la mention du consentement à l'hospitalisation et/ou aux soins, les précisions permettant de valider le respect des délais prévus par la loi, la documentation de la remise des informations nécessaires à la personne sous garde et

finalement de l'évaluation de sa compréhension à l'égard de ces mêmes informations) fournit un exemple qui illustre la pertinence d'une sensibilité juridique plus soutenue.[14,29] Ces éléments sont, à notre avis, un strict minimum afin d'offrir un accompagnement adéquat aux personnes maintenues contre leur gré en établissement de santé. En d'autres mots, si les standards de pratique ciblent adéquatement l'évaluation du potentiel suicidaire, le processus clinico-légal qui découle de cette dangerosité et qui relève de l'application de mesures d'exception mériterait une égale attention. Le tout pourrait à notre avis favoriser l'émergence d'une pratique qui soit sensible à la reconnaissance des droits des usagers et ainsi mieux répondre aux difficultés d'application de la LP38 lors de contextes critiques.

### Fondements théoriques

Un dernier élément de précision relève des fondements théoriques qui caractériseraient l'ASJ. Comme nous l'avons précédemment suggéré, cette méthodologie s'arrime aisément aux notions d'*advocacy* et de justice sociale. Elle possède conséquemment une affinité vis-à-vis différents courants de pensée qui visent l'émancipation, mais également une approche engagée et dialectique de la connaissance.[36] Sur ce point, nous précisons que les prochains paragraphes ne devraient pas être interprétés de manière restrictive. Ils constituent une proposition qui, à notre avis, doit encourager un dialogue et un raffinement méthodologique graduel.

L'usage d'une méthodologie spécifique présuppose généralement son affinité à un paradigme précis. Il est reconnu, par exemple, que l'ethnographie et la phénoménologie trouvent leur origine au sein du constructivisme. L'alliance d'une méthodologie à son paradigme original n'a toutefois pas à être essentialiste. Elle doit répondre aux différentes conditions d'existence de la recherche et s'articuler en cohérence avec la problématique identifiée, avec ses hypothèses et ses objectifs ainsi qu'avec le contexte particulier dans lequel elle se déroule.[37,38] De nombreux auteurs rattachent par exemple l'ethnographie aux théories critiques[39] et certains auteurs allient la phénoménologie aux théories queer.[40] De même, bien que l'analyse situationnelle repose sur la théorisation ancrée (et possède également une affinité constructiviste), elle est aussi grandement influencée par le courant postmoderne issu des théories critiques.[41]

Comme nous en avons discuté précédemment, l'ASJ peut s'ajouter en complément de méthodologies plus classiques donc l'ethnographie ou la phénoménologie. Nous sommes d'avis qu'elle peut également être utilisée en tant que

méthodologie à part entière. Toutefois, ses fondements théoriques relèvent à notre avis d'une posture fortement inspirée des théories critiques. Plusieurs raisons motivent ce choix : elles découlent de la nécessité d'un questionnement du statu quo et de la défense des droits de populations en situation de marginalité, mais également du déni de citoyenneté pouvant les affecter.[42] Notons également que les théories critiques accordent une importance particulière aux facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels et associés au genre qui contribuent à la réalité de ce qui est dit, écrit et pensé à une époque donnée.[36] Les savoirs produits sont conséquemment situés et l'engagement du chercheur est également reconnu comme un élément important du processus de production des connaissances.

Les théories critiques nous aident à comprendre les dynamiques de pouvoir qui seraient à l'origine des difficultés d'application maintes fois constatées pour la LP38. Ce pouvoir est à la fois individualisant et massifiant : il cherche à opérer, à partir de la norme et de différents mécanismes d'assujettissement, une modification du rapport intime que la personne entretient à l'égard d'elle-même et de sa conduite. En ce sens, les théories critiques aident à considérer le droit non comme un vecteur de répression ou d'émancipation, mais plutôt comme un produit discursif et une stratégie d'assujettissement symbolisant la cristallisation institutionnelle des rapports de pouvoir.[43] Le droit symboliserait conséquemment le point focal de discours dominants, ce qui évoque par le fait même la nécessité d'analyser les éléments qui agissent en leur périphérie.[43] Le droit s'insérerait ainsi au sein d'un dispositif de contrôle plus large, intimement lié aux pratiques, institutions et autres aménagements politiques qui facilitent la circulation d'un pouvoir aux ramifications multiples, dont les effets sur les rapports sociaux sont structurants.[44] Les opérations de la loi ne seraient conséquemment pas autonomes, mais reposeraient plutôt sur une interface complexe, au sein de laquelle est intégrée la pratique soignante. Le tout autorise l'immersion du chercheur au sein des interactions profondes s'articulant entre les normes juridiques et sociales, afin de mieux comprendre comment leurs opérations courantes peuvent modifier la morphologie de la pratique infirmière (Fig. 1).

Par ailleurs, les difficultés d'application de la LP38 soulèvent la présence d'une « logique d'exception »[42 p234] contribuant au déni de citoyenneté de certaines personnes. Agamben[45] a précédemment discuté des fondements de cet « état d'exception » et Cloyes[42] a illustré la pertinence des travaux de ce philosophe et théoricien politique pour les

sciences infirmières. Ces auteurs font la démonstration que la tradition humaniste, sur laquelle repose la reconnaissance de la personne et de ses droits, contribue au maintien d'une violence systémique et d'une dualité équivoque entre ceux à qui on reconnaît de tels privilèges (Agamben les nomme *bios*) et ceux dont on reconnaît à peine l'existence biologique (Agamben les nomme *zoe*).[42,45,46] Pour Agamben[45] cet état d'exception constitue une logique de pouvoir, légitimée par un critère de nécessité, permettant de suspendre l'application des normes malgré le maintien des lois. Au sein de cette logique, l'établissement des normes et leur application exposent une séparation, autorisant de ce fait la liaison et l'abandon du « vivant au droit ».[45 p10] Les écrits d'Agamben sont conséquemment aidant afin de répondre aux enjeux de la portée juridique de modes d'action, ici déployés par l'infirmière et donc profondément cliniques, perçus comme étant extérieurs au droit.[45]

Les opérations courantes du pouvoir ne se limiteraient donc pas uniquement au droit et à ses constituantes, mais répondraient également de modes d'assujettissement variés et disséminés au sein du champ social. En attribuant différentes obligations légales aux professionnels de la santé, dont les infirmières, ce dispositif de contrôle est légitimé par le domaine juridique alors qu'il se matérialise parallèlement au sein d'une zone d'extériorité. Plutôt que de tendre vers une reconnaissance sommaire des droits des personnes, cette perspective donne ouverture à une étude de leurs conditions d'existence ainsi qu'à une analyse critique de ce qu'Agamben décrit comme les « normes de réalisation du droit ».[45 p63]

L'exemple de la LP38 et de ses difficultés d'application constitue une illustration concrète de la pertinence d'une posture critique qui serait aux fondements de l'ASJ. En effet, plusieurs auteurs ont décrit l'asymétrie de pouvoir importante s'articulant entre l'établissement de santé qui demande l'ordonnance de garde en établissement et la personne ciblée par cette demande. Plusieurs constats ressortent des écrits consultés et relèvent essentiellement des normes de réalisation du droit par l'intermédiaire d'un mode d'action extrajuridique. Ils concernent le non-respect de certains délais prévus par la loi et l'absence de documentation à cet égard,[14] les atteintes importantes au droit à l'information et à la vie privée,[14] le manque d'accompagnement de l'utilisateur au sein des dédales de la procédure de mise sous garde et la difficulté conséquente, pour ce dernier, de la contester ou de défendre ses droits.[47] Une attitude négative du personnel soignant a été constatée, au même titre que différents processus dissuasifs décourageant les personnes de contester

leur requête.[47] Cette asymétrie de pouvoir est encore plus palpable si nous considérons que l'établissement de santé possède deux rapports d'évaluation psychiatrique afin de justifier sa demande, élément de preuve principal à l'appui de cette requête.[29,48] Malgré qu'il soit éclairément établi que le tribunal conserve son indépendance à l'égard de ces rapports,[34] le formulaire sur lequel reposent ces derniers favorise des comptes-rendus évaluatifs peu étoffés.[48]

La LP38 impose finalement aux professionnels de la santé la transmission d'une information minimale à la personne placée sous garde préventive, nommément du lieu où elle est gardée, des motifs de la garde, de son droit de communiquer avec ses proches ou un avocat et de la fin de la garde.[5] Or, le droit à l'information est parfois non respecté et certains usagers demeurent non informés de leurs droits.[14] Lorsqu'une garde en établissement est ordonnée, la loi exige également la remise d'un document expliquant à l'utilisateur (ou à une personne habilitée à consentir à sa garde si la personne est incapable de comprendre l'information) les procédures pertinentes. Une lecture formaliste de cette disposition légale s'avère problématique, dans la mesure où nous savons qu'au Québec environ une personne sur cinq connaît des difficultés fonctionnelles à traiter l'information écrite.[49] L'obligation de l'infirmière, dans ce contexte, relèverait non seulement de l'évaluation de la compréhension de la personne vis-à-vis les informations transmises, mais également de la vulgarisation de celles-ci dans une forme et un langage adapté à ses besoins.[5] Ces informations doivent normalement accompagner la personne dans l'exercice de ses droits et l'informer des procédures et délais ayant cours.[5]

La nécessité d'un contre-discours en contexte médico-légal est ici équivoque, puisqu'elle expose la nécessité d'explorer certains processus potentiellement oppressifs issus d'une culture psychiatrique pouvant non seulement s'opérer à partir de lois d'exception, mais également légitimer ses pratiques. Elle permet également d'étudier comment la pratique infirmière peut favoriser une meilleure représentation des droits des usagers, en respect de ses standards de pratique et de la nécessité de maintenir l'équilibre parfois précaire entre les principes d'autonomie et de protection de la personne.

### Arrimages cliniques : une opportunité

Cette discussion visait à exposer la pertinence d'une approche méthodologique, l'analyse sociojuridique, accordant une importance particulière aux dimensions juridiques de la pratique infirmière. Comme nous l'avons exposé, la LP38 fut maintes fois critiquée en raison de ses difficultés d'application et du non-respect des droits fondamentaux des

usagers en situation de vulnérabilité qu'elle est susceptible de provoquer. Plusieurs auteurs ont également d'ores et déjà exposé que les infirmières sont au nombre des acteurs investis par des pouvoirs susceptibles de porter une atteinte directe à ces derniers.[50] Comme mode d'action extrajuridique, la pratique infirmière pourrait cependant favoriser un plus grand respect de ces mêmes droits, que ce soit à l'égard du droit à l'information, du respect des procédures et de la qualité de la documentation produite au dossier. Une valorisation plus soutenue des paramètres juridiques balisant la pratique favoriserait en ce sens l'émergence d'une meilleure compréhension des différents enjeux cliniques qui en découlent.

Une connaissance strictement descriptive du droit des personnes est elle-même insuffisante afin d'exposer la subtilité des dynamiques de pouvoir s'exerçant au quotidien de la pratique. En positionnant l'ASJ au sein du paradigme des théories critiques, il est possible d'envisager le développement de savoirs infirmiers non seulement mieux adaptés au contexte médico-légal, mais aussi plus sensible aux interactions des normes légales, sociales et professionnelles. Par ailleurs, la production et l'acquisition d'un corpus de connaissances critiques à l'égard du droit de la santé (ici abordé en contexte psychiatrique) autorisent la mise en place de conditions plus favorables à la défense des droits des usagers et à leur accompagnement. En plus de soutenir l'analyse du discours dominant sur l'exercice des droits des personnes, l'ASJ pourrait également faciliter l'exposition de contre-discours favorisant une compréhension plus profonde des processus de marginalisation qui découlent de l'application de ces mesures d'exception. Cette approche permettrait finalement l'étude des différentes structures, pratiques et usages sociaux qui influencent la manière dont s'exercent les droits des usagers dans un contexte donné.

L'engagement de la profession infirmière au sein de ce débat est important. Certaines études et démarches récentes menées par des regroupements associatifs et des médecins psychiatres demandent des modifications à la LP38.[51,52] Les modifications proposées augmenteraient, par exemple, les pouvoirs d'intervention des professionnels de la santé, dont l'imposition d'une évaluation psychiatrique malgré l'absence d'un danger « grave et immédiat ».[51] D'autres regroupements dénoncent plutôt la perpétuation d'abus à l'égard des personnes hospitalisées en psychiatrie.[47] À ce titre, peut-on estimer qu'une simple modification législative réussirait à répondre aux difficultés d'application précédemment décrites, alors que l'appropriation de cette loi par les professionnels de la santé semble bien souvent

se réaliser par l'intermédiaire d'une culture psychiatrique répressive persistante ? Un tel réflexe aurait à notre avis un effet extrêmement réducteur sur les transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques, ainsi que sur l'apport important de certains professionnels de la santé et particulièrement des infirmières afin de faciliter la représentation des usagers dans ce contexte.

À la lumière des éléments précités, il nous semble qu'une partie de la problématique réside au sein du processus d'appropriation et d'application de la loi par une grande diversité d'acteurs et non uniquement en la loi elle-même. En outre, cette loi semble offrir une réponse strictement juridique à une diversité de problèmes sociaux qui relèvent, entre autres, de la relation bidirectionnelle entre la maladie mentale et la précarité socioéconomique (qu'elle soit financière, alimentaire, ou associée au logement).[29] Des professionnels de la santé formés adéquatement vis-à-vis l'application de la LP38 et le respect des droits des usagers, des ressources communautaires suffisantes et l'organisation d'un suivi adéquat au sein de la collectivité sont autant d'éléments susceptibles de répondre aux effets du mouvement de désinstitutionnalisation et d'offrir une réponse plus adéquate aux enjeux précédemment décrits.[29]

## Conclusion

Le rôle d'*advocacy* et l'inclination historique de la profession envers le principe de justice sociale fournissent plusieurs arguments réaffirmant l'importance de l'accompagnement du personnel infirmier afin d'assurer une application de la loi plus respectueuse des droits des usagers. Le débat actuel relatif à la protection des personnes malades en contexte médico-légal gagnerait à considérer l'importance majeure des intervenants du système de santé afin de créer des conditions d'existence à l'expression des droits des usagers. Si ces débats restent cloisonnés au sein du domaine juridique ou uniquement discuté par ceux à qui la loi confère les pouvoirs les plus importants à l'égard de la restriction de certains droits, la voix de personnes en situation de marginalité comme celle de leurs représentants sera réduite au silence.

En nous référant aux critiques que plusieurs adressent à la LP38, nous n'avons pas l'intention de nier l'utilité apparente de cette loi pour l'intérêt des usagers : au principe d'autonomie s'adjoint parfois une nécessité de protection s'articulant comme extension des droits de la personne, dont le droit au secours. Bien que certaines limites de la loi aient été identifiées dans cet article, il est également admis qu'elle aura permis une meilleure reconnaissance du droit à

l'égalité, à l'intégrité de sa personne et à une problématisation essentielle des atteintes majeures aux droits fondamentaux provoquées par l'internement psychiatrique.[29] Les exceptions aux droits fondamentaux que permet cette loi exigent désormais une réflexion profonde à l'égard de leurs arrimages cliniques.

Nous estimons que la démarche scientifique en sciences infirmières pourrait participer à ce dialogue, pour peu qu'elle se dote d'outils épistémologiques s'ajoutant aux modes d'analyse déjà existants. Il nous semble conséquemment utile de réfléchir aux approches méthodologiques qui permettraient à la profession infirmière d'analyser de manière plus soutenue l'interface composée des normes juridiques, sociales et professionnelles, ainsi que le processus d'appropriation qui en découle.

Nous suggérons que l'ASJ puisse répondre à cette nécessité, pour la recherche en soins infirmiers médico-légaux et la pratique infirmière plus généralement, d'interroger les différentes forces légales qui traversent la pratique. Cette démarche pourrait également soutenir l'engagement de la profession au sein de la lutte contre différents processus de marginalisation et d'exclusion sociale, répondant ainsi aux exigences des principes d'advocacy et de justice sociale. Cette posture habiliterait les infirmières à mieux composer avec les exigences de la loi, mais également à participer plus activement à l'implantation ainsi qu'au maintien des conditions d'existence et d'expression des droits des usagers.

## Références

1. Choi PP. Patient advocacy: the role of the nurse. *Nursing Standard* 2015; 29:52-58.
2. Water T, Ford K, Spence D, Rasmussen S. Patient advocacy by nurses – past, present and future. *Contemporary Nurse* 2016; 52:696-709.
3. Holmes D, Perron A. Soigner, un acte politique... *Santé mentale* 2006; 113:60-65.
4. LégisQuébec, Publications du Québec. Code des professions. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
5. LégisQuébec, Publications du Québec. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>
6. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique. 2007. Disponible sur <https://www.oiiq.org/sites/default/>

[files/228\\_doc\\_0.pdf](#)

7. Veilleux AM. Le constat de l'inaptitude à consentir aux soins : par qui et comment. La protection des personnes vulnérables. Cowansville: Éditions Yvon Blais; 2012.
8. LégisQuébec, Publications du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/l-8,%20r.%209>
9. Holmes D, Jacob JD. Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers* 2012; 4:57-66.
10. Blondeau D., Gagnon E. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les Cahiers de droit* 1994; 35:651-673.
11. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *The New England Journal of Medicine* 2007; 357:1834-1840.
12. Pariseau-Legault P, Doutrelepon F. L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux. *Recherche en soins infirmiers* 2015; 4:19-35.
13. Ouellet G. La police à l'assaut des problèmes sociaux ? Communication présentée au 84e congrès de l'Association francophone pour le savoir; Montréal; 12 mai 2016.
14. Le Protecteur du citoyen. Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2011. Disponible sur [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/2011-02\\_P-38.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf)
15. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Conclusion générale sur les enquêtes concernant le centre hospitalier universitaire Ste-Justine. 2016. Disponible sur [http://www.cdpcj.qc.ca/publications/enquete\\_CHU-ste-justine.pdf](http://www.cdpcj.qc.ca/publications/enquete_CHU-ste-justine.pdf)
16. Catarozolo PE. Forensic Nursing: Focus on SANE. *The Journal of Legal Nurse Consulting* 2015; 26:33-37.
17. Early S. North America's Evolving Nursing Specialty. *The Journal of Legal Nurse Consulting* 2016; 27:10-15.
18. Geller L. Forensic nursing's game changer. *Canadian Nurse* 2015; 3:27-29.
19. LégisQuébec, Publications, du Québec. Loi sur la protection de la jeunesse, 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>

20. McCready E. *Nursing Advocate for Civil Rights*. Online Journal of Issues in Nursing 2016; 21:1-1.
21. O'Mahony-Paquin S. *Social Justice Advocacy in Nursing: What Is It? How Do We Get There?* Creative Nursing 2011; 17:63-67.
22. Buettner-Schmidt K, Lobo ML. *Social justice: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing 2012; 68:948-958.
23. Quirouette M, Frederick T, Hughes J, Karabanow J, Kidd S. "Conflict with the law" : regulation & homeless youth trajectories toward stability. *Revue canadienne droit et société*; 31:383-404.
24. Phillips JC, Domingue JL, Petty M, Coker MA, Howard T, Margolese S. *HIV Care Nurses' Knowledge of HIV Criminalization: A Feasibility Study*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2016; 27:755-767.
25. Vézina C, Gagnon M. *Des dialogues pour une nouvelle pensée théorique et critique sur le phénomène de la criminalisation du VIH*. Aporia 2014; 6:22-29.
26. LégisQuébec, Publications du Québec. *Code Civil du Québec*. 2017. Disponible sur <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
27. Banakar R, Travers, M. *Law, Sociology and Method*. Dans : Banakar, R, Travers, M (dir). *Theory and method in socio-legal research*. Portland: Hart Publishing, 2005.
28. Bernheim E. *Le « pluralisme normatif » : un nouveau paradigme pour appréhender les mutations sociales et juridiques ?* *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 2011; 67:1-41.
29. Rullac S. *Analyse socio-juridique de l'urgence sociale : cadre, fonctionnement, évolution*. *Empan* 2011; 4:25-31.
30. Bernheim E. *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*. 2015. Disponible sur <https://edocrtrine.caij.qc.ca/developpements-recents/393/368215264/>
31. Weber M. *Économie et société (Tome 2)*. Paris: Gallimard, 1995.
32. *Jugements de la Cour Suprême du Canada*. R. c. Mabior. 2012. Disponible sur <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/10008/index.do>
33. Gagnon M, Jacob JD, Holmes D. *Governing through (In) security: A Critical Analysis of Fear-Based Public Health Campaigns [Ré-impression]*. Dans Clarke, AE, Friese C, Washburn R (dir). *Situational Analysis in Critical Qualitative Research & Beyond*. Californie: Left Coast Press, 2015.
34. Perry Y, Henry JD, Sethi N, Grisham JR. *The pain persists: How social exclusion affects individuals with schizophrenia*. *British Journal of Clinical Psychology* 2011; 50:339-349.
35. Parcesepe AM, Cabassa LJ. *Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2013; 40:384-399.
36. Lincoln, YS, Lynham SA, Guba EG. *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited*. Dans: Denzin NK, Lincoln YS (dir). *The SAGE Handbook of Qualitative Research (4e ed)*. Thousand Oakes: Sage Publications, 2011.
37. Denzin N, Lincoln, YS. *The discipline and practice of qualitative research*. Dans: Denzin NK, Lincoln YS (dir). *The SAGE Handbook of Qualitative Research (4e ed)*. Thousand Oakes: Sage Publications, 2011.
38. Kincheloe JL. (2001). *Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry* 2001; 7:679-692.
39. Baumbusch JL. *Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field*. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67:184-192.
40. Ahmed S. *Queer phenomenology: orientations, objects, others*. Durham: Duke University Press, 2006.
41. Clarke AE. *Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn*. *Symbolic Interaction* 2003; 26:553-576.
42. Cloyes KG. *Rethinking Biopower: Posthumanism, Bare life, and emancipatory work*. *Advances in Nursing Science* 2010; 33:234-243.
43. Foucault M. *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1994.
44. Mazabraud B. *Foucault, le droit et les dispositifs de pouvoir*. *Cités* 2010; 2:127-189.
45. Agamben G. *État d'exception : Homo sacer*. Paris : Éditions du Seuil, 2003.
46. Agamben G. *Homo sacer : Sovereign power and bare life*. Californie : Stanford University Press, 1998.
47. *Action autonomie. Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie : Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont*

l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2016. Disponible sur [http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016\(1\).pdf](http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016(1).pdf)

48.Lauzon J. (2008). Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril. Cowansville: Éditions Yvon Blais, 2008.

49.Institut de la statistique du Québec. Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clés pour relever les défis du XXIe siècle. 2015. Disponible sur <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica.pdf>

50.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.

51.Bourgeault-Coté G. Barrette s'en remet à un rapport attendu depuis cinq ans Faut-il élargir les motifs pour interner quelqu'un contre son gré ? 2016. Disponible sur <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/486626/evaluation-psychiatrique-barrette-s-en-remet-a-un-rapport-attendu-depuis-cinq-ans>

52.Tremblay E, Lévesque S, Dubeau G. Comparaison de l'évolution longitudinale des patients pour qui la requête de garde provisoire ou de garde en établissement fut refusée ou maintenue par le tribunal. *La protection des personnes vulnérables* 2014; 378:67-80.

*Département des sciences infirmières  
5 rue Saint-Joseph  
Saint-Jérôme, Québec  
J7Z 0B7  
Courriel : pierre.pariseau-legault@uqo.ca*

*Pour contacter les auteur:  
Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph.D., LL.M.  
Professeur-chercheur  
Université du Québec en Outaouais,*

# Commentaire/Commentary

## La honte en clinique psychiatrique

**RAPHAEL LEPORE, RITA MANGHI & DANIELE ZULLINO**

### Les maladies et la honte: maladies ou maladies honteuses

D'ordinaire la maladie n'est pas sensée prêter au rejet mais susciter plutôt compassion, écoute et/ou pitié. Par quelle alchimie une maladie devient-elle honteuse ? Qu'est-ce qui la caractérise pour qu'elle suscite fuite et honte ? Fuite de l'entourage et honte pour celui qui la subit et parfois ses proches.

Certaines maladies sont classiquement jugées comme honteuses. Les maladies psychiatriques en font encore partie. D'autres sont socialement plus acceptables, alors

que d'autres encore servent d'exutoire à fantasmes... Mais surtout, l'état de maladie coupe des projets de vie, des espoirs et des aspirations.

### Quel est ce sentiment ?

Le Petit Robert définit la honte comme «le sentiment pénible de son infériorité, de son indignité ou de son humiliation devant autrui, de son abaissement dans l'opinion des autres». On voit que cette définition donne une place centrale au regard d'autrui dans l'émergence de ce sentiment.

La maladie psychiatrique et les addictions semblent donc être un terrain de prédilection de la honte et en même temps, comme toute émotion, celle-ci fait partie inhérente de l'individu. Sa fonction tant structurante que de levier de maturation a été bien identifiée par des auteurs qui sont éloignés du domaine de la santé mentale ou de la précarité.

Pour Sartre, philosophe français du XXème siècle, représentant du courant existentialiste,[1]

La honte est honte devant quelqu'un ... Autrui est

le médiateur indispensable entre moi et moi-même : j'ai honte de moi tel que j'apparais à autrui... Elle est appréhension honteuse de ce quelque chose et ce quelque chose est moi. J'ai honte de ce que je suis. La honte réalise donc une relation intime de moi avec moi : j'ai découvert par la honte un aspect de mon être ... .... Je pourrais ressentir de l'agacement, de la colère en face d'elle, comme devant un mauvais portrait de moi, qui me prête une laideur ou une bassesse d'expression que je n'ai pas ; mais je ne saurais être atteint jusqu'aux moelles : la honte est, par nature, reconnaissance. Je reconnais que je suis comme autrui me voit.

On voit donc que pour Sartre, la honte sort du registre personnel et rentre dans la sphère relationnelle : c'est une émotion qui permet de se (re)connaître comme on est, dans le regard de l'autre.

Sartre amène une dimension essentielle de la dynamique thérapeutique, à savoir la honte comme levier de découverte de soi, comme moteur de reconnaissance et donc potentiellement outil de développement personnel dans un mouvement qui implique la présence nécessaire de l'autre pour faire écho à un intime inconfortable, voire méprisable.

Tisseron[2] répertorie différentes phases de la honte que le sujet peut traverser. Tout d'abord, une première étape d'expérience catastrophique de la honte que le sujet cherche à oublier en favorisant une amnésie. Vient ensuite une phase de confusion durant laquelle le sujet se débranche pour préserver le "Je" menacé. Enfin vient le moment où le sentiment de honte peut être nommé en conscience par le sujet et permet à celui-ci de restaurer son identité. À ce stade ultime, la honte devient un élément structurant. Un élément sur lequel l'individu peut –se- reconstruire.

## Les concepts voisins

À la honte on associe et l'on confond souvent la culpabilité. On parle de l'une en pensant à l'autre. Cependant, la honte est plus difficile à cerner que la culpabilité. Distinguer ces deux notions est ardu. La culpabilité est souvent liée à la notion de faute. Une faute à l'égard d'autrui, une faute mesurable, une faute avouable, donc en principe pardonnable. On s'en veut d'avoir causé du tort à autrui. La culpabilité dans ce sens permettrait de se racheter.

Les soignants, les proches, et souvent les patients font un abondant usage du sentiment de culpabilité. Ainsi, on pourrait être tenté de penser qu'elle deviendrait le fond de commerce de ceux dont le métier est de confesser, de punir et de...soigner.

La honte est une perception plus difficilement identifiée

et exprimée. Combien de patients peuvent parler de ce sentiment ? Combien la ressentent réellement ? Elle n'est pas liée, comme la culpabilité, à une mauvaise action vis-à-vis de son prochain donc elle serait difficilement pardonnable. Dans la honte, l'individu se dévalorise de n'avoir pas réussi d'être à la hauteur. Il se sent inférieur. L'identité même est touchée et l'estime de soi s'en trouve entamée. Une mort sociale est le seul pardon. On utilise d'ailleurs souvent l'expression "mourir de honte". Contrairement à la culpabilité, la honte ne peut être confessée. D'ailleurs, elle est souvent exprimée de manière impersonnelle : "C'est la honte !" Dans la culpabilité, on dit à l'enfant : "si tu fais ceci, tu seras puni !". On le menace d'une punition. Dans la honte, on dit à l'enfant : "Tu devrais avoir honte !". On le menace de rejet et l'on génère l'angoisse d'abandon.

Dans la culpabilité nous serions ainsi dans la *Faire*, alors que dans la honte nous serions dans l'*Être*.

Alors que la première touche à notre comportement, la seconde touche à l'individu.

Selon Thalmann[3] la culpabilité serait déclenchée par une *faute*, un *préjudice causé*, la honte par-contre par une *indignité*. Le coupable se sentirait *fautif*, alors que le honteux *inférieur*. La notion touchée dans la culpabilité est celle de la *règle (justice)*, tandis que la honte concerne la *conformité, les normes*.

Le dénominateur commun à ces deux sentiments peut être la volonté du sujet de souhaiter préserver ses liens au groupe. Et une attraction vers les soins pouvant être une première étape de rapprochement vers ses semblables. C'est cet élément essentiel que leds intervenants en psychiatrie devrait avoir à l'esprit. L'autre point commun est le renvoi sur le respect des règles sociales. La honte, et avant tout la crainte de vivre celle-ci, intimide au respect des règles sociales.

## Les sources de la honte - Les premières expériences

La première expérience de la honte trouve ses racines dans l'enfance. Certains auteurs évoquent des origines biologiques et les associent à une tendance ou prédisposition à développer la honte malsaine ou malade.[4] Ainsi la honte serait une émotion universelle en lien avec la condition humaine et se caractériserait par une réaction identique : baisser le regard, rougir, lors de situations qui incommode l'enfant.

Parallèlement au courant biologique, un courant psychodynamique met l'accent sur la communication verbale et non-verbale durant les deux premières années de vie.[5] Elle serait en lien avec les frustrations vécues par l'enfant dans sa

lutte pour acquérir son indépendance et gagner l'attention de ses parents.

Maisondieu[6] en évoquant les futurs « alcooliques » qu'il nomme « alcooliens » parle de « cicatrice affective plus ou moins discrète qui apparaît à l'occasion de la séparation-individuation, à la rupture du cordon ombilical. »

Là où beaucoup vivent un moment de triomphe lorsqu'ils découvrent qu'ils peuvent se passer de leur mère, les futurs alcooliques subissent un choc parce qu'ils réalisent que leur mère peut se passer d'eux. Ils deviennent orphelins.[6]

L'enfance serait ainsi faite de doute de soi et de difficultés d'être soi-même parmi les autres. La honte apparaîtrait vers deux ans lorsque l'enfant cherche à installer son identité en tant que personne distincte, en tant que JE.[6] À ce croisement, une honte excessive retarderait ou fausserait ce processus. L'enfant pourrait croire que l'accès à une vie séparée lui est interdit et en conclurait qu'il serait faible ou imparfait. Son échec à développer une autonomie confortable le remplirait de honte, de doute et de peur de l'abandon. Il s'attendrait d'ailleurs à l'être et chercherait, dès lors, une attention excessive des autres afin de se rassurer.

Par la suite, cette honte serait plus ou moins renforcée par les messages générateurs de honte, des messages invalidants faits de rejet, d'abandon, de trahison, de négligence ou d'indifférence. La honte se transformerait en une sorte de virus relationnel qui infiltrerait cet espace, verbal ou non, déformant et corrompant les messages.

## La clinique de la honte

### *Les signes de la honte*

Dans notre pratique quotidienne de soignant, nous nous devons d'être attentifs aux signes que parfois nous nous empressons de ranger dans des tiroirs nommés "symptômes" ou "pathologies". La honte et les symptômes qui y sont associés, tels les réactions physiologiques, les conduites d'échecs ou les évitements cognitifs ou comportementaux, s'invitent plus que de raison dans les espaces d'échanges avec les patients.

La honte et les manifestations qui l'accompagnent sont caractéristiques. Le sentiment de honte est composé de réactions physiques typiques, précédemment évoquées. On baisse les yeux, on rougit, on a envie de prendre la fuite, les pensées sont troubles et faites de désespoir teinté de panique.

### *De la nocivité de la honte*

En parcourant la littérature, plusieurs éléments récurrents

semblent se démarquer et être des notions essentielles. On retrouve souvent cités des mots tels qu'humanité, appartenance au groupe, isolement, peur, culpabilité, émotion. En quoi finalement la honte est-elle nocive ? Elle est douloureuse et signe une blessure narcissique. Sa nocivité ne vient pas tant de sa présence que des conduites d'évitement qui y sont associées car elles entraînent isolement, perte de l'envie d'entreprendre, sentiment d'indignité interdisant les rêves et les aspirations.

### *De l'utilité de la honte*

La honte fait partie de notre vie et à doses modérées elle pourrait être aidante, socialisante et émotionnellement maturante. La crainte de vivre la honte pourrait ainsi favoriser le contrôle des actes antisociaux, inciter au respect des règles et permettre une régulation des interactions humaines. La capacité d'éprouver de la honte et la capacité d'empathie sont étroitement liées. Dans ce sens, la crainte de la honte serait une soupape contre l'immodestie, le nombrilisme ou l'arrogance.

La crainte de la honte deviendrait ainsi garante de la bonne conduite en société et du respect des règles qui la régissent. Elle a pour racine la volonté du sujet de préserver ses liens au groupe. En effet, les patients que nous rencontrons chaque jour ont pour la plupart une nécessité vitale d'appartenir (à nouveau) au monde des humains.

### *Quels effets à t'elle sur le patient et sur le soignant?*

User du mot "honte" dans un énoncé ou un échange, revient à lancer un avertissement qui claque comme un fouet aux oreilles de chacun. La honte ne laisse personne indifférent, car la honte ou plutôt l'expérience de celle-ci a été le plus souvent blessante, handicapante, traumatisante et parfois seulement structurante et socialisante.

Les victimes de la honte se confortent petit à petit dans l'idée qu'elles sont mauvaises, misérables, médiocres et de ce fait indignes de faire partie du genre humain. Elles peuvent être intimement convaincues qu'elles ne valent rien et l'estime qu'elles ont pour elle-même se réduit à néant.

## Importance de la honte dans le travail clinique

### *La honte du patient avec addiction*

On peut observer au quotidien en addictologie, combien, ceux que l'on nomme les alcooliques ou les toxicomanes, se sentent honteux.

On peut s'imaginer deux cas de figure : la honte (1) comme

cause primaire de la consommation et (2) la honte comme conséquence d'une consommation incontrôlée. Dans le premier cas, la honte indépendante de la consommation motiverait celle-ci comme moyen de la bâillonner. Dans le deuxième cas, la honte serait consécutive à la consommation vécue comme dégradante. En combinant les deux mécanismes, un cercle vicieux s'installe.

L'addiction à l'alcool peut ainsi devenir un nid dans lequel couve la honte. Les regards gênés, baissés de la consultation d'addictologie sont monnaie courante. Mais aussi, on observe ce qui apparaît à première vue le contraire : la vantardise, la fanfaronnade, ces derniers phénomènes pouvant être interprétés comme mécanisme de défense. Un autre mécanisme de défense est la transformation du mépris de soi en mépris des autres et du soignant.

### *La honte et le soignant*

Lorsque l'origine de la honte est lointaine, qu'elle provient de la famille, nous devons questionner le vécu d'expériences honteuses, et de différencier, comme le souligne Potter-Efron[7] le passé du patient et le vécu de celui-ci. Le rôle du soignant ne se limite ainsi pas à recueillir des témoignages, mais d'identifier avec le patient les modes narratifs de ces vécus qui peuvent être source de honte, pour les remplacer par de nouveaux récits plus valorisants.

Devant le mode narratif utilisé par le patient pour nous déposer sa honte, nous essayerons d'inciter des narrations alternatives pour favoriser une mise en doute, une mise en crise de certitudes sclérosées.

Nous l'aidons à transformer cette honte dommageable en un récit plus partageable et recevable, par lui-même... et autrui.

Si le patient s'expose à mon regard de soignant, il s'expose à mon avis professionnel certes, et il s'expose également à mon jugement d'humain. Il s'expose ainsi sous le double regard du professionnel et du privé. Il demande de l'aide au professionnel et il est honteux d'être un « alcoolique ». Ceci complique d'une certaine manière sa demande d'aide, puisque sa maladie mérite de l'assistance, mais sa honte le persuade de mériter plutôt la désapprobation. Le rôle du soignant est constitué en conséquence de trois temps : (1) Accepter la demande de thérapie, (2) refuser soi-même de revêtir une fonction d'instance morale manichéenne, (3) questionner la narration moralisante du patient.

Pour cela notre rapport aux propres expériences honteuses doit être questionné et élaboré. Les professionnels de la santé que nous sommes, sont plus que jamais confrontés à la

honte. Celle des patients réveille forcément des pensées en nous. Qui n'a jamais eu, face à une personne en souffrance, décompensée ou en crise, la crainte de se retrouver dans la même situation.

La honte que peut vivre cet individu génère le même sentiment. Elle est particulièrement insidieuse, car elle provoque et réveille des fantasmes gravitant autour de l'humiliation".

Cependant, le dommage que pourrait subir un patient qui vit la honte est de ne pas trouver d'interlocuteur. Refuser un rôle moralisateur ne doit en aucun cas signifier le refus d'entendre la narration auto-moralisante du patient. Il doit être un contenant qui encourage la pensée propre du patient et sa confiance à pouvoir l'explorer.

### *Jugement moral et jugement thérapeutique*

Jugement moral et jugement thérapeutique doivent se distinguer. Le mandat du soignant est celui du thérapeute et non du juge moral. Il doit cependant pouvoir - et même devoir - recueillir une demande de jugement moral. Recueillir la demande ne veut pas dire accéder à celle-ci. La demande de jugement moral devra par contre être (au moins dans un premier temps) acceptée comme demande de prise en charge, et (dans un deuxième temps) reformulée comme demande de soins.

Un patient qui demande une intervention parce que « il a honte de sa consommation » sera accueilli sur cette demande, qui sera par la suite reformulée en une demande d'intervention thérapeutique parce que « il consomme de façon préjudiciable ». Ainsi la honte devient une motivation, et non un motif.

### *Propulseur vs attracteur*

On pourrait ainsi concevoir la honte comme un « propulseur » vers la relation thérapeutique. Le soignant aurait deux missions à accomplir : (1) quittancer la « motivation propulsive » contenue dans la honte, et (2) susciter une « motivation attirante », c'est à dire une motivation vers des possibles, terrains potentiels d'expérimentations où la honte n'a pas sa place. Se contenter de rester dans l'étape (1) risque de transformer le « propulseur » honte en cercle vicieux. Passer à l'étape (2) peut rendre obsolète la question de la honte. Métaphoriquement la honte est un véhicule qu'amène son passager dans les soins. Continuer de s'occuper de la honte reviendrait à s'occuper du véhicule et non du passager. S'occuper du passager signifie questionner avec lui des directions à prendre. Le travail du soignant doit ainsi se

concentrer sur le « où je vais » et non plus sur le « d'où je viens ». Une psychologie du passé (dans laquelle la honte pourrait même se justifier) doit faire place à une psychologie du futur. On ne peut rationnellement avoir honte de quelque chose qui doit se construire.

## En conclusion

Deux conclusions aux réflexions ci-dessus : (1) Pour le soignant la honte est admissible comme moyen d'entrée en matière, il est acceptable de recueillir une demande de jugement moral, à condition de ne pas l'alimenter. (2) La honte ne peut pas en elle-même l'objet même de la thérapie, puisqu'il s'agit d'une question de jugement moral. L'objet de la thérapie est un futur possible dépourvu de honte. C'est cela qui en fait l'attractivité.

Le soignant doit pouvoir parler de la honte pour l'ignorer. Ainsi le patient peut en parler...pour l'ignorer.

## References

- 1.Sartre J-P. L'être et le néant (1943). Gallimard, Paris. 1976
- 2.Tisseron S. Du bon usage de la honte. Paris : Éditions Ramsay; 1998
- 3.Thalmann Y-A. Au diable la culpabilité. Jouvence; 2015
- 4.Cyrulnik B. Mourir de dire: la honte. Odile Jacob; 2010
- 5.Thalmann Y. Au diable la culpabilité. 2005
- 6.Maisondieu J, Bickel WK, Jacobs EA. Les alcooliens.
- 7.Potter-Efron R, Carruth B. Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice. Routledge; 2014

### *Pour contacter les auteurs:*

*Pr Daniele Zullino  
Médecin chef de service  
Service d'addictologie  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Grand Pré 70  
1202 Genève  
Genève  
Suisse  
Courriel: [Daniele.Zullino@hcuge.ch](mailto:Daniele.Zullino@hcuge.ch)*

## ABOUT APORIA

Aporia is a peer-reviewed, bilingual, and open access journal dedicated to scholarly debates in nursing and the health sciences. The journal is committed to a pluralistic view of science and to the blurring of boundaries between disciplines. Therefore the editorial team welcomes critical manuscripts in the fields of nursing and the health sciences that include critique of dominant discourses related to the evidence-based movement, best practice guidelines, knowledge translation, managerialism, nursing and health care practices, ethics, politics of health care and policies, technology, bioethics, biopedagogies, biopolitics etc. Research results in nursing and health-related disciplines are also welcome. *Aporia* encourages the use of various epistemologies, philosophies, theoretical perspectives and research methodologies. In the critical analyses of health-related matters, *Aporia* embraces a wide range of epistemologies, philosophies and theories including cultural studies, feminism(s), neo-marxism, post-structuralism, postcolonialism and queer studies.

While the public already pays to fund health research, it is inconceivable that the public should be required to pay yet again, to gain access to research results. Subscription to scientific journals can sometimes reach up to thousands of dollars that are paid directly from public funds. *Aporia* inscribes itself along the margins of this practice by allowing for a definite fracture to take place within the current trends in the field of scientific publication, which constitute the dominant model for the diffusion of knowledge. *Aporia* is, therefore, a free online journal. Following the footsteps of Deleuze and Guattari, the *Aporia* team firmly believes that freedom is only made possible in the margin; an autonomous space that is controversial, sometimes polemical and without censorship that does not sacrifice scientific and academic rigor. As such, the objective is to encourage access to scientific knowledge and to give the reader an opportunity to actively position himself/herself regarding the written words in order to give a plurality of meanings to the text.

Therefore, *Aporia* adheres to the following principles:

- Freedom of speech
- Critical pedagogy
- Recognition of local knowledge(s)
- Critique of dominant discourses.

## SUBMISSION

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Manuscripts and the cover letter should be submitted to [aporia@uottawa.ca](mailto:aporia@uottawa.ca).

### *Cover Letter*

Papers are accepted for publication in the Journal on the understanding that the content has not been published or submitted for publication elsewhere. This must be stated in the cover letter, which should be sent with the manuscript. The cover letter must contain an acknowledgement that all authors have contributed significantly, and that all authors are in agreement with the content of the manuscript. When applicable, it should be stated that the protocol for the research project has been approved by a suitable and relevant Research Ethics Board. All investigations involving human subjects must include a statement that subjects provided informed consent and anonymity should be preserved. Authors should declare any financial support or relationships that may cause conflicts of interest.

### *Authorship Credit*

Each author should have participated sufficiently in the work. Authorship credit should be based on substantial contributions to:

- conception and design, or analysis and interpretation of data;
- drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- final approval of the version to be published.

### *Preparation of the Manuscript*

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Submissions should be prepared in word-processing software using Arial 11. The text file should be double-spaced and set with top, bottom and side margins of 2.5cm or 1 inch.

For more information, please visit *Aporia* online at <http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/index.jsp?lang=>.

