

# APO<sup>R</sup>RIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

# Sommaire/Content

Vol.2, Numéro 1/Vol.2, Issue 1

Éditorial/Editorial

6

## ARTICLE 1

L. SHANTZ & S. FRIGON  
— HOME/FREE?

THE (AFTER)EFFECTS OF IMPRISONMENT ON  
WOMEN'S BODIES, PHYSICAL AND MENTAL  
HEALTH AND IDENTITY

18

## ARTICLE 2

I. DEVISCH & F. WYNN

MEETING A PATIENT AS A SINGULAR EVENT:  
A PHILOSOPHICAL REFLECTION

24

## ARTICLE 3

S. CORNEAU & G. RAIL  
— APRÈS LE SPECTACLE:

LES IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE  
CONSOMMATION DE PORNOGRAPHIE HOMO-  
SEXUELLE MASCULINE CHEZ LES HOMMES GAI

38

## ARTICLE 4

H. LAPERRIÈRE

LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SANTÉ  
D'ÉTUDIANTES ISSUES DES COMMUNAUTÉS  
D'IMMIGRANTS FRANCOPHONES S'INTÉGRANT  
À LA MINORITÉ FRANCOPHONE NATIONALE AU  
CANADA

Commentaire/Commentary

## Éditorial/Editorial

L'émergence d'une maladie donne lieu à une réorganisation des savoirs, des certitudes, des croyances, de la temporalité sociale ordinaire et aussi à une nouvelle hiérarchisation des valeurs. Ce travail de déconstruction des savoirs au sens derridien du terme n'a jamais donné lieu à une quelconque reconnaissance par la recherche. Le malade déconstruit nos savoirs biocentrés en nous montrant que les modèles de prédictibilité biologique sur lesquels nous organisons nos vies, notre futur et nos trajectoires, peuvent s'envoler d'une minute à l'autre et nous obliger à développer des savoirs de vie différents. La question sur laquelle nous travaillons depuis plusieurs années est la suivante : comment expliquer que les savoirs de vie produits par les malades ne disposent d'aucun statut, d'aucune valeur alors qu'ils sont le produit de millions d'autodidactes ? La non-reconnaissance de ces savoirs représente un large préjudice pour le monde des patients, de leurs proches, qui sont sommés de génération en génération de malades, mais aussi d'une pathologie grave à une autre, de devoir témoigner de ce qui se passe pour eux afin de permettre à d'autres d'apprendre. Ce temps passé à devoir témoigner empêche les malades en tant que groupe social à bénéficier de la richesse de tous les savoirs de vie acquis par leurs pairs ou des générations de malades. Si la maladie prend à un moment la place de maître dans tout parcours de patient, si elle lui enseigne quelque chose avec ou sans son consentement, les paroles rétrospectives des patients sur ce que la maladie leur a appris sont souvent des paroles de force et de partage. Si la maladie nous a enseigné un nouvel art de vivre, c'est bien rare qu'on n'ait pas envie d'en parler. Cela suppose qu'au-delà des groupes de paroles, les malades puissent disposer d'un espace sociétal majeur où ils puissent mettre en forme leurs savoirs et les diffuser sous des formes variées. Cela suppose l'ouverture d'espaces de recherche universitaire où des malades puissent conduire des recherches sur ces savoirs-là et puissent avoir la possibilité de réviser les savoirs qui ont été produits sur eux par la médecine, les sciences humaines, cliniques et sociales et aussi les sciences infirmières.

En tant que praticienne des thérapies de soutien mais aussi en tant que chercheure en sciences de l'éducation, il nous paraît urgent de développer au sein de l'université un espace d'accueil et de recherche dédié à cette discipline émergente qu'est l'éducation thérapeutique. Aussi nous travaillons au développement d'un programme de reconnaissance par l'université des savoirs acquis par les patients tout au long de leur expérience de maladie, en reconnaissant ces savoirs acquis par l'expérience au même titre qu'une expérience professionnelle.

Les dispositifs de reconnaissance, de validation et de certification des savoirs acquis

en dehors du milieu universitaire démontrent les capacités des universités à reconnaître la complexité et les articulations entre savoirs et expérience. Aussi, on ne voit pas pourquoi l'apprentissage des postures requises par la maladie et l'acquisition des compétences que nécessitent la plupart des auto-soins dans les maladies chroniques ne bénéficieraient pas d'un dispositif de reconnaissance même s'il faut pour ce faire développer des bilans de compétences qui intègrent ces savoirs et ces acquis. Apprendre à vivre avec l'incertitude, avoir rencontré la mort, permet à toute personne qui s'y confronte d'adopter une posture humanisante face à la question de sa finitude si cette expérience acquise peut être explicitée, parlée, analysée quelque part. Certaines professions requièrent d'emblée cette compétence d'humanisation du rapport à autrui. Avoir fait un travail sur soi, avoir remis en question ses certitudes permet une approche réflexive propice à la problématisation et à la recherche. Le doute comme exigence de positionnement scientifique n'est pas forcément le fruit d'une démarche abstraite, il peut aussi venir, et la psychanalyse nous l'a montrée, d'une histoire ancienne plus ou moins belle ou plus ou moins cruelle. On admet que la plupart des compétences humaines se développent à partir de positions infantiles mais on admet encore difficilement qu'elles peuvent aussi se développer à partir d'événements survenant tout au long de la vie dont la maladie chronique n'est qu'un exemple.

Ne pas valider les apprentissages que tout patient fait tout au long de sa vie c'est le priver des apprentissages de vie et le réduire dans l'imaginaire collectif à un monde nourri par des apprentissages de mort. En effet, beaucoup de soignants nous demandent encore souvent ce qu'on peut bien apprendre à un patient en soins palliatifs, à une personne handicapée et sont choqués par l'arrivée de l'éducation thérapeutique dans ces domaines de soin. Ils pensent souvent qu'apprendre à accepter sa condition est le seul objectif de toute éducation thérapeutique. Il leur est difficile de se confronter à la mobilisation et voir parfois à l'accélération du désir d'apprendre dans les situations limites. Il leur est intolérable aussi parfois de voir un patient rire, se battre, s'exténuer dans un dialogue pédagogique où ce dernier cherche à comprendre, à formuler, à dire, à enseigner à son entourage comment fonctionne sa pompe à morphine et comment il contrôle tous les outils technologiques de pointe mis à sa disposition. Le plaisir d'apprendre, de transmettre son savoir, son expérience est un des éléments qui satisfont notre désir de transmission. Or ce désir de transmission est démultiplié chaque fois que nous sommes confrontés ou réveillés par la vérité subjective de notre finitude. Il est urgent que les spécialistes de l'éducation s'intéressent à ces contextes particuliers de construction des savoirs

et leur accordent le statut qui leur convient. Priver la société des savoirs acquis dans certaines conditions de vie, c'est priver chacun d'entre nous d'une part méconnue de notre patrimoine d'humanité.

Catherine Tourette-Turgis  
Maître de conférences des  
universités  
Directrice du Master et du  
DU en éducation  
thérapeutique  
Université de Rouen et de  
Paris VI

### Abstract

As women's prison populations grow in Canada and around the world, more women are exposed to carceral practices which use disciplinary techniques to shape them into 'docile bodies.' Although intended to shape women's minds, these processes also have marked effects on female bodies. Using a Foucauldian perspective, we examine how women adapt to and resist the prison's disciplinary routines and its intrusions into their lives and bodies. Interviews with female ex-prisoners reveal how everyday degradations, health practices, self-injury and body modification shape their bodies and identities. These women's accounts are interpreted through the lens of the body to explore the long-term effects of the prison's rationalities and technologies on their bodies, minds and identities. We document how women negotiate these forces during their imprisonments, as well as after their releases when they are living in the community. Even though women are released from prison, they are not home free; the prison's technologies and rationalities permeate the prison walls and follow the women as they negotiate community life.

**Key Words** corporeality, identity, imprisonment, governmentality, women

## Home free? The (After)Effects of Imprisonment on Women's Bodies, Physical and Mental Health and Identity

**LAURA SHANTZ &  
SYLVIE FRIGON**

### Introduction

The number of women imprisoned in Canada and elsewhere in the world has grown significantly in recent years.[1,2,3] As such, increasing numbers of women are exposed to carceral practices which rely on disciplinary routines to regulate physical activities, while simultaneously affecting their thoughts and actions. These routines have real short- and long-term effects on women's bodies. Michel Foucault, and many governmentality theorists who have built on his work,[4-8] have examined in detail how the prison shapes

the mind through the body. Whilst much existing research examining women's bodies in prison[1,6,7,9-15] as well as male identities in prison,[16-18] few researchers examine men's imprisoned bodies,[19] or the bodies of women who are returning to life in the community after prison. This article explores the effects of the prison on women's bodies as they negotiate life in prison and subsequently transition to living "on the outside." We examine female ex-prisoners' own accounts of imprisonment and (re)integration through the lens of the body to demonstrate that although women's bodies physically escape the prison, their released, (re)integrating bodies are not "free" of the institution and its effects.

### Canadian women's corrections

Researchers and activists have noted the dramatic increase in women's imprisonment in Canada.[1,3,20,21] In the past ten years, the number of Canadian women who are admitted to custody to serve sentences of two years or more has increased from 232, or 5.0% of all admissions, in 1997-1998 to 307 (6.1% of admissions) in 2007-2008. Women

now represent approximately 5% of the federal correctional population, including those serving time in prisons and under supervision in communities; whereas they represented approximately 3% of federal prison populations in the early and mid-1990s.[3,22-24] The growing institutional population is particularly troubling; in the past, women were more likely to be granted parole, and were usually granted parole earlier in their sentences than men because they are considered less likely to reoffend. Now, new “risk” and “need” assessment instruments classify “needy” women as more likely to re-offend, reducing their likelihood of being granted early release.[25] As parole grant rates decrease and incarceration rates increase, women serving time in prisons(495) now outnumber those serving sentences in communities(483), even though for many years, prisoners on conditional release outnumbered those in institutions.[3,26] These increases occurred despite the existence of *Creating Choices*, a federal correctional framework designed to respond to women’s needs and accelerate community integration. When the research supporting *Creating Choices* was conducted in 1989, 203 women were doing time inside Canadian federal prisons.[22,23] Twenty years later, this number has increased by 144%.

*Creating Choices* provides a foundation for Correctional Service Canada’s female prisoner strategy. The Task Force on Federally Sentenced Women (TFFSW), the group that authored the report, included correctional authorities, researchers, and representatives of women’s advocacy and aboriginal groups. Female prisoners also had significant input into the report. The Task Force aimed to transform in women’s corrections: they wanted to re-form corrections; align correctional practices with feminist principles; acknowledge the challenges federally sentenced women face; and empower women to create lasting, positive change in their lives.[23] The report included five key principles for reform, including: empowerment; meaningful and responsible choices; respect and dignity; supportive environment[s]; and shared responsibility.[23] While its goals and principles are laudable, sadly, *Creating Choices* did not produce the radical changes it promised.[6,7,11,20,27] New regional prisons were built across the country, but many other challenges identified in the original document remain: women are still imprisoned far from their homes and support networks; risk assessment instruments remain flawed; and the services available to women are still paltry compared to those available for men.[1,7,28,29] Regardless of the ideologies underpinning correctional facilities and processes, they have marked effects on women’s bodies.

## Imprisoned bodies: a theoretical lens

Michel Foucault describes punishments as manifestations of the state’s power over individuals.[30] Until the eighteenth century, corporal punishment prevailed. Sentences were meted out publicly in the town square to remind the king’s subjects of his power; these were essentially public spectacles of torture.[30] Eventually, public torture gave way to hidden punishments, carried out behind prison walls. As physical beatings disappeared, punishment instead involved depriving individuals of their freedom, and “the body as the major target of penal repression disappeared.”[30 p8]

The prison emerged, in the place of whips and scaffolds, as a new tool of punishment. It sought to isolate individuals and observe their behaviour – ultimately making them “knowable” and transforming them into “docile bodies” that could be easily governed.[30] Instead of maiming or killing prisoners, their thoughts and actions were controlled, shaped and molded within the prison, creating compliant and capable workers for labour and military service. These institutions would then continue the processes begun in prisons, shaping docile bodies into whatever form was convenient and practical for their requirements (e.g., soldiers, labourers, servants, etc.). This process is replicated by social institutions, as well as by individuals who internalize these processes, using “technologies of the self”[31 p18] – through which they use internalized discipline to work upon and “improve” themselves – to engage in “body projects.”[32] While the prison targets prisoners’ *minds* to create docility, this requires the confinement and training of their *bodies*. Although no longer the ultimate target of punishment, the body is no less implicated in punishment in prisons than in the town square. The physical location of punishment has changed, as well as its ultimate goal, but punishments are still situated on the body, and continue to have real and lasting effects on prisoners’ corporeality.

As forms of punishment changed, so too did individual responses to it. The condemned had no recourse in the face of early physical punishments; one could run away, only to face a harsher punishment when eventually caught. When the king imposed the death penalty, little could be done to challenge this power. The rise of the prison, however, resulted in prisoners being surrounded by disciplinary structures and technologies that act on the body to produce changes on the mind.[30] As the system relies on coercion and compliance, prisoners can challenge the power held over them. The prison is a total institution, regulating and controlling all aspects of prisoners’ lives; relations of power are everywhere. As Foucault notes, these relationships open avenues for prisoners to

challenge their confinement:

...at the heart of power relations and as a permanent condition of their existence there is an insubordination and a certain essential obstinacy on the part of the principles of freedom, then there is no relationship of power without the means of escape or possible flight, every power relationship implies, at least *in potentia*, a strategy of struggle... [33 p794]

He notes that resistance works as a "...chemical catalyst so as to bring to light power relations, locate their position, and find out their point of application and the methods used." [33 p780] As such, prisoners' resistance highlights institutional power and unfair practices. Resistance challenges dominant structures, limiting prisoners' docility and allowing them to reverse power relations. [9,33] Foucault notes that a "plurality of resistances" exist within power relations, opening spaces for individual agency, even within structures like prisons. [34 p96]

Resistance can take many forms. Often, as we will see, imprisoned women transform their bodies from sites of punishment into sites of resistance. [9] Women may express resistance through their assumed gender roles, feminist identity, sexuality, religion or belief system, actions, thoughts and appearances. [1,6,13,35,36]

### A note on methodology

The women's voices presented here emerged from research conducted for a Social Sciences and Humanities Research Council -funded research project. The research was approved by the Research Ethics Board at the University of Ottawa. Women from the Canadian provinces of Ontario and Québec who had served prison sentences of seven years or more and who had been released for five or more years were interviewed about their experiences. Twenty women participated in in-depth, semi-structured interviews between May and December, 2004. Each woman gave informed consent to participate in the project. The sample included three groups of participants: ten female ex-prisoners who had served sentences of between seven and fifteen years in Canadian federal prisons, five of whom also participated in follow-up interviews (n=10); nine professionals working with ex-prisoners (n=9); and one ex-prisoner's daughter (n=1).

This study builds on earlier research conducted by Sylvie Frigon on women's experiences of their bodies and identities in prison. [11] While the earlier study examined women's bodies in prison, this study asked ex-prisoners to reflect upon their experiences *before*, *during* and *after* prison, and how these shape their identities and bodies; their views of the

criminal justice system; as well as their lives and relationships with others after prison. The participants who work with ex-prisoners reflected on their roles as advocates working with and for women in conflict with the law, as well as on how prison influences their "clients'" identities. The ex-prisoner's daughter discussed her relationship with her mother before, during, and after incarceration, as well as how her mother's imprisonment shaped, in turn, her own life and identity.

All of the interviews were tape-recorded, transcribed, and eventually coded using NVivo qualitative data analysis software. Key patterns and themes in the women's narratives emerged through four independent rounds of coding. The resulting themes were temporally divided into women's experiences before, during and after imprisonment. This article explores various themes through the lens of the body, highlighting advocates' experiences with their clients and ex-prisoners' reflections on how prison has and continues to affect their bodies and identities.

### Women's bodies in prison

Michel Foucault traced the history of punishment, noting variations in its visibility, character and goals. [30] What began as a public spectacle of brutality, degradation and atrocity slowly transformed into a concealed, organized and calculated re-formation of subjects' actions and thoughts. In contemporary times, punishment must "...be essentially *corrective* ... it is not so much the vengeance of an outraged law as its repetition, its reduplicated insistence." [30 p179] Thus, punishment now 'corrects' 'delinquents,' creating docile bodies. While the methods and goals have changed over time, punishment remains a manifestation of the state's power inflicted on the deviant's body. Prisons ultimately attempt to reform the *mind*, but to do so, routines are imposed on the *body*.

When a woman is imprisoned, she experiences many intrusions on her body. The court process, which can be disorienting and confusing in itself, especially for those relatively new to the criminal justice system, gives way to the prison. [37] Going to prison involves submitting to "degradation ceremonies," institutional routines including strip searches, body cavity searches and disinfecting showers, which degrade women and strip them of their identities. [1,14,15,38] After these degradations, women must adjust to having their bodies constantly scrutinized.

The body is the means through which the prison can act on the prisoner's mind. As such, bodies take on new significance as the site of correctional interventions. [39] The micro-

geography of the body is segmented, scrutinized and acted upon by the correctional system. It is observed, analyzed, compared against the ideal and “corrected.”[6,30] Correctional interventions therefore must negotiate the terrain of the body, shaping and molding it into a more docile and compliant form. In response to these (re)formation attempts, the prisoner’s resistance turns the body into a contested space, politicizing both the prisoner’s body and actions. This micro-space is contained within a larger space: the prison, which itself is also a space of correctional intervention.

Prisons are sites of constant surveillance. The environment is designed to make every space and place, and thereby all the objects in the space, knowable.[30] Prison surveillance is organized vertically – prison authorities monitor women’s movements and actions via surveillance cameras and direct observation; and laterally, as prisoners monitor each other. Foucault describes this as panoptic surveillance: “It is a segmented, immobile, frozen space. Each individual is fixed in his place. ... Inspection functions ceaselessly. The gaze is alert everywhere.”[30 p195] In addition to the vertical/lateral bifurcation of surveillance, surveillance and security are also divided into *static* and *dynamic* security categories.[40-42] Static security includes cameras, restraint equipment, building designs and other environmental aspects promoting security. In contrast, dynamic security involves interactions between guards and prisoners, as well as intelligence gathering activities, including searches.

Prisoners are not only constantly watched, but are also subjected to regular searches: non-intrusive, frisk, and strip searches are all routine. Strip searches pose significant problems for women. Besides the inherent humiliation and dehumanization, strip searches are particularly painful for women with histories of abuse.[14,28] These searches are conducted whenever women may have possibly had access to contraband (e.g., after visiting family, during transfers or temporary absences, after leaving a work area, etc.), are entering or leaving segregation, or whenever staff reasonably suspect they may be carrying contraband – in short, on a regular basis.[43,44] Cheryl, an ex-prisoner, described the regular degradations she experienced during strip searches: “It’s always degrading because you gotta go through ... these searches.... I mean, anyway you looked at it or anyway you cut it it was just degrading because of how they treated you. Like you weren’t even a human being.” Searches of prisoners’ cells can similarly lead to degradation and affect a woman’s sense of autonomy. Prisoners have few belongings, making violations of their personal space and effects more painful than it otherwise might be. Martha described room searches,

noting the degradation of the process:

They searched your belongings, but only once a month your laundry. Say you had 10 pants, 4 skirts, 5 blouses and 4 t-shirts, they make a list once a month. They enter your room, make you go out and they search while you are working, while you’re not there. Two come in with their little gloves, check absolutely everything, under the mattress, once a month. In one way, you are supposed to be independent, to be this, to be that, I would really like to think that there is fraud, that there is contraband. (authors’ translation)

The prisoner culture also enforces conformity. Prisoners engage in lateral surveillance, watching one another to determine who does not fit in, and subsequently subjecting them to ridicule and ostracism. Brit describes how her feminist identity, including symbolic yet mundane activities, such as shaving her legs, changed while she was in prison.

Let’s say you don’t shave your legs ... you’re like a hard core feminist, you probably would if you’re in prison after a while, because you would be sort of ridiculed a lot, for that sort of thing, because it would be considered bizarre, or weird, and they would think this woman is just a freak! ... if you are different in a way that doesn’t coincide with the prison subculture, because you can’t ... escape the social norms of prison life. So it’s easier after several years of sort of being ridiculed or let’s say shunned or ostracized, to go “Fuck it, I don’t care about it, I’m going to shave my legs...” You may change your behaviour, in order to adapt and cope.

Prisonization and conformity are enforced on two levels: vertically, through surveillance, searches and routines; and laterally, through social pressure and ostracism. Constant surveillance, a technology of the prison, leads to a technology of the self. Individuals must regularly submit to degradation, seemingly useless searches and peer pressure to survive in the institution; these processes become internalized, resulting in self-monitoring and self-discipline. Under this constant surveillance, how a woman looks, moves her body and responds to her environment become key parts of her daily life in prison.

The harsh conditions of imprisonment, including poor nutrition, insufficient exercise, high rates of minor and major illnesses (e.g., colds and flu, skin infections, AIDS, hepatitis, etc.), and the stress associated with imprisonment accelerate the aging process. As a result, prisoners often appear to be ten or fifteen years older than their chronological age.[37,45,46] Prisoners not only look older, they also have high rates of chronic health problems that normally manifest in older age, including arthritis, asthma, diabetes, emphysema, high blood pressure and hypertension.[45-47] Prison health care is often considered to be substandard; significant delays in seeing

physicians, obtaining diagnostic tests and receiving treatment are frequently reported. The prison environment compounds the tensions many women feel in relation to medicine, a discipline that, like the prison, has disproportionate power and influence over individuals.[48,49] Indeed, medical services within correctional facilities blur the boundaries between health care and punishment.[48] Cheryl, aged 54, describes herself as prematurely aging, stating "I feel like I'm 60." She discussed some of her health problems:

My health was turning bad inside. And I knew different things were happening to me. It's like I had my gallstones like for almost two years. And I'm talking about excruciating pain. And I'm telling these people and I'm telling these people. Well, it wasn't 'til I got out on day parole that I'm rushed to the hospital for emergency surgery. And then when I was in jail they told me that I had cataracts on my eyes. But it was no big deal. I would be fine. You know... once I was out they could be taken care of pretty easy and that. Well I wasn't even out a year and I had two major surgeries on my eyes. I was going blind in one eye. So... there's a lot of things lacking, eh?

Prisoners, especially older female prisoners, also have significantly higher rates of mental illness than the general population.[3,45,47,50] Kelly notes how her mental health deteriorated in prison, manifesting itself through an eating disorder that took a drastic toll on her body, "... I was very sick through that...I mean, when I went into the system, I weighed 190, and I had an eating disorder before, and I went back to that eating disorder, I went down from 190 in six months, not even six months, to 91 pounds." Healthcare treatment and access are the most common subjects of grievances filed by prisoners in Canada's federal prison system, accounting for 13.3% of all official complaints.[3,51]

While the prison environment is often considered to be detrimental to an individual's physical and mental health, it can provide a refuge for women who have been homeless, addicted to drugs or victimized. Prison provides a warm place to sleep and access to regular meals, medical services and dental care, all of which women might not have otherwise. The prison also protects women from the physical violence of families, partners, pimps and other abusers who may harm them on the outside.[15,52] Suzie recounts the pain of her life before prison:

My mom left when I was 6, then my step-mother arrived when I was 9. Between 9 and 14 there was a lot of physical abuse, between 14 and 16 I defended myself, I was rebelling. I started to smoke pot, I was exposed to all kinds of drugs, foster families. (authors' translation)

For Suzie, prison represented stability after years of physi-

cal and mental anguish. Although prison is often seen as a monotonous, infantilizing environment for punishing and reshaping prisoners, given some women's difficult lives before imprisonment, this may still be an improvement.

The prison, nonetheless, manifests the state's power to punish; it is a total institution that controls all aspects of everyday life. Foucault indicates that "...the prison must be an exhaustive disciplinary apparatus: it must assume responsibility for all aspects of the individual..."[30 p235] Further, the prison "... gives almost total power over the prisoners; it has its internal mechanisms of repression and punishment: a despotic discipline."[30 p236] As such, it removes individuals' autonomy, substituting instead institutional routines, protocols and decision-making. Daily minutiae, including bodily functions and attending to the necessities of life, are removed from individual control and become part of the power structure, resulting in conditions such as chronic constipation and improperly managed diabetes.[11] This opens more avenues for the state to control women's bodies. April recounts how the prison rules and routines led to everyday degradations throughout her sentence. Recalling one incident, she stated:

I happened to be on my period at the time. You have to knock on the thing and say 'Could I have a tampon please?' And these men give it to you and it was just like so degrading." April also explained that the food served highlighted her lack of autonomy, "And not having choices! Not being able to think for yourself ... even down to the littlest thing. You know, some nights you feel like a hamburger and you go down and it's fish. It's like... pfft. It bothers ya.

Food is particularly significant for women; they traditionally have responsibility for planning and cooking meals, making the lack of choice particularly painful.[36] While Canada's regional federal women's facilities include kitchens in the living units which allow the women to plan and cook their meals, women in segregation, as well as women imprisoned in provincial prisons and in other countries do not have this opportunity.[40] By disrupting individual agency, the prison can assert control and absorb women into institutional routines. While prisons wield power over the prisoner, this power is not absolute. As with any set of power relations, power is accompanied by freedom, and therefore resistance.[53] Prisoners may resist or subvert the prison's institutionalizing forces, often using their bodies as sites of resistance. Foucault states,

Even when the power relation is completely out of balance, when it can truly be claimed that one side has 'total power' over the other, a power can be exercised over the other only insofar as the other still has the option of killing [her]self, of leaping out of the window, or of killing the other person. This means

that in power relations there is necessarily the possibility of resistance because if there were no possibility of resistance ... there would be no power relations at all.[53 p.292]

Women may act out and resist the institution when its procedures and routines degrade them. Resistance can take many forms, including refusals to eat or bathe. Famous examples of resistance include Irish Republican Army prisoners' 1981 "dirty protest" where prisoners smeared their cell walls with their feces and, in the case of female prisoners, with menstrual blood. Canadian prisoners started, and continue to participate in, Prison Justice Day (August 10th), on which hunger strikes and work refusals are common.[35,54-56] Study participants recounted their own resistance strategies. Suzie describes how she resisted having to give her sanitary napkins to the guards:

There was no compassion with what I was going through emotionally. They wanted to have the sanitary napkins that I had on, because they knew, they knew from the doctor's papers that I had points, that I could not bring in drugs, but they wanted to know, wanted to see my sanitary napkins.... To take the time to come attack me with it, I flipped. I got up, I started to toss all that was in there, enraged, turned all the chairs over. I demanded to go to the hole, I said "Take me to the hole." They took me, but not by force, it was me who walked straight there, the worst was that I was dripping all over my thighs, because they took the sanitary napkin. (authors' translation)

Although Suzie was punished, she was able to express her rage and the degradation of having to prove she was actually menstruating. The arbitrary, degrading and punitive aspects of imprisonment lead women to question the state's power to punish them. These challenges may manifest in women's actions, thoughts or appearances.

Marking one's body represents another conduit for women to resist the prison. Women use their appearances to reassert their identities; by engaging in "body projects" or transformations, women can change themselves and express their identities.[32,57] Tattooing and piercing, clothing, makeup, and self-harm can all provide women with a method for maintaining an identity behind bars. These behaviours can have costs, however; they can affect prisoners' health or lead to institutional charges or punishments. Tattoos are often used to document one's emotions and resist institutionally-imposed feminine stereotypes. Suzie recalls how tattooing helped her to manage her anger:

I started doing tattoos; I have tattoos all over my body. I was doing tattoos; I would get paid with cigarettes. ... my aggressiveness dropped a lot. (authors' translation)

While this behaviour can provide a space for resistance and an outlet for women's anger and emotions, it is potentially dangerous and harmful: tattooing in prison exposes women to infectious diseases (e.g., HIV, Hepatitis C) through unsanitary tattoo equipment.[58,59] Other manifestations of resistance pose different dangers, including the risk of accidental suicide. Self-injury, especially cutting and slashing, is very common among female prisoners. For prisoners, it represents a way to express pain, release frustration, and assert control.[10,11,60] The prisoner can decide when to cut, where to cut and how far to go. Sonya, who works with female prisoners, discussed her feelings about self-injury and why women cut themselves:

I think that there are more healthy ways of releasing that resistance or expressing it and that's the part we work on, right? And I think too if you are confined like animals there are just certain ways that you adapt as a means of survival and a means of interacting. And I think too it's self-preservation.

Cheryl remembers relying on cutting and slashing after having extreme difficulty coping at the beginning of her sentence. Once she adjusted to the prison, she attempted to help other prisoners who were self-harming and committing suicide. While providing help, she had to bear witness to others' self-injury and pain.

I was slashing a lot. Yeah. And then the last... time that I was peer support there was like seven att... two deaths and five attempted hangings... or was it three? And [the warden] ... would always call on me to do this, that, this, that. I mean, I was sleeping on the floor outside of people's cells just talking to them all night trying to keep them alive, eh?

While cutting and slashing are common forms of self-injury, women can mark their bodies and show resistance in other ways. Bodily changes can also result from other health conditions. Anorexia and bulimia are more common in female prisoners than in the general population. Controlling one's intake (or lack thereof) of food represents a way to gain control.[36] Kelly describes how she used her eating disorder to cope and resist within prison, and how she was punished for this behaviour:

I would eat 3 spoonfuls of peanut butter a day, and black coffee and water, that was it. And it was like, it's not hard because you do it for a while and then that's the control, and you're full and everything. And so then they put me in seg, and so I said okay I'd eat. So then my other way that I originally did it was throwing up, I didn't have to stick my finger down my throat, it just...So I'd eat and then come back to the wing ... and so I wasn't gaining weight.

Kelly's resistance provides some relief from the institution, but has negative consequences for her health. This resis-

tance does not balance the extreme inequality between the all-powerful, total institution and the relatively powerless prisoner; it does, however, create a space for prisoners to challenge or subvert the power confronting them. It may also make imprisonment more bearable for the prisoners, increasing their chances of surviving the ordeal.

Prisons use technologies of routinized discipline to shape prisoners' actions. Although prisoners may resist these forces, their long-term exposure to the prison leaves many visible and invisible scars. As prisoners complete their sentences and return to their communities, the markers of the prison's disciplinary rationalities and technologies of control, as well as the prisoners' own resistance, remain etched on their bodies and minds, shaping their relations with society, and posing challenges to their lives on the outside.

### The ex-prisoner's body

Where do you start? It's like...we've done a job on ya! And you know, good luck, here's some bus tickets and a little booklet on community resources, and go make yourself a cute little life. (Cindy)

Cindy, who works with ex-prisoners, recounts the dislocation women feel after leaving prison. After prison, ex-prisoners face many immediate challenges: they must find somewhere to live, medical care, a source of income, obtain identification, and develop a support network, among other things.[29,61,62] Although women are no longer surrounded by bars and walls, their minds are not so easily freed from captivity. Foucault[30] notes how the prison aims to produce docile bodies: bodies with internalized discipline, that comply with directions and orders, and that will be suitable for integration into the broader society. These behaviours are encouraged through institutional programming and routines aimed at re-shaping women's actions and thoughts; compliance is enforced through punishment.[6] While these forces are less prevalent in the community, they imprint themselves on women's bodies, adding additional hardships to the (re)integration process. The bars may be gone, but women's bodies still bear markers of imprisonment.

Foucault discusses how the prison can "normalize" individuals and enforce conformity.[30] Social forces in the outside world also serve a similar function. Gender roles and behavioural norms create expectations about how women will act and look. Erving Goffman notes that nonconforming individuals – those whose presence breaks or offends social rules – are considered to have a "stigma." [63] Ex-prisoners may have stigmas that are easily visible, or their stigmas may be latent, but still present in their thoughts and actions. Martha notes that the tattoos she got in prison permanently mark

her body as "dangerous" to others.

When I got out for the first time, I was wearing a tank top, I have some tattoos. I saw that certain women who saw me on the subway were clutching their handbags. That screwed me up emotionally; today, I can say that I no longer wear tank tops on the subway. ...I had to change because I didn't want to be seen like that. (authors' translation)

Suzie recounted similar problems with her tattoos:

Because of my tattoos, mothers were holding onto their children on the subway or things like that. I had thought it was all in my head, because anyone who saw me, I had a smile on my face and gentle eyes, everyone smiled at me. (authors' translation)

Being perceived as a dangerous person deeply affected Suzie. In contrast, Cheryl recognized that she is seen differently because of her tattoos but resists strangers' intruding stares. Instead of changing her behaviour or attempting to hide her tattoos, she claims her space in the community, asserting that she belongs.[39] She challenges others' negative interpretations of her body project and the people who look at her differently:

They're looking at you and you think "Oh god. They can... they're saying inmate." Right? And then you get confused in the middle of that thought, "No. They're looking at you 'cause of your tattoos." And then you combine the two and it's like "Holy shit." Yeah. Now, I'll tell you the truth though. Now I just get pissed off at people, eh? I do. I ask them "What the fuck are you lookin' at?" I do. I don't walk around staring at people...

Body alterations such as tattoos and scars are common in prison, and may garner a woman respect or recognition. On the outside, tattoos are becoming much more popular among women, but they are often highly feminized, conforming to female body and gender ideals.[57,64] Prison tattoos, however, take on a different significance outside of prison, permanently branding women as masculine, primitive and "damned." [65 p4] Cheryl asserts her presence in public space, refusing to show shame or embarrassment and making others question their assumptions of her. Her bravado and continued resistance to social norms reaffirms her body as a contested, politicized space and her image of herself as a "fighter" in prison. Her reactions in private life on the outside, however, show that her identity is positional and shaped by her surroundings.[32]

In contrast to Cheryl's strongly asserted presence in public space, in private settings she and other ex-prisoners attempt to avoid public scrutiny and "pass" as normal. Goffman[63] notes that when a stigma is not easily visible, the bearer can pass herself off as normal, but may still be found out.

When I go to [a friend's] house, out of respect for her, I try to always remember to have a long-sleeved shirt on. Because her landlord's straight, her neighbours are straight, they don't know about people with tattoos. What are they going to think? "Oh my god, look at that \*\*\* all those tattoos" and the ring in her nose. I mean, I know how people think, eh?

Here, Cheryl wishes to "pass" for someone who has lived a different life so as not to embarrass her friend. She fears judgment and negative treatment because of her marked body. Similarly, to avoid the stigmatization of being an ex-prisoner, Kelly changed her appearance after leaving prison. Her reflections, however, still show how the institution and cultural norms have shaped her way of thinking:

When I first got out, there was things that I changed about myself, like my appearance, like different coloured hair, and I still was worried about my weight, but I still worked on being who I wanted to be, I've still almost reached that goal, but just being who I always wanted to be. Because as a kid, I always had this thing as to be, you know, be the good little girl, and do what I'm told, and meet someone, and have this nice place and have a family and do things together as a family, and I never had that.

Kelly's narrative shows how she is mindful of the stigma of prison, but also how she remains influenced by the notions of femininity imposed by the prison and society as a whole.[9] Her transformation represents a technology of the self, used to present her body as "normal" and acceptable. Both Cheryl and Kelly show how women's identities are positional, shifting depending on the social setting and others' reactions.

After prison, many ex-prisoners seek to re-develop relationships with family and friends, looking to create or re-build lives that have been interrupted by their imprisonment.[29,52,61] While most of the women noted having a few close friendships or relationships with family members, few indicated that romantic relationships were important to them. This may be related to the women's past histories of abusive or troubled relationships, or to an unwillingness to share their bodies with others. Kelly indicated that prison changed how she opens herself to others. She now limits others' contacts with her body, both by avoiding romantic relationships and by restricting everyday physical contact. She notes, "... it took a long, long time to shake someone's hand." Kelly's discusses her decision to avoid intimacy and personal relationships. While indicating that she would still consider an intimate relationship, her allusions to past hurts show that she no longer trusts human companions with her body:

...I don't want...I'm sixty years old and I'm not saying there isn't somebody out there, but I enjoy doing

things sometimes by myself, or with other people. Like I'm an animal person, I'm a nature person, and outside...and so far no one's ever liked the things that I like. And when I was a child and even growing up through both relationships, I had cats and they were my friends, they never hurt me, I cared for them, and I'm still that way.

April has also avoided dating after breaking off a series of relationships that included two marriages. April initially sought out relationships because she was afraid of being alone when she first left prison. Retrospectively, she describes her feelings:

I felt like at first if I didn't have someone in my life I'm not going to make it. I'm not going to be able to do it. I'm not going to be able to, you know, live on my own, pay all my bills. I need someone. I don't feel like that anymore. But you do at first. You think you're not going to be able to do this.

In contrast, April now describes being single as a way of asserting her independence and autonomy:

Well, I feel like I can make it on my own. I don't feel like I have to depend on anyone, which is a good thing for me. I really feel like I can make it on my own. I don't need anyone. You know? Not to see that I'm going to have plans on being alone the rest of my life. I don't. You know. But I'll make sure it's a good relationship too before I get into anything.

These ex-prisoners' lack of romantic relationships may reflect a desire to avoid intimacy and protect their bodies and selves from possible abuse or pain, in contrast with men, who often maintain relationships during imprisonment or create new relationships shortly after release.[66] Living without romantic relationships, however, is also a place for resistance: women find that they are capable of living autonomously and do not require a partner despite social scripts to the contrary.

While most of the women were not making time for romance after prison, they were attending to their bodies. As noted, prisoners' health is often poorer than that of the general public.[15] After release, many ex-prisoners look to repair some of the neglect that their bodies have experienced in prison. [67] Cheryl indicated that she has endured multiple surgeries to correct many years' worth of medical problems:

I had medical concerns inside but they want to give you an anti-depressant for everything, eh? They don't want to look at the real issues. Since I've been out, I've had like 13 surgeries.

Fortunately for Cheryl, she was able to access medical care quickly on the outside. Not all women are so fortunate; many endure withdrawal from medications and continue to suffer because they lack access to proper medical care. Mary, a worker, describes the difficult situation women are placed in

when their health needs are not properly attended to in their release plans:

Let's say they have umpteen dozen different medications while they're in custody. They're now being released. They might give them a day or two of medication. Depending on which city you're going to, huge waiting list to get a family doctor. ...let's face it, if you're taking somebody's benzodiazepines or any of those kind of medications that are mood-altering and all of a sudden you're detoxing 'em 'cause you don't have a doctor. I mean, what are you going to go to? You're gonna go to something to try and make you feel better.

When women lack the health services they need, their releases are further complicated, and may be doomed to failure.[29,61,62]

Being isolated inside the prison changes how women adapt and react in the outside world. The stress of attempting to integrate into the community, coupled with the urgent needs one must meet after release may lead to illnesses. Kelly experienced physical pains during reintegration, stemming from a severe case of pneumonia:

I ended up getting pneumonia I think the first year I was out because of all the running around you do do that you're not used to doing I think. ... So I had that experience... yeah, pneumonia. Coughed and I had every muscle in my back. I couldn't move for weeks. I had to go to the chiropractor every day and it was all I could do to sit in the car and go to the chiropractor. It was killing me. I just think that... I lost a lot of weight. A lot of weight. I went way down. I looked like a toothpick and I couldn't put it back on for quite a while. I just started to this year.

For Kelly, getting out brought a new set of health challenges which compounded her existing medical conditions. The stress of integration combined with a severe illness made the reintegration process both *physically* and *emotionally* painful, echoing the pain of her time in prison.

After prison, women must renegotiate places in the community with the stigmas of imprisonment imprinted on their bodies. These stigmas – be they tattoos, scars, illnesses, or behaviours – mark women as different and challenge their abilities to integrate. Whether they choose to hide their bodies or display them to others; seek out partners or seclude themselves; or engage in self-discipline or self-care, women must insert themselves into the social world and find a way to survive. While these women have all succeeded at staying “out”, their bodies and minds still bear the markers of being “in.”

## Conclusion

Although the women interviewed may have “escaped” the prison, it has indelibly etched itself on both their bodies and minds. Female ex-prisoners’ bodies have been visibly and invisibly marked: they look and feel many years older; their physical and mental health may have deteriorated; their skin bears tattoos and scars from their body projects and resistance; they engage in self-monitoring and self-censoring; they are no longer accustomed to or integrated with life on the outside; and they lack friends and companions. These ex-prisoners’ accounts of their experiences show that the prison and its rationalities and technologies continue to affect their everyday lives. In prison, the women developed resistance strategies to counteract the homogenizing and infantilizing forces that surrounded them. These strategies change how women relate to their bodies, turning them into politicized sites of struggle and resistance as well as canvases on which to display their pain and anger. While these resistance strategies helped the women cope within the prison, they are not well suited to negotiating life on the outside. As women leave prison, the markers of their survival isolate them as different, dangerous and damaged.

All of the women interviewed have left the prison, but they are far from “home free.” Everyday reminders of the prison remain chained to their bodies, which they are unable to fully reclaim as their own. Their prisoner identities have transformed and shifted as the women have become ex-prisoners; remnants of these identities are now permanent parts of their lives, just as the prison rationalities have embedded themselves in the women’s thoughts. As Kelly summarizes:

“It never leaves your mind either. I’m noticing that... never leaves your mind. It just goes on and on and on and on and on.”

## References

- 1.Frigon S. Do women’s bodies matter in prison? In: Hird M, Pavlich G, editors. *Canadian Sociology for the Asking*. Toronto: Oxford University Press; 2007. p. 239-52
- 2.Government of Australia. *Australian crime: facts & figures*. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2008.
- 3.Public Safety Canada. *Corrections and Conditional Release Statistical Overview*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada; 2008.
- 4.Cohen S. *Visions of social control*. Cambridge: Polity Press; 1986.
- 5.Garland D. *Governmentality and the problem of crime*.

- Theoretical Criminology 1997; 1:173-214.
- 6.Hannah-Moffat K. Prisons that empower. *British Journal of Criminology* 2000; 40:510-31.
- 7.Hannah-Moffat K. Punishment in disguise: penal governance and Canadian women's imprisonment. Toronto: University of Toronto Press; 2001.
- 8.Rose, N. Powers of freedom: reframing political thought. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- 9.Bosworth M. Engendering resistance: agency and power in women's prisons. Dartmouth: Ashgate; 1999.
- 10.Faith K. Unruly women: the politics of confinement and resistance, Vancouver: Press Gang Publishers; 1993.
- 11.Frigon S. Femmes et emprisonnement: le marquage du corps et l'automutilation. *Criminologie* 2001; 34:31-56.
- 12.Frigon S. Paroles incarcérées: corps et perspectives des femmes. In : Hotte L, Cardinal L, editors. Mémoires de femmes, paroles de femmes. Montréal : Les éditions du Remue-ménage; 2002. p. 49-82.
- 13.Frigon S. Body talk: women's experiences of corporality in prison. In: Martinez A, Stewart M, editors. Out of the ivory tower: taking feminist research to the community. Toronto: Sumach Press; 2003. p. 131-54.
- 14.Hamelin M. Femmes et prison. Montréal: Le Méridien; 1989.
- 15.Robert D, Frigon S, Belzile R. Women, the embodiment of health and carceral space. *International Journal of Prisoner Health* 2007; 3:176-88.
- 16.Abrams L, Anderson-Nathe B, Aguilar J. Constructing masculinities in juvenile corrections. *Men and Masculinities* 2008; 11:22-41.
- 17.Butler M. What are you looking at? Prisoner confrontations and the search for respect. *British Journal of Criminology* 2008; 48(6):856-73.
- 18.Evans T, Wallace P. A prison within a prison? The masculinity narratives of male prisoners. *Men and Masculinities* 2008; 10:484-507.
- 19.Jewkes Y. Men behind bars: "doing" masculinity as an adaptation to imprisonment. *Men and Masculinities* 2005; 8:44-63.
- 20.Hannah-Moffat K, Shaw M, editors. An ideal prison? Critical essays on women's imprisonment in Canada. Halifax: Fernwood; 2000.
- 21.Shaw M. The release study: survey of federally sentenced women in the community. Ottawa: Supply and Services Canada; 1991.
- 22.Sinclair RL, Boe R. Canadian federal women offender profiles: trends from 1981 to 2002 (revised). Report No. R-131. Ottawa: Correctional Service of Canada Research Branch; 2002.
- 23.Task Force on Federally Sentenced Women. Creating choices: the report of the Task Force on Federally Sentenced Women. Ottawa: Supply and Services Canada; 1991.
- 24.Trevelyan S, Carrière G, MacKillop B, Finn A. A one-day snapshot of inmates in Canada's adult correctional facilities. Ottawa: Statistics Canada; 1999.
- 25.Kilty J. Under the barred umbrella: is there room for a women centred self-injury policy in Canadian corrections? *Criminology and Public Policy* 2006; 5:161-202.
- 26.Correctional Service Canada. Women offender statistical overview. Ottawa: CSC Women Offender Sector; 2003.
- 27.Snider L. Constituting the punishable woman. *British Journal of Criminology* 2003; 43:354-78.
- 28.Arbour L. Commission of inquiry into certain events at the Prison for Women in Kingston. Ottawa: Solicitor General of Canada; 1996.
- 29.Maidment M. Doing time on the outside: deconstructing the benevolent community. Toronto: University of Toronto Press; 2006.
- 30.Foucault M. Discipline & punish: the birth of the prison. New York: Vintage; 1977.
- 31.Foucault M. Technologies of the self. In: Martin LH, Gutman H, Hutton PH, editors. Technologies of the self: a seminar with Michel Foucault. Amherst: University of Massachusetts Press; 1988. p. 16-49.
- 32.Shilling C. The body and social theory. London: Sage; 1993.
- 33.Foucault M. The subject and power. *Critical Inquiry* 1982; 8:777-95
- 34.Foucault M. The history of sexuality: volume 1 – an introduction. New York: Vintage; 1990.
- 35.Gaucher R, editor. Writing as resistance: the Journal of Prisoners on Prisons anthology (1988-2002). Toronto: Canadian Scholars' Press; 2002.
- 36.Smith C. Punishment and pleasure: women, food and the

- imprisoned body. *The Sociological Review* 2002; 50:197-214.
37. Wahidin A. *Older women in the criminal justice system: running out of time*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
38. Garfinkel H. Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology* 1956; 61:420-4.
39. Munn M. 'Falling out of the rabbit hole': former long-term prisoners' negotiation of release, reentry and resettlement. unpublished PhD thesis, Ottawa: University of Ottawa; 2009.
40. Correctional Service Canada. *Regional women's facilities: operational plan*. Ottawa: CSC Office of the Deputy Commissioner for Women; 2002.
41. Correctional Service Canada. *Commissioner's Directive 006 – classification of institutions*. Ottawa: Correctional Service Canada; 2004.
42. Correctional Service Canada. *Commissioner's Directive 560 – dynamic security*. Ottawa: Correctional Service Canada; 2006.
43. *Corrections and Conditional Release Act, 1992*. c.20
44. *Corrections and Conditional Release Regulations, 1992*. SOR-92-620
45. Wahidin A. "No problems – old and quiet": imprisonment in later life. In: Wahidin A, Cain M, editors. *Ageing, crime and society*. Portland: Willan Publishing; 2006. p. 171-92.
46. Wahidin A, Tate S. Prison (e)scapes and body tropes: older women in the prison time machine. *Body & Society* 2005; 11:59-79.
47. Aday R. *Aging prisoners: crisis in American corrections*. Westport, Connecticut: Praeger; 2003.
48. Federman C, Holmes D. Breaking bodies into pieces: time, torture and bio-power. *Critical Criminology*. 2005; 13:327-45.
49. Lorentzen J. "I know my own body": power and resistance in women's experiences of medical interactions. *Body & Society* 2008; 14:49-79.
50. Martel J. *Solitude & cold storage: women's journeys of endurance in segregation*. Edmonton, Alberta: Elizabeth Fry Society of Edmonton; 1999.
51. Office of the Correctional Investigator. *Annual report of the Office of the Correctional Investigator 2007-2008*. Ottawa: Public Safety Canada; 2008.
52. Comack E. *Women in trouble*. Halifax: Fernwood Publishing; 1996.
53. Foucault M. The ethics of the concern for self as a practice of freedom. In: Rabinow P, editor. *Michel Foucault: ethics, subjectivity and truth*. New York: The New Press; 1994. p. 281-302.
54. Aretxaga B. Dirty protest: symbolic overdetermination and gender in Northern Ireland ethnic violence. *Ethos* 1995; 23:123-48.
55. Bryden R. Remembering prison justice day. *Journal of Prisoners on Prisons* 1991; 3(1&2):89-92.
56. Gaucher R. Organizing inside: Prison Justice Day (August 10th) a non-violent response to penal repression. *Journal of Prisoners on Prisons*. 1991; 3:93-110.
57. Atkinson M. Pretty in ink: conformity, resistance, and negotiation in women's tattooing. *Sex Roles* 2002; 47:219-35
58. Hellard ME, Aitken CK, Hocking JS. Tattooing in prisons - not such a pretty picture. *AJIC: American Journal of Infection Control* 2007; 35:477-80.
59. Strang J, Heuston J, Whiteley C, et al. Is prison tattooing a risk behaviour for HIV and other viruses? Results from a national survey of prisoners in England and Wales. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2000; 10:60-5.
60. Kendall K. *Program evaluation of therapeutic services at the Prison for Women*. Ottawa: Correctional Service Canada; 1993.
61. Richie B. Challenges incarcerated women face as they return to their communities: findings from life history interviews. *Crime & Delinquency* 2001; 47:368-89.
62. Severance T. Concerns and coping strategies of women inmates concerning release: "It's going to take somebody in my corner." *Journal of Offender Rehabilitation* 2004; 38:73-97.
63. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster; 1963.
64. Hawkes D, Senn C, Thorn C. Factors that influence attitudes toward women with tattoos. *Sex Roles* 2004; 50:593-604.
65. Braunberger C. Revolting bodies: the monster beauty of tattooed women. *NWSA Journal* 2000; 12(2):1-23.

66. Farrall S. Social capital and offender reintegration: making probation desistance focused. In: Maruna S, Immarigeon R, editors. After crime and punishment: pathways to offender reintegration. Portland: Willan Publishing; 2004. p. 57-82.

67. Shantz L, Frigon S. Aging, women and health: from the pains of imprisonment to the pains of reintegration. International Journal of Prisoner Health 2009; 5:3-15.

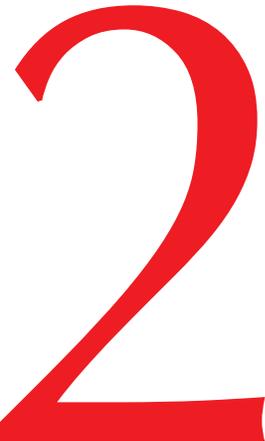
*Acknowledgements:*

*The research used in this article was completed thanks to a generous grant from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC).*

*Contact Information for Author:*

*Laura R. Shantz, Ph.D. Student  
University of Ottawa  
Department of Criminology  
25 University Pvt.  
Ottawa, ON K1N 6N5  
Canada  
Email: lshan013@uottawa.ca*

*Sylvie Frigon, Ph.D  
Professor  
University of Ottawa  
Department of Criminology*



### **Abstract**

Although much research has been dedicated to describing the ethical and communicative conditions of the encounter between a health care professional and a patient, in fact we know very little of the encounter itself, nor of the concept of the identity of the subjects they implicitly fall back upon. By contrast, in this paper we want to start from the fundamental question: what happens when two people meet in a patient's room? How do we take hold of the uncertainty and unpredictability in every new encounter? To address this lack we turn to the work of the French Philosopher Jean Luc Nancy and his notion of the singular and its importance for the encounter in the healthcare setting. Nancy examines the philosophical presuppositions inherent in the ways we speak of human identity. We explain his analysis of 'together' or 'with', and of 'singularity'. Then we apply his idea of singular identity to shed a new light on the encounter mentioned above.

**Key Words** ethics, health care, Jean-Luc Nancy, patient, professionalism, relationship, singularity

## **Meeting a Patient as a Singular Event: A Philosophical Reflection**

**IGNAAS DEVISCH &  
FRANCINE WYNN**

### **A precarious encounter**

Both for the patient and the health care professional, entering into a patient's room or nearing his bedside always creates a moment of uncertainty. For the patient this uncertainty is determined by such concerns as who the care giver is, what she is going to do and for how long, or if good or bad news will be shared. For the health care professional, it also means a step accompanied by questions such as who will he or she encounter, and under what conditions, and how this patient will respond to the information or treatment given. A nurse about to wash a patient or do a painful but necessary treatment, a doctor coming to discuss the results of

her surgery or a physical therapist beginning rehabilitation exercise with the patient, share at least one fundamental characteristic: the artificial coming together of two persons who are often not familiar with each other and who possibly will not see each other again. They all meet each other in sometimes precarious circumstances.

Although much research has been dedicated to describing the ethical and communicative conditions of this encounter, [See for instance: 1,2-6] in fact there is still a need for on ongoing and profound reflection on the clinical encounter itself. How for instance do we take hold of the uncertainty and unpredictability in each new encounter, with not knowing what to do in advance when meeting a patient, despite the existing guidelines, competences and skills which are at hand? This encounter is of course a specific one with on the one hand, a patient in acute need of healthcare services, and on the other a person charged with professional skills and competencies. When these two meet at the bedside or in the clinic, this encounter asks for particular reflections about how to get along. Sometimes, for example, a patient

may be fearful, in pain, sad or even aggressive, while doctor or nurse may be exhausted, rushed or uncertain about the potential effectiveness of treatment.

We understand this question of such an encounter to be a genuine philosophical one. As is most often the case with philosophical questions, they deal with topics which most of us take for granted, but our answers to them are nevertheless crucial for the way we think and act. We will show that not only does this question on the encounter pre-exist all other questions concerning the relationship of a patient and a health care professional but the answer to it can highly determine the conditions through which this encounter is worked out. In particular, an unquestioning reliance on the concepts of personal identity and autonomy are crucial in this.

To address these questions, we turn to the work of the philosopher Jean-Luc Nancy and his notion of the singular. Nancy not only writes in detail on the subject of what he calls 'being-with' or 'being-together', [7-11] he also examines the philosophical and ontological presuppositions inherent in the ways we speak of human identity, be it singular or plural. Since we use his work to ground our analysis, we will explain first a few of his concepts, in particular his analysis of 'together' or 'with', and of 'singularity'. Then we will apply his idea of singular identity to shed a new light on the clinical encounter. By the singular aspects of our identity, we mean the temporary differences of a person which are unique in time and place. These differences are infra-individual, meaning for example, if a physician is confronted with the sorrow of a patient or with his joy of recovery in an encounter, he will likely enter the next caught up in this mood of sorrow or joy. Both the patient and healthcare professional can be quite different from time to time, from place to place, from person to person.

This means that a meeting between two individuals can greatly differ depending on the circumstances. In one situation, if a surgeon shares bad news with an oncology patient before or after surgery, it can mean an enormous difference to the patient. In the first case, surgery may have been of help, in the second case, the surgery has probably failed and the patient maybe facing the terminal phase of the disease. In another, an elderly widowed woman readmitted for leukemia (with an eight year hiatus) is talkative and engaging. Her nursing student enjoys caring for her but after an adverse reaction to treatment this patient is withdrawn and at times aggressive and the student forces herself to approach her bedside.

## Together

If we articulate an encounter at its most abstract level, perhaps it would be like this: when two people meet in a patient's room, they come together. This expression seems banal but it is not. Although most of the time we pretend as if we know what 'together' means, it is far from sure that we actually do. How can we speak of a together in this encounter? How can we understand it? Together (translation of the French '*ensemble*') is a concept Jean-Luc Nancy first introduces in a text on 'compearance' written on the occasion of the fall of communism.[12] Compearance is a juridical concept that means becoming a defendant, appearing before a judge. Compearance also has the general meaning of a gathering or meeting. Moreover, it is a linguistic relative of the Greek '*parousia*', the anticipated (second) coming of the Lord in Christian religion and thus also with '*dies irae*', the day of the Last Judgment.[13]

The meaning of compearance circles around the appearance or arrival of something, on the one hand, and the multiplicity of that arrival, on the other. This is also why co-appearing (in French: '*comparaître*') means that the appearing ('*paraître*') takes place never other than as 'co' (with). It is, according to Nancy, never a matter of appearance itself, but about an existential condition for every appearance. There is no appearance, no coming to the world and no being in the world that does not take place as 'withness', Nancy writes:

Compearance, then, must signify—because this is what is now at stake—that 'appearing' (coming into the world and being in the world, or existence as such) is strictly inseparable, indiscernible from the *cum* or the with, which is not only its place and its taking place, but also—and this is the same thing—its fundamental ontological structure.[11, translation modified,13]

Nancy employs this meaning of compearance in order to lay bare what he calls 'the ontological structure' of an encounter between people. An encounter means we are, at least for some moments, together. Being-together, he writes, is being-one-with-another, a we. Such a we can be a group, a network, a people, a couple, but it always denotes a contingent we, a we that appears and disappears in an ever temporarily, unique and therefore singular manner. Every we arises with each renewed encounter in a different way, it is no substantial and permanently existing whole. For instance 'we Americans' or 'the patient' refers time and again to another reality because the identity of this we is unfixed.

## The singular

This brings us to the next concept of Nancy's, singularity. For

readers unfamiliar with his oeuvre, the next consideration obviously needs some further explanation: every singularity is plural, but every plurality is also singular. This central thought coming from *Being Singular Plural*, is crucial to his conceptualization of human being-together and to what he means by singularity. Although in *Being Singular Plural*, Nancy often refers to the singular or singularity; it is in his earlier essay “Un sujet?” [14] That he sets out what singularity signifies, albeit by way of a detour. Here, Nancy enquires into our historical-philosophical understanding of the ‘subject’, the philosophical expression for the human individual. In this understanding, a subject is understood as a self-actualizing entity that, present to it, is itself the permanent base from which the outside world is represented to consciousness. This notion of subject can be attributed to the founding father of modern philosophy, René Descartes, for whom the world is an object to be understood by a subject positioned outside that object. [14] In this connection, this subject is, in a way, floating above the concrete world and does not take part in the world.

Most of the time when we speak about human beings and call them, for instance, autonomous or unique, we fall back upon this Cartesian idea of a subject; or as Nancy says: a substantial and permanent identity of the individual. Consequently, when we talk about an encounter in healthcare, we then would be talking about the coming together of two people with such permanent or fixed identities. As a result, we develop guidelines about how they should meet each other in a professional context, thereby presupposing that these identities remain always the same. The whole idea of patient-centeredness, for instance, is based upon this point of view: in the first place, the patient is an autonomous and undivided individual. [15,16]

On the other hand, Nancy’s perspective on an encounter is quite different. In the place of the term subject, he speaks of singular existence. According to him, existing is singular before anything else; it is not founded in a specific essence that may or may not precede existence. Existence has a purely singular place and does not exist on the basis of the presence of a fixed and consolidated identity always identical to itself, but from the uncountable moments during which existing occurs or takes place. My existence is singular insofar as it is not my own and not my possession, insofar as it takes place an uncountable number of times ‘in’ my individuality itself, as Nancy has explained in a footnote to *The Experience of Freedom*:

Singularity is what distinguishes the existent from the subject, for the subject is essentially what appropri-

ates itself, according to its own proximity and law. Yet the advent of a subjectivity is itself a singularity. [9]

This does not mean that there is no self, but that the self has no abiding essence. The singular does not result from the production, the foundation or the autonomy of something. On the contrary, it gives the subject no final ground or first cause, as one classically intends by the Latin word *subiectum*, which literally presupposed being, the foundation of every act. The singular exists in the always simple act of essenceless existence. In this act of existence, the singular is present but not as a subject that is self-present.

The presentation of the singular is a coming to presence of a moment, always anew, in every act in which it appears. In this sense, the singular is never present to itself. As being-in-the-world, it is always exposed to other singularities, or better, to other singular moments. We is one by one and one with one, as Nancy cryptically describes it [‘one by one’ is his translation of the Latin ‘singuli’]. [11] And also: the singular is “each time, only this time [*à chaque fois, une seule fois*]”. [9]

Nancy’s specific test for this general notion of singularity is the coupling of singularity and plurality: there is no singular that is not placed in plurality and reciprocally, no plurality that is not always singular. The singular is (as) plural, with and between others, it is the one, punctual indivisibility in each unique encounter in which it takes place:

The singular is thus this indivisible unity. It is not something which one can relate to an essence, or – spiritual version – to the soul, or – materialist version – to the body. Its singularity is its unity as unique existence. The decisive category of the singular evolves exactly around this, to that extent precisely that it, perhaps is not even a category or is at the limit of every category [...] The singular cannot be classified; the singular is the act through which one departs from classification, through which one departs from the logical and cognitive order of substance. [14; authors’ translation]

The singular is indivisible, but not as a subject or a whole in which all empirical bodies are absorbed. With each indivisible and unique act, the singular reappears, and with the disappearance of each act, it disappears once more. A singular existence is at each moment temporarily indivisible for the time of the event or its singularization. This event can be infra-individual – differences within the same individual – but also transindividual – differences within the same group of individuals. Meeting friends at a bar or a street party can each form singularities, but meeting the same friends at the bedside of their sick friend at the hospital makes another singularity of them.

Therefore, from a Nancian viewpoint meeting a patient is a singular event. As singularization involves always being exposed to others, every singular encounter is another exposure. Although we often use typologies to classify people – this is in particular the case in healthcare – a type is never as such a type seen from a singular perspective. What is an elderly patient for instance? If a nurse enters a room and her colleagues have told her that the patient is an old woman, what do they mean by that? It is as if all old women are of one category, and even as if the same old woman is always the same person. Yet someone may have paid her a surprise visit which results in a renewed courage.

In every encounter, the relation between singularities is their incommensurability. They can never be reduced to each other but their mutual differences are not substantial characteristics that can lead to a specific, demarcated whole of singularities either. We are different from each other, but not because of a substance or an archetype. Characteristics such as ethnicity, a people or a culture are contingent rather than exclusivities that permit or disallow someone from the outset from categorizing people into types or vast characters.

It is thus a question of singular differences, the infra-individual differences that make someone always plurally, locally and momentarily different. I do not differ just from others but also differ continuously from myself. With a friend I behave differently than with my family; when I am sick, my world is upside down, but that of others is not. In different contexts I can also behave differently toward the same person. People never meet person Y as such, but always person Y with specific infra-individual qualities or characteristics.

This is why people are not to be distinguished from each other on the basis of whether or not they share a common denominator. There are no archetypal points of comparison or one or another essence against which each character trait can be measured. The smile of an old Turkish man after his hip surgery does not typify him on the basis of some substantial characteristics of either being Turkish or being a man. The smile typifies this man at that moment, at that fleeting moment at which he laughs and you imagine he will recover soon. Even an encounter with the same man, at the same place and time and with the same smile but with someone else in the patient's room, creates a completely different meeting and thus another singular moment. Maybe he smiles because of his visitor and not because of his successful surgery. These, says Nancy, are the everyday characteristics that reveal the plural singular. The moment someone raises her arm in a specific way, when she adjusts her skirt, when she smiles or casts a shy look at the world, and so forth. These

things typify her, but they do so not on the basis of a number of fixed characteristics of a substantial identity.

### Nancy's praxis of encounters

After our short journey through some of Nancy's vocabulary, let us now return to the question we started with, namely what can we learn from Nancy's concepts of singularity and being-together to analyze the encounter between a patient and a health care professional? In other words: why might the nurse or the physician require an understanding of identity and human encounters based in singularity? What is the surplus value of categorizing encounters as *singular* events?

In principle, if we are talking about a professional encounter, we talk about persons who do not know each other; who are not friends, not family; they have no privileged relationship or bond with each other. In short, everything is at hand to describe it as merely a functional, professional, superficial relation or relatively unimportant within the whole of a human life as compared with long term relationships with friends and family.

And yet, is often not the opposite the case? To meet a patient is time and again a moment of uncertainty and unpredictability, and therefore a very powerful event. Someone is sick or injured and is exposed in the most literal sense of the word. In *Corpus*, Nancy calls this exposure to one another *expeausition*—playing on the term 'exposition': '*peau*', in French, means skin.[17,18] Skin is literally exposed to contact with another skin or surface. Such exposure and such contact is more than occasionally the case for the encounter of a patient and a health care professional. Not only the singular *expeausition* of the patient is at stake here, but also that of a health care professional. He touches, supports, helps and is therefore himself also touched in the broadest sense of the word. For both parties in this encounter, their selves are exposed to a heteronomy, a sharedness. This is what Nancy calls *partage*, which means being shared as well as being divided. Only from out of this shared space, an encounter can take place.[19] If a patient and a health care professional meet, they are both sharing the same space and time: a nurse who has to tend to patient after an episode of severe bleeding, is confronted with a very intimate and close encounter with another human being when she bathes him, changes his linen, and comforts him. And of course, she has to be very professional in her acting and communicating, but is that all we should tell about their encounter? Does it really stop here?

## Singularity within healthcare

What can we describe as the main characteristics of the encounter of a patient and a health care professional seen from a Nancian viewpoint? Every encounter is unique in time and place, even if the two persons know each other, as every meeting is singular due to their moods at that very moment. For example, the encounter can be shaped by the patient's hope of recovery or his lack of it, the sunshine outside, or the nurse's distress over an earlier interaction with another patient. Each encounter is as concrete as possible and always operates in a here and now or a space-time; it always stands for a plurality, a sharing, an intertwining of beings. To encounter presupposes a space and time that every "I" shares with others.

When Nancy makes a stand for singularity within human encounters, his point of departure is our existential condition which demonstrates that being plural singular makes the plurality of encounters possible. Nancy describes the encounter as "a sharing, and not as a fusion, as an exposure, or as an immanence".[8] Everyday encounters can be very diverse: encounters with whom, when, how often, why? There are encounters that are literally encounters, approaches that bear no demands with them; there are distant contacts, but there are also intense bonds between friends; there are encounters that we scarcely can remember, others that have put their stamp on us; there are aggressive or traumatic encounters. Being-together or being-with reveals itself just as much in everydayness as in the privileged encounter, says Nancy.

An encounter is an act, a moment, and although temporary, not a standardized or individualized one. If we meet a patient, we can of course neglect these aspects and foreclose ourselves into models of professionalism and communication; these are, once again, useful and necessary, but when privileged as the one-dimensional perspective of the encounter between a patient and a health care professional, we miss a crucial aspect: the encounter itself. The encounter is what escapes from our guidelines, is what makes me –whether I am a patient or a health care professional – be surprised, disappointed or happy, be exposed and expeasured.

## Conclusion

A singular exposure is crucial to an encounter, albeit a professional one. Meeting begins with the exposure to plurality and with the sharing of a unique moment and place. Such exposure means being summoned and judged. The idea of compearance does no longer start from any theological judge before whom we must appear. *Dies irea*, the Day of

Judgment, is not a day that could ever occur in history, but it is the tribunal of plurality before which we appear at every moment. To encounter is being exposed to plurality. Consequently, this exposure confronts us with a responsibility for the unique moment we meet another person.

Consequently, an encounter is not an abstract reality of a patient versus a professional, but always concerns an act and praxis. The event of the encounter of one person to another is always unique and has to be thought from its radical temporality, from the fact that an encounter concerns no other unity than its subsequent singular moments, nothing other than its multitudinous moments. The question of the encounter of a patient and a healthcare professional is not only a question of developing professional guidelines and skills, but is also a matter of always being exposed over and over again, of being surprised time and again by the singular meetings with patients. Isn't that the simple 'evidence' medicine should be based upon?

## References

1. Levine AI, Swartz MH. Standardized patients: The "other" simulation. *Journal of Critical Care* 2008; 23(2):179-84.
2. Yudkowsky R, Downing SM, Sandlow LJ. Developing an institution-based assessment of resident communication and interpersonal skills. *Academic Medicine* 2006; 81(12):1115-22.
3. Goold SD, Stern DT. Ethics and professionalism: what does a resident need to learn? *American Journal of Bioethics* 2006; 6(4):9-17.
4. Shapiro J, Lie D. A comparison of medical students' written expressions of emotion and coping and standardized patients' ratings of student professionalism and communication skills. *Medical Teacher* 2004; 26(8):733-5.
5. Wiskin CM, Allan TF, Skelton JR. Hitting the mark: negotiated marking and performance factors in the communication skills element of the VOICE examination. *Medical Education* 2003; 37(1):22-31.
6. Stark P, Roberts C, Newble D, Bax N. Discovering professionalism through guided reflection. *Medical Teacher* 2006; 28(1):e25-31.
7. Nancy JL. *Being singular plural*. Stanford: Stanford University Press; 2000.
8. Nancy JL. *The inoperative community*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1991.
9. Nancy JL. *The experience of freedom*. Trans. Bridget

McDonald with a foreword by Peter Fenves. Stanford: Stanford University Press; 1993.

10.Nancy JL. The confronted community. *Postcolonial Studies* 2003; 6(1):23-36.

11.Nancy JL. Being singular plural. Stanford: Stanford University Press; 2001.

12.Nancy JL. La comparution/ The compearance from the existence of "communism" to the community of "existence". *Political theory* 1992; 20(3):371-98.

13.Nancy JL. Dies irae. In: Lyotard JFea, editor. *La faculté de juger*. Paris: Minuit; 1985. p. 9-54.

14.Nancy JL. *Homme et sujet*. Paris: L'Harmattan; 1992.

15.Sandman L, Munthe C. Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis* 2009: 289-310.

16.Bovenkamp HM, Trappenburg MJ. Reconsidering Patient Participation in Guideline Development. *Health Care Analysis* 2009; 17:198-216

17.Nancy JL, Rand R. *Corpus*: Fordham University Press; 2008.

18.Nancy JL. *Corpus*. Paris: Métailié; 1992.

19.Nancy JL, Ormiston GL, Schrift AD. *Sharing voices. Transforming the hermeneutic context: from Nietzsche to Nancy*. New York: State University of New York Press; 1990. p. 211-59.

*Contact Information for Author:*

*Ignaas Devisch, Ph.D.*

*Professor in Ethics, Philosophy, and Medicine  
University of Ghent – Artevelde University College*

*de Pintelaan 185*

*9000 Ghent*

*Belgium*

*Email: [ignaas.devisch@ugent.be](mailto:ignaas.devisch@ugent.be)*

*Francine Wynn, RN, Ph.D.*

*Lecturer*

*University of Toronto*

*The Bloomberg Faculty of Nursing*

# 3

## Résumé

Cette recherche qualitative exploratoire vise à mettre à jour les impacts psychosociaux possibles de consommation de pornographie homosexuelle masculine à travers les discours de 20 usagers gais de Toronto (Canada). La consommation de pornographie semble plus acceptée et normalisée chez les hommes gais que chez les hommes hétérosexuels. Une telle consommation peut avoir une incidence sur certains aspects de la santé sexuelle et de la santé mentale. L'analyse thématique du corpus de nos données nous révèle que les impacts peuvent se faire sentir au niveau de l'apprentissage, de l'édification de la fantasmagorie, de la validation de la sexualité entre hommes, de l'ingérence dans la vie sexuelle et enfin, sur l'habituation et sur l'image de soi/image corporelle. À l'aide de l'analyse critique de discours, nous avons pu documenter les discours sociaux plus larges en jeu dans les récits des usagers et voir de quelle façon ils se positionnent à l'intérieur de ces mêmes discours.

**Mots clés** analyse de discours, consommation, Foucault, pornographie gaie, santé mentale, santé sexuelle

## Après le spectacle : les impacts psychosociaux de consommation de pornographie homosexuelle masculine chez les hommes gais

**SIMON CORNEAU  
& GENEVIÈVE RAIL**

*Few gay theorists have taken the unpopular course of criticizing the effect of porn on the men and boys used in it and on all gay men.*  
Jeffreys[1]

### Introduction

Au sein des écrits concernant la pornographie gaie masculine, la perspective des consommateurs brille par son absence. Tout un amalgame de discours, souvent discordants, existe au sujet de la pornographie gaie mais l'expérience vécue

demeure sous-théorisée car peu explorée. Selon certains auteurs, les hommes gais consomment plus de pornographie que les hommes hétérosexuels et semblent plus confortables avec ce médium.[2]

Les indicateurs utilisés pour mettre à jour les impacts possibles de la consommation de pornographie font généralement référence à des concepts liés à la santé mentale et à la santé sexuelle. À partir des écrits consultés sur le sujet, nous constatons que peu d'études se sont intéressées à la pornographie gaie à partir d'une perspective sanitaire. Comme la consommation de pornographie semble « normalisée » au sein du milieu gai, qu'en est-il des impacts possibles ? La présente étude qualitative exploratoire nous a permis d'explorer les impacts de ce phénomène par le biais de récits de vingt hommes qui font usage de pornographie gaie. Guidés par une perspective poststructuraliste, nous avons également pu mettre à jour les discours sociaux véhiculés dans les récits des participants.

## Impacts de la pornographie gaie : un domaine d'étude peu exploré

Au plan empirique, quelques études traitent de notre objet d'étude. Certains interlocuteurs n'hésitent pas à lier la consommation de pornographie gaie à des facteurs comme l'estime de soi, l'image corporelle et les effets de « dissonance » engendrés par les modèles (i.e., les acteurs et les pratiques) caractéristiques à la pornographie.[3] Les impacts possibles de la consommation de pornographie font souvent référence à des affections ou des troubles liés à la santé mentale. L'anorexie nerveuse, les troubles de l'alimentation et la dissonance par rapport à l'image corporelle constituent des problématiques de plus en plus documentées chez les hommes gais.[2,4-6] Certains auteurs n'hésitent pas à corrélés ces affections psychiatriques au culte du corps promu/entretenu dans notre société contemporaine et plus particulièrement dans les milieux gais[2,4,8-10] par le biais de différents médias, comme les films à caractère pornographique.

La santé sexuelle et la santé mentale constituent des dimensions qui participent grandement à la qualité de vie et au bien-être des personnes. En effet, la santé sexuelle fait référence de manière holistique à « la capacité de prendre plaisir et de contrôler ses comportements sexuels en lien avec une éthique sociale et personnelle, libre de contraintes psychologiques qui inhibent la réponse sexuelle et portent atteinte aux aspects relationnels et libre de troubles psychologiques qui interfèrent au niveau des fonctions sexuelles ».[11 p53] La notion de santé sexuelle est par contre bien souvent conceptualisée à travers une lunette biomédicale qui met l'accent sur les conséquences négatives de la sexualité.[12-14] Bien que cette vision est dominante dans les institutions officielles, plusieurs auteurs ont tenté d'élaborer une définition de la santé sexuelle plus englobante que celle offerte par la perspective biomédicale. Ces auteurs souhaitent se sortir d'une définition réductrice et « médicalisante » de la santé sexuelle en y incluant des éléments sociaux, culturels, politiques et historiques.[11] Selon certains auteurs, il est clair que la santé sexuelle participe à l'amélioration de la qualité de vie.[15] Quant à la santé mentale, elle peut également se conceptualiser de façon à intégrer des éléments qui influencent la qualité de vie. Nous retenons ici la définition de McFarland, Wasli et Gerety[16 p3] qui renvoie à « une attitude positive envers soi, la recherche d'une réalisation personnelle, l'intégration, l'autonomie et l'indépendance à l'égard des influences sociales, une appréhension précise de la réalité et la maîtrise de l'environnement ».

Les études portant sur les hommes gais, et réalisées selon une perspective de santé publique se sont surtout intéressées à la problématique du VIH/SIDA[17] et, par conséquent, la sexualité y est toujours associée au risque, à la contamination ou à la mort. C'est d'une telle conception que nous souhaitons nous affranchir, le temps de notre étude.

Redonner à la sexualité un ton plus positif nécessite dès lors de la considérer comme une facette importante de l'expérience des personnes qui prend comme ancrage une définition vaste et ouverte de la notion de santé sexuelle. Cette dernière, comme le soulignent Robinson, Bocking, Rosser, Miner et Coleman[3 p50], inclut plusieurs éléments : « l'expérimentation, l'affirmation de sa sensualité, l'atteinte de compétences sexuelles à travers la capacité de donner et de recevoir du plaisir sexuel tout en établissant ses propres limites concernant ses goûts en matière de sexualité et concernant les comportements sécuritaires et responsables ».

Outre les études empiriques, plusieurs écrits théoriques permettent de mieux cerner notre objet d'étude. À cet égard, deux perspectives dominent le champ de la pornographie gaie. La première perspective, dite « anti pornographie » voit la pornographie gaie comme oppressante pour les hommes gais. Elle peut être malsaine en elle-même car celui qui regarde est bien souvent incapable de s'identifier à ce qu'il voit.[18] Plusieurs auteurs s'inscrivant dans cette perspective critiquent la pornographie gaie car elle est, selon eux, un véhicule de relations de pouvoir et d'homophobie.[19-24] La perspective, dite « pro pornographie », regroupe des arguments théoriques utilitaristes et fonctionnalistes ainsi que certains éléments de défense de la pornographie par les tenants de la théorie « *queer* ». Selon cette perspective, la pornographie gaie est utile, voire nécessaire et cruciale pour les hommes gais.[25] La pornographie, pour les tenants de cette position, peut servir d'outil de libération et peut remplir des fonctions éducatives relativement au désir homosexuel. Plusieurs auteurs sont unanimes pour dire que la pornographie gaie a pu servir, et peut encore servir, d'outil en ce qui concerne la libération des hommes gais : elle rend visible cette minorité sexuelle.[26-31] Certains auteurs soutiennent de plus que la pornographie peut servir d'outil d'éducation au sexe sécuritaire.[22,29,32]

Les tenants de la théorie « *queer* » considèrent que la pornographie est plurielle et diverse dans ses formes et types de médias. Les désirs étant également pluriels, la pornographie ne peut être interprétée en termes essentiellement réducteurs ou appelant à des effets exclusivement négatifs.[33-35] Comme la pornographie est une représentation, elle peut donc faire l'objet de diverses interprétations[34] et constitue,

dès lors, un espace où les sexualités alternatives peuvent s'articuler et être explorées.[33]

Si la pornographie est un médium qui véhicule des discours sur le sexe, c'est le rapport aux discours qui doit être étudié et, selon Hardy[36], c'est à l'aide d'études qualitatives que nous sommes mieux aptes à le faire. Notre étude s'inscrit donc dans de telles visées et est fondée sur une approche théorique complexe que nous explicitons ci-après.

## Considérations théoriques

Il y a eu au cours des dernières décennies un changement de paradigme autour de la pornographie[37-38] et les théories plus récentes se sont attardées à situer la pornographie dans un contexte social et culturel plus vaste. Il y a donc eu glissement d'une perspective qui prend le contenu du message comme point de départ vers une perspective qui elle met l'accent sur l'auditoire et sur ce que signifie le texte/les images pour un auditoire particulier.[39] Ce nouveau paradigme est en lien avec ce qu'Attwood[40] appelle la « sexualisation de la culture » où le sexe devient objet de loisir dans une société de consommation. Dans un contexte où les relations durables sont de plus en plus difficiles, la pornographie est donc d'usage comme outil de gratification sexuelle immédiate. L'auditoire des médias a surtout été étudié de deux manières ; en se basant sur l'effet des médias sur ce dernier (*effect studies*) ou en fondant l'analyse sur l'étude de la réception des messages (*reception studies*). Le dernier courant s'alimente à des études qualitatives car il fait appel aux identités de l'auditoire afin de comprendre comment il utilise le médium et fait sens du produit consommé.[41]

Notre étude prend comme ancrage un auditoire particulier qui consomme un type de texte précis (les consommateurs de pornographie gaie). Trois théoriciens et leurs notions-phares guideront notre analyse de discours : Baudrillard et la notion de société de consommation[42], Debord et la notion de société du spectacle[43] et Foucault et ses notions de *scientia sexualis* et *ars erotica*.[44]

Comme le mentionne Baudrillard[42], évoluer au sein d'une société de consommation implique une distance de plus en plus marquée des uns par rapport aux autres; les humains se retrouvant davantage entourés par des objets ayant une valeur marchande que par d'autres personnes. Ces objets, selon Baudrillard, nous rappellent sans cesse notre absence à l'autre, et la frénésie de la consommation nous éloigne de la sexualité comme expérience exaltante. Baudrillard[42] parle de « signe » pour décrire notre rapport au monde, aux objets et aux expériences. L'image donnée/consommée

comprend des signes concernant le corps en tant qu'objet de désir et non comme sujet/objet par lequel on sent et ressent, ce que Baudrillard appelle la « signification sexuelle calculée ».[42 p208] Dans ce contexte de consommation du signe, la nouveauté est stimulée et valorisée afin de produire davantage de signes et d'objets propres à la consommation dans un but de divertissement. Comme la pornographie est un objet de consommation, la profusion et la multiplication des signes et des objets sur le sexe qu'elle porte avec elle et en elle fait en sorte qu'elle relègue le sexe à un bien de consommation comme un autre. Baudrillard ajoute : « toute sexualité vient se vider de sa substance et devient matériel de consommation ».[42 p235]

Par ailleurs, la notion de *société du spectacle* de Debord[43] est en lien avec la notion de société de consommation de Baudrillard[42] en ce sens qu'elle évoque une distanciation par rapport aux expériences personnelles vécues au profit d'un monde de représentations. En effet, la pornographie peut être théorisée comme une forme de spectacle du sexe. Le spectacle est pour Debord[43 p181] un objet qui véhicule des choix déjà faits pour l'auditoire, ce qu'il appelle « la représentation du non-vécu » ou ce que Mayné[45 p14] appelle la « transgression programmée à l'avance à notre insu ».

Enfin, le savoir sur la sexualité peut, selon Foucault[44], s'obtenir de deux façons : la *scientia sexualis* et l'*ars erotica*. L'*ars erotica* est un savoir qui découle de l'expérience du corps et de ses plaisirs, tandis que la *scientia sexualis* produit son savoir par les discours que l'on tient sur le sexe ; discours dont les sites de mise en oeuvre sont nombreux. L'*ars erotica* est produit directement par l'expérience du plaisir pris en lui-même et non à travers ce que l'on dit sur le plaisir. La *scientia sexualis* de l'époque moderne est selon Foucault une science qui s'est articulée sous forme de dispositif. La pornographie est donc pour nous un élément de ce dispositif de sexualité et fait partie intégrale de la *scientia sexualis*. Foucault démontre que loin d'avoir été réprimé, le sexe a en effet été investi au niveau du discours ; que des instances de pouvoir ont misé sur l'importance de parler du sexe de manière détaillée. Comme le mentionne Mason-Grant[46 p123], la pornographie « cultive des formes de connaissances sexuelles réductrices, objectivantes et envahissantes ». La pornographie récite des discours *déjà faits* sur le sexe et à cet égard est étrangère à l'*ars erotica*. La pornographie, comme forme de *scientia sexualis*, est donc en lien avec les notions de « société de consommation » et de « société du spectacle ». Ces dernières notions expliquent la mise en discours du sexe (i.e., la pornographie) car le spectacle

du sexe, tout comme sa consommation en tant qu'objet, témoignent de l'investissement du sexe au plan discursif.

## Considérations méthodologiques

### *Approche générale*

Notre étude exploratoire « d'auditoire » s'inscrit à l'intérieur d'une perspective poststructuraliste. La recherche exploratoire permet au chercheur de produire un savoir et des pistes d'études autour d'un objet à propos duquel très peu de connaissances ont été générées.[47] Dans le cadre d'une perspective poststructuraliste, les récits des participants sont analysés afin d'identifier les discours dominants ou résistants à l'œuvre dans le langage[48] – le langage étant vu comme une pratique sociale et culturelle qui peut porter en elle divers discours.[49] Dans une perspective poststructuraliste, la personne n'est pas définie comme étant autonome et indépendante des contingences sociales, culturelles et structurelles. Comme le mentionne Namaste[50] les savoirs/connaissances et les formes de pouvoir qui façonnent la personne dépendent des discours qui dominent dans une période donnée.

### *Participants*

Pour les fins de cette étude, le premier auteur s'est entretenu avec 20 hommes qui consomment de la pornographie gaie. Les critères d'inclusion étaient d'avoir au moins 19 ans, d'être un homme, de consommer de la pornographie homosexuelle masculine (sans que le type de médium n'ait été spécifié) et d'être en mesure de s'exprimer en anglais ou en français. Nous avons assigné un pseudonyme à chacun des participants afin de préserver leur anonymat. Nous nous sommes entretenus avec 16 hommes anglophones et 4 hommes francophones de la région métropolitaine de Toronto. Au moment de l'entrevue, ces hommes avaient entre 26 et 52 ans, l'âge moyen étant de 37 ans. Ces hommes sont majoritairement caucasiens (15 hommes), mais 5 d'entre eux se sont inscrits dans la catégorie « autre » en se référant à diverses caractéristiques (2 « Latinos », 1 « Juif », 1 « Africain de l'ouest » et 1 homme de l' « Asie du sud-est »). Par ailleurs, 19 de ces hommes se sont identifiés comme gais et 1 participant s'est identifié comme étant bisexuel. La majorité (n=12) des participants ont dit consommer de la pornographie à tous les jours alors que 6 en consomment une fois par semaine et 2 en consomment une fois par mois ou moins.

Nous avons procédé au recrutement à l'aide de la méthode boule de neige (un individu qui a participé à l'entretien

nous réfère d'autres participants potentiels). Cette méthode de recrutement est utile et appropriée lorsque la visibilité sociale des participants est faible et lorsque le sujet d'étude est sensible et fait appel à des éléments intimes et privés de la vie d'une personne.[51]

### *Emprunts à la méthodologie ethnographique*

Nous nous sommes inspirés de l'approche ethnographique pour cette étude. L'ethnographie peut être comprise comme une approche plus globale sans nécessairement demander du chercheur une présence soutenue au sein du groupe d'intérêt pour l'étude.[52] Comme forme d'ethnographie, l'étude « d'auditoire » s'appuie sur la perspective de l'utilisateur (ses expériences, le sens donné au médium et au message) et non sur celle du médium (contenu du message, modes de productions du message).[53] Les participants font partie d'un groupe qui partage certaines caractéristiques culturelles communes;[39] ils consomment tous de la pornographie gaie. Nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-dirigé comme instrument de cueillette de données car nous cherchions à rendre compte des expériences subjectives des hommes qui consomment de la pornographie. Cet instrument est tout à fait approprié pour une étude d'auditoire car il donne l'opportunité aux sujets de construire des récits autour de l'objet d'étude. Pour les chercheurs, l'examen de ces récits permet de saisir la façon dont les consommateurs font sens d'un médium.[53]

### *Analyse thématique et de discours*

L'analyse des transcriptions d'entretiens (i.e., les récits) s'est déroulée en deux temps : une analyse thématique suivie d'une analyse critique de discours. L'analyse thématique était essentielle afin de rendre compte des thèmes émergents des récits (i.e., *ce que* les participants ont dit). Cette forme d'analyse se prête bien aux études exploratoires[54] puisqu'elle sert à identifier, trier, classer et mettre en ordre les thèmes qui sont au cœur des récits. Comme le mentionnent Paillé et Mucchielli[54], l'analyse thématique sert à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés ».

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une analyse critique de discours afin d'aller au-delà de ce qui est rapporté par les participants pour investiguer le langage utilisé (i.e., *comment* les participants ont dit les choses). L'analyse critique de discours est une forme d'analyse qui met l'accent sur la relation entre le pouvoir et le langage.[49,55-56] Comme le mentionnent Ravel et Rail[57], cette forme d'analyse permet

d'explorer les récits, de les interroger, de voir de quelles façons les participants s'identifient à différents discours sociaux, et de mettre en lumière quels éléments du pouvoir traversent leurs propos. En effet, les participants se constituent en tant que sujets par les discours qu'ils s'approprient et répètent. En étant les sujets d'un discours et donc, les porteurs de son pouvoir/savoir, les participants deviennent sujets à ce discours dans le sens qu'ils s'assujettissent à ses significations, son pouvoir, ses règles. Mais, le changement et la résistance sont possibles puisque, selon Fairclough[55] et Monaghan[58], les personnes peuvent se positionner de différentes manières face à un discours dominant. Ainsi, une personne peut résister en s'appropriant et en faisant circuler un discours alternatif ou subversif. Selon Rail[59], l'analyse critique de discours permet de retrouver dans les récits des participants les discours sociaux qui se confrontent sur le terrain discursif et, en se faisant, de remettre les récits des participants dans leurs contextes socioculturels.

## Résultats : impacts de la consommation de pornographie

La question des impacts de consommation de pornographie a été directement posée à chacun des participants mais tout le processus d'entretien nous a permis d'identifier une gamme d'impacts qui peuvent se regrouper autour de six thèmes principaux : l'apprentissage, l'édification de la fantasmagorie, la validation de la sexualité entre hommes, l'ingérence dans la vie sexuelle, l'habitude et, enfin, l'image de soi/image corporelle. La notion d'impact renvoie donc aux extraits d'entretiens qui faisaient référence à toutes formes d'influence potentielle du matériel pornographique, aux effets, aux avantages, aux inconvénients de consommation de pornographie dans la vie des participants, toutes composantes confondues. Notons que pour chaque extrait d'entretien est donné le pseudonyme du participant, son âge ainsi qu'une lettre donnant une indication de la fréquence de sa consommation de pornographie : quotidiennement (Q), hebdomadairement (H), mensuellement (M) ou moins d'une fois par mois (M-).

### Apprentissage

Le thème de l'apprentissage est celui qui est ressorti chez une majorité d'interviewés. Plusieurs participants ont mentionné que la pornographie leur permet d'apprendre de nouvelles choses sur la sexualité ou sur de nouvelles pratiques sexuelles. Par exemple, Florent (35 ans, H) mentionne que la pornographie lui a enseigné des pratiques sexuelles qu'il n'avait jamais crues possibles : « J'ai appris

des choses que je n'aurais jamais cru possibles. Comme le « fisting » (i.e., pénétration/intromission de la main ou du poing dans l'orifice vaginal ou anal). Je n'ai jamais fait ça dans ma vie, reçu ou donné. J'ai jamais vraiment su c'était quoi avant de le voir dans la porno. J'ai donc appris ce qu'est le « fisting » d'une manière un peu crue ». Fabrice (28 ans, Q) quant à lui parle d'une forme de transmission du savoir lorsqu'il traite du thème de l'apprentissage par le biais de la pornographie, transmission de ce qui devrait être fait avec un autre homme :

J'imagine que de voir quelqu'un baiser d'une telle façon, tu regardes et tu te dis, « ok, c'est comme ça qu'il faut faire ». Ou bien, c'est comme ça que moi je vais le faire. Parce que c'est comme ça qu'on me l'a montré dans le médium et tu vas avoir de la satisfaction sexuelle. C'est pour ça que ça marche la porno ; on regarde ça et on se dit « on dirait que c'est comme ça que ça marche ».

Un élément du thème de l'apprentissage renvoie à la pornographie comme *médium éducatif* quant à des pratiques particulières, comme façon d'apprendre comment se comporter dans certains milieux sexuels gais. Qu'elle soit liée au milieu sado-masochiste, au milieu « cuir » ou à celui de la domination, la pornographie peut offrir un savoir et un savoir-être.

Un autre sous thème en ce qui concerne l'apprentissage par le biais de la pornographie renvoie à ce que nous pourrions appeler la *normalisation de certaines pratiques extrêmes*. Certains participants ont traité de cette facette en mentionnant que la consommation de pornographie peut leur faire accepter certaines pratiques sexuelles qui les répugnaient auparavant, entre autres, lorsqu'il y a intégration de pratiques extrêmes dans le contenu plus « *mainstream* » des grandes productions. Bastien (B) (39 ans, Q) est clair sur ce point lorsqu'il mentionne au chercheur (S) que la pornographie dite « commerciale » intègre de plus en plus de pratiques extrêmes ou marginales :

B: Il y a des choses qui étaient considérées comme tabou avant et qui deviennent de plus en plus acceptées, comme l'urine ou cracher sur l'autre personne, ou frapper l'autre, se faire bander les yeux, se faire attacher.

S: Tu as dit que ça devient de plus en plus accepté? C'est ton impression ?

B: Oui. J'ai remarqué que de plus en plus, dans la porno gaie, on voit des mecs qui urinent sur l'autre et il y a plus de « fisting ». On dirait que c'est dans chaque nouveau film qui sort sur le marché.

Le dernier sous-thème concernant l'apprentissage comme impact de consommation de pornographie renvoie au sexe

sécuritaire. Quelques participants ont mentionné que la pornographie leur a appris comment se protéger. La majorité des participants ont aussi discuté de la pornographie « *bareback* » (i.e., les rapports sexuels non protégés). Plusieurs participants ont traité du sexe non sécuritaire dépeint dans certains médias pornographiques. Cette forme de pornographie est pour certains célébrée alors qu'elle est condamnée par d'autres. Plusieurs participants ont mentionné que la pornographie *bareback* est excitante parce que transgressive et plus agressive. Il semble que pour les adeptes de ce type de pornographie, le condom n'est pas un attribut érotique et il vient inhiber l'excitation sexuelle. Le rapport au sperme semble également érotisé. Comme l'exprime Hervé (45 ans, H), avaler le sperme de son partenaire est un fantasme qui lui est offert par ce genre de pornographie :

J'ai vraiment commencé à être adepte de la pornographie *bareback* il y a quelques années. Je ne pratique pas le *bareback* ; je baise toujours « *safe* ». Mais je pense qu'il y a toute une fantasmagorie autour du *bareback*, autour du sperme aussi, d'avalier du sperme et prendre le sperme de l'autre.

La pornographie *bareback* est, selon Florent (35 ans, H), plus libre et érotique car elle dépeint un degré supplémentaire de passion : « La liberté, la folie, ce que ça montre, c'est juste plus érotique. Mais quand c'est *bareback*, c'est plus cru, c'est plus passionné ». Pour d'autres participants par contre, la pornographie *bareback* n'est pas « responsable » car elle peut influencer l'auditeur à adopter des comportements sexuels qui vont à l'encontre du sexe sécuritaire. Quelques participants se sont prononcés sur cet aspect éthique. Pour Adolphe (31 ans, H), qui choisit de ne pas consommer de pornographie *bareback*, le simple fait d'une telle consommation encourage une industrie qui n'est pas responsable :

C'est pas bien dans le sens que ça encourage les gens qui peuvent penser que c'est pas si grave. Ce qu'on voit à la télé nous influence et certaines personnes sont peut-être pas capables de s'en rendre compte. Si tu consommes beaucoup de pornographie *bareback*, ça peut t'influencer à faire la même chose dans la vraie vie et malheureusement transmettre le VIH. Le simple fait que tu regardes de la porno *bareback* nourrit l'industrie et c'est un impact négatif.

### Édification de la fantasmagorie

Le troisième thème concernant les impacts de la consommation de pornographie fait référence à l'édification de la fantasmagorie. Ce thème fait directement référence au monde de l'imaginaire, de la pensée, des idées que les participants peuvent découvrir à travers la pornographie. Bien que ce thème puisse ressembler au premier (apprendre des choses sur le sexe, sur quoi faire entre hommes), nous

en avons fait un thème en lui-même car il fait référence aux récits où les participants mentionnent directement que la pornographie participe à l'exploration de certains fantasmes. Raoul mentionne que la pornographie a été l'outil par le biais duquel il a pu satisfaire ses fantasmes gays : « la pornographie a été pour moi le moyen, au tout début, de fantasmer sur les hommes et un moyen de satisfaire mes fantasmes, ou d'explorer à travers ces fantasmes » (44 ans, tous les jours). Pour Jim (J) (41 ans, Q), la pornographie lui permet d'explorer des fantasmes de façon sécuritaire car il est conscient que ces derniers pourraient être néfastes dans la réalité :

J: Ça me donne le moyen d'explorer des fantasmes avec lesquels je ne serais pas confortable en réalité. Je ne serais pas confortable de me dire « ce soir je vais sortir et voir comment c'est d'être passif sans retenue, avoir du sexe *bareback*, prendre le sperme d'une bande d'étrangers », c'est quelque chose que je ne ferais pas.

S: Donc ça te permet d'explorer des fantasmes sans...

J: Sans avoir à les faire pour vrai. Ça me permet d'expérimenter de façon sécuritaire.

### Validation de la sexualité entre hommes

Plusieurs participants ont mentionné que la pornographie peut servir de moyen de validation de la sexualité entre hommes. La consommation de pornographie a donc comme impact de montrer, de faire voir que le sexe entre hommes existe, qu'on n'est pas seul à désirer d'autres hommes. La pornographie peut dès lors servir à cautionner et valider l'existence de l'homosexualité, comme le mentionne Eugène (35 ans, H) : « Je crois que la visibilité est nécessaire à n'importe quel prix, spécialement en ce qui concerne quelque chose de marginalisé comme l'homosexualité. En grandissant, j'ai jamais été exposé à l'homosexualité donc la pornographie m'a fait sentir validé, en quelque sorte ». Léon (44 ans, Q) va dans le même sens en mentionnant que la pornographie a un aspect libérateur : « Ça libère les gens, ça permet aux gens de voir des images et des expériences. Je crois que c'est important parce que pour moi, mes premières images, quand j'étais jeune et que je découvrais ma sexualité, étaient à travers la pornographie. Ça ne m'a pas créé de dommage, je crois que c'est positif ». Certains participants ont également mentionné qu'en plus de valider l'homosexualité pour eux-mêmes, la pornographie leur permet de valider la diversité sexuelle en leur montrant qu'il existe différentes formes de sexualité.

### *Ingérence dans la vie psycho-sexuelle*

Ce thème recoupe plusieurs récits où il est question de la pornographie dont la consommation s'insinue dans la vie sexuelle des hommes et peut avoir certains impacts aux plans comportemental, psychologique et relationnel. Plusieurs participants ont mentionné que la pornographie influence en quelque sorte le « passage à l'acte » ; qu'elle influence la fréquence de leurs rapports sexuels avec une autre personne, qu'ils observent une diminution du nombre de partenaires, qu'elle sert de substitut à l'autre. Elle peut également combler un manque, un vide, la solitude. En somme, l'utilisation de la pornographie peut interférer dans la vie émotive et sexuelle aux dires de nos participants.

En ce qui a trait à l'aspect comportemental, Jim (41 ans, Q) mentionne que la pornographie lui permet de « contenir » ses ardeurs en faisant en sorte que son utilisation lui évite certains comportements : « Si je n'avais pas de pornographie, j'aurais beaucoup plus de sexualité avec plusieurs partenaires, ce que je considère comme un comportement autodestructeur et qui ouvre la porte à plusieurs risques que je ne veux personnellement pas prendre ». Pour Samuel (29 ans, H), par contre, la pornographie ne lui permet nullement de progresser dans sa vie sexuelle car sa consommation est une activité solitaire : « J'ai pas vraiment à faire un effort, pour faire jouir l'autre, pour m'adapter, c'est pour ça que je te dis que ce n'est pas constructif. T'apprends pas vraiment à développer une sexualité ».

La consommation de pornographie peut également avoir certains impacts au plan psychologique. Elle peut influencer les goûts et le choix de partenaire. Certains participants parlent d'un appauvrissement de l'imaginaire, ne fantasmant plus puisque tout est donné dans la pornographie. Cette dernière peut en effet s'ingérer dans la fantasmagorie et ainsi moduler la satisfaction sexuelle, créant une distance face à l'autre, comme le mentionne Léon (44 ans, Q) : « Idéalement, j'aimerais que tous mes besoins sexuels soient remplis et que je n'aie pas besoin de stimulus supplémentaire mais je me suis souvent retrouvé avec quelqu'un et, pendant l'activité sexuelle, je devais penser à des choses que j'ai vu dans la porno, un magazine ou l'Internet pour en arriver à m'exciter ». Hugo (36 ans, Q), pour sa part, mentionne qu'il utilise de moins en moins son imagination : « Plus je vieillis, moins j'utilise mon imagination et plus j'utilise de pornographie. C'est quand même étrange que je ne passe pas plus de temps à m'imaginer des relations satisfaisantes et d'en faire mon matériel masturbatoire ». Victor (37 ans, Q) va dans le même sens en parlant de l'appauvrissement

de son imaginaire : « J'ai remarqué que ma vie personnelle fantasmagorie est comme amoindrie, la pornographie joue ce rôle maintenant. Ça m'inquiète un peu parce que j'ai déjà eu un monde fantasmagorie très actif mais, maintenant, c'est la porno qui prend cette place ».

La pornographie peut également avoir certains impacts sur les relations interpersonnelles. Plusieurs participants ont mentionné que la consommation de pornographie a ou a eu certains impacts au plan relationnel, que ce soit leur consommation ou celle de leur partenaire. Rémi (33 ans, M-) et Raoul (44 ans, Q) ont mentionné le fait que leur ancien copain avait une relation problématique avec la pornographie, passant beaucoup de temps à la poursuite de stimulation pornographique au détriment d'une relation. Pierrot (30 ans, Q) est celui qui a été le plus éloquent sur l'impact de la consommation de pornographie sur son couple. Puisqu'il utilise de la pornographie pendant les relations sexuelles avec son copain, il sent qu'il doit rivaliser avec ce qu'il voit pour maintenir l'intérêt de son partenaire et se sent inadéquat lorsqu'il perçoit que l'attention de son partenaire est plus portée sur la pornographie que sur leur relation sexuelle comme telle. Il mentionne aussi en consommant seul de son côté (2 à 3 fois par jour) ce qui, selon lui, crée une distance dans le couple car il n'a pas toujours envie d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire après s'être masturbé plusieurs fois dans la même journée.

### *Habituation*

Plusieurs participants ont mentionné que la consommation de pornographie fait en sorte qu'ils en veulent toujours plus, qu'ils ont constamment besoin de nouvelles choses en matière de sexe et qu'ils ressentent le besoin d'en consommer plus souvent. Adolphe (31 ans, H) fait mention de ce désir constant de nouveauté :

C'est une industrie qui consume. C'est comme le « fast-food » du sexe. Tu en veux toujours plus et quand tu as vu quelque chose de nouveau, quand tu y as goûté, c'est fini et t'en veux encore plus. C'est un cycle sans fin de toujours vouloir du nouveau, des nouvelles stimulations visuelles, des nouvelles scènes. Je veux constamment du changement.

Le récit de Raoul (44 ans, Q) rejoint celui d'Adolphe lorsqu'il mentionne qu'il souhaite toujours accroître la stimulation :

J'en veux toujours plus, mais du contenu différent. Parce que c'est comme n'importe quoi d'autre, tu t'habitues et tu en veux toujours plus, élever d'un cran ce que tu vois à chaque fois.

Ce phénomène d'accoutumance ou d'habituation fait en sorte que certains regrettent parfois la quantité de temps consacré

à la consommation de pornographie. Certains participants ont mentionné qu'un impact négatif de leur consommation est le temps perdu à consommer de la pornographie. Cette « perte » de temps est facilitée par l'internet qui génère constamment de la nouveauté, tel qu'exprimé par Hervé (45 ans, H) :

J'aimerais ça savoir comment m'arrêter parce que, d'une certaine façon, tu perds beaucoup de temps. Tu te masturbes avec de la porno sur Internet et dans le temps de le dire, plusieurs heures sont passées. L'internet en particulier pousse à ça. Il y a toujours quelque chose de mieux ou de plus excitant. Ma principale préoccupation est que je trouve que je passe trop de temps là-dessus.

### *Image de soi et image corporelle*

Certains participants ont mentionné que leur consommation de pornographie les pousse à se questionner à propos de leur image corporelle, de leur propre corps, de leurs attributs physiques. Certains ne se sentent pas assez beaux et attirants en se comparant à ce qu'ils voient à l'écran. Le rapport qu'ils entretiennent avec la pornographie peut donc influencer leur estime de soi et engendrer une perception négative de leur propre image corporelle. Fabrice (28 ans, Q) est éloquent sur le fait que la pornographie véhicule des images qui l'amènent à se questionner sur sa propre valeur :

De voir des gars musclés, bronzés, tu te poses des questions sur ton propre corps. C'est un peu comme les femmes hétérosexuelles. Le même moule qui existe aussi pour elles. Même si on va se dire, « j'ai confiance en moi, j'ai confiance en mon corps », il y a toujours cette petite voix là qui dit « ben regarde, c'est plus ça qui est valorisé, c'est plus ça qui est tendance, qui est *in*, que les gens veulent, que les gens veulent devenir ».

### *Discours en jeu*

Suite à l'analyse thématique, nous avons procédé à l'analyse critique de discours pour mettre à jour les discours sociaux et culturels qui prévalent à l'intérieur des récits des participants. Nous avons trouvé dans de tels récits les fragments de certains discours dominants, transgressifs ou alternatifs autour des notions de sexualité, de société de consommation, de santé publique, de santé en général et de pluralisme.

### ***Discours alternatif sur la sexualité***

Ce discours est présent partout dans les récits des participants, bien que de manière diffuse et implicite. Il est alternatif par rapport aux discours présents dans la sphère sociale puisqu'il présente l'homosexualité comme normalisée ; il résiste donc aux discours hétérosexistes qui renvoient l'homosexualité

à un statut de sexualité marginale. Subversif par rapport à l'ensemble social plus grand, ce discours qui normalise l'homosexualité a cours au sein de la communauté gaie et il donne aux pratiques homosexuelles un statut de sexualité acceptée et acceptable. Les récits des participants sont empreints de ce discours alternatif au sein duquel la sexualité entre hommes n'est pas interprétée en termes péjoratifs. En récitant un tel discours, les participants se constituent en sujets « normaux » et « acceptables », ce qui va dans le sens des aspirations du mouvement gai mais qui ne rejoint pas nécessairement les visées du mouvement « *queer* ».

Selon Lips[60], le discours dominant est hétérosexiste et vise principalement à passer sous silence et rendre invisible l'homosexualité. En s'appropriant un discours subversif qui vise plutôt à affirmer haut et fort l'existence de l'homosexualité, les participants se constituent en sujets « gais » et, par le fait même, se rendent « visibles ». Pour certains d'entre eux, cependant, la pornographie est consommée en solitaire et devient un substitut aux relations homosexuelles. Pour ceux-là, il semble que le discours alternatif sur la sexualité leur permet de se constituer en sujets gais mais que, paradoxalement, la consommation de pornographie a un effet similaire à celui du discours dominant hétérosexiste en ce qu'elle tend à diminuer la visibilité de l'homosexualité.

### ***Discours dominant sur la consommation***

Une caractéristique importante d'une société de consommation est la marchandisation des objets, des expériences et des événements.[61] L'abondance et la multiplication des objets dominent cette société, créant ainsi une distance entre les personnes.[42] Le discours dominant sur la consommation produit donc des sujets à la recherche du bonheur dans la consommation d'objets multiples, l'individu ayant la liberté individuelle de choisir les produits à consommer qui mèneront à la satisfaction de ses besoins. La satisfaction se doit par contre d'être efficace et rapide dans cette société du « culte de plaisir » comme le soutient Boisvert.[62] La société de consommation est également axée sur le ludique où la nouveauté est constamment stimulée et exaltée.[42] Comme le soutient Atwood[37], la poursuite individuelle et narcissique du plaisir domine dans une société de consommation. Selon Boisvert[62], tout se consomme en contexte postmoderne et le sexe (ainsi que ses représentations) n'est pas exclu comme objet de consommation. Cette société peut donc, selon Plummer[63 p520], être caractérisée par une « pluralisation, une individuation et une multiplication des choix ». Rappelons que l'un des impacts identifiés dans les récits des participants est l'apprentissage : les

hommes veulent voir de nouvelles choses sur le sexe, en voir plus, apprendre de nouvelles techniques et positions sexuelles, « s'ouvrir l'esprit » à des choses dont ils ignoraient l'existence; bref, les hommes veulent plus de « choix » et plus de nouveaux « signes » sur le sexe. Mais rappelons que l'apprentissage peut également mener à une certaine normalisation de pratiques sexuelles plus « extrêmes ». Les participants ont mentionné façonner leur fantasmagorie à l'aide de la pornographie. La consommation engendre mais répond également à un besoin ; elle a une certaine utilité et un des impacts de consommation de pornographie est de « donner » le fantasme, d'influencer l'imaginaire de l'auditoire. Rappelons aussi que plusieurs participants ont mentionné observer comme impact de consommation de pornographie un certain appauvrissement de leur capacité d'imaginer, de fantasmer par eux-mêmes. Les récits des participants mettent en lumière des sujets qui se construisent en accord avec ce discours de consommation où le sexe se consomme au choix, pour meubler son imaginaire et mener à la satisfaction individuelle d'un besoin. Les participants n'ont pas semblé remettre en question les impératifs d'un tel discours et la pornographie est en ce sens vue comme un produit de consommation comme un autre.

Un avantage par contre est le fait que la consommation de pornographie peut « contenir » les élans de certains en leur permettant d'explorer leur fantasmagorie de façon sécuritaire. Un autre impact identifié à travers les récits est l'habitude. La société de consommation stimule le besoin de nouveauté, pousse les limites et l'individu se retrouve à en vouloir toujours plus car pour fonctionner, la consommation doit stimuler plus de consommation. En effet, plusieurs participants ont parlé du besoin de nouveauté, du besoin d'en consommer plus souvent, d'en avoir besoin pour jouir. Les participants ont donc véhiculé un discours dominant sur la consommation car les impacts d'utilisation de pornographie qu'ils ont identifiés renvoient aux notions de besoin, du nouveau, du « toujours plus ».

### ***Discours dominant sur la santé***

Le discours dominant sur la santé présente l'autogestion de la santé comme une réelle possibilité, où la responsabilité face à sa propre santé incombe à l'individu. Le discours dominant sur la santé est sous-tendu par deux notions-clés : le « santéisme » et l'individualisme. D'après Crawford[64] et Kirk et Colquhoun[65], le « santéisme » est un ensemble d'idées et de pratiques qui construisent la santé comme objet de consommation et l'« individualisme » comme un amalgame d'idées et de pratiques qui supposent qu'une personne agira

toujours dans son propre intérêt. Lorsque ces deux notions sont utilisées en tandem, l'actualisation de la santé devient donc principalement la responsabilité de chaque individu. Les récits des participants nous révèlent qu'ils sont à l'affût de ce discours responsabilisant sur la santé. En effet, sous la rubrique de « l'ingérence dans la vie psychosexuelle », nous avons pu mettre en lumière le fait que les participants font preuve d'assez d'introspection pour réaliser les impacts que peut avoir la consommation de pornographie dans leur vie et certains aspects de leur santé. Rappelons que les récits nous ont révélé que l'utilisation de la pornographie comble un vide, elle fait en sorte que les gens ont une sexualité plus autosuffisante, qu'ils évitent l'acte sexuel avec un autre homme. Ces attributs font référence à une gestion de la santé en accord avec une « gestion de soi » et la gestion de sa propre sexualité. La pornographie peut donc être utilisée dans des visées sanitaires. L'autogestion de leur santé à l'aide de la pornographie mène également les participants à se construire comme sujets relativement dociles où le discours dominant sur la santé, sur le « beau » corps, le corps sain et l'apparence du corps ne semblent pas remis en question. La pornographie peut donc influencer les participants à se construire en sujets où l'apparence doit constamment être surveillée, améliorée et où la pornographie peut représenter un site qui véhicule un discours sur le modèle « idéal ». L'aspect de l'image corporelle renvoie aussi à un certain discours sur la santé. L'auditoire dit « narcissique » en est un qui vit dans le présent, dans la gratification immédiate et dans un climat social où santé et forme physique prennent une place primordiale comme signe personnel de succès et de maîtrise de soi, mais également comme effet miroir d'une société du spectacle ; c'est la célébration du style et de l'apparence au détriment de l'expérience vécue.[61] Cette notion d'apparence est ressortie dans les récits de plusieurs participants. En effet, rappelons que la consommation de pornographie en pousse certains à questionner leur propre valeur sur le plan corporel, sur leurs attributs physiques, pouvant avoir des conséquences sur leur estime de soi et l'image qu'ils se font d'eux-mêmes. Selon Le Breton[66], le corps est un phénomène social où les discours peuvent s'inscrire (discours dominants sur la désirabilité, par exemple). À la lecture des récits des participants, on peut dire que la pornographie peut engendrer une perception négative de soi-même.

### ***Discours subversif sur la santé publique***

En lien avec le discours « santéiste », le discours dominant sur la santé publique présente la gestion de la santé comme relevant de la responsabilité de l'individu, individu qui,

détenant les connaissances nécessaires par le biais des institutions de santé, s'auto-régulera en fonction des impératifs d'un tel discours.[67] À travers une panoplie de messages préventifs venant de pouvoirs diffus, on informe l'individu sur les comportements à adopter et à observer pour qu'il soit et demeure en santé. La santé publique comme appareil de surveillance se veut essentiellement prescriptive dans ses visées de prévention face à certaines maladies.[67] La « santé gaie » est bien souvent considérée et construite à travers la problématique du VIH/SIDA par les institutions officielles, dont la santé publique [11, 68] et les participants se sont construits en opposition avec un tel discours normalisant sur les comportements à observer pour éviter la transmission du VIH/SIDA. Comme le mentionne Lupton[67], le pouvoir des autorités en matière de santé se bute parfois à certaines formes de résistance face aux discours normalisateurs. Le contenu des discours rationnels en matière de santé peut être intériorisé par la personne, être négocié ou rejeté.[67] La résistance face au discours sur la santé publique a pu être décelé chez plusieurs participants via le rejet de certains impératifs normalisés en matière de comportements liés à la santé, par exemple, le choix de ne pas observer certaines prescriptions du discours de santé publique. Rappelons que les récits des participants laissent bien peu transparaître les messages d'intérêt public en ce qui concerne le sexe sécuritaire. La grande majorité des participants ont vu la pornographie *bareback* comme étant plus transgressive et érotisante. Plusieurs participants ont dit aimer son côté « risqué », rejetant ainsi le discours prescriptif sur l'importance du port du condom sinon dans la vie de tous les jours, du moins au plan des représentations. Nous pouvons induire que les participants se positionnent de façon subversive face au discours de santé publique sur le sexe sécuritaire en considérant la pornographie *bareback* comme positive, comme une forme de liberté. Notons que les participants ne se sont pas nécessairement construits comme sujets qui prennent des risques mais bien comme sujets qui consomment le risque, qui sont confortables avec la représentation du risque, mais un risque qui demeure au niveau du privé, du risque consommé chez soi. De par leur « consommation » d'un type spécifique de pornographie, ils se positionnent de façon transgressive face au discours dominant sur la santé publique.

### ***Discours dominant sur le pluralisme***

Le discours dominant sur le pluralisme dans les sociétés modernes soutient que la société éclate de plus en plus en groupes ou sous-groupes spécifiques qui revendiquent leur existence et la reconnaissance de leurs droits, de leurs

valeurs et de leurs libertés.[62] La reconnaissance des divers sous-groupes sociaux vise à émanciper les individus en évitant de les réduire à de grandes catégories homogènes. On assiste donc, selon Boisvert[62 p20] à une « atomisation de la société civile » où plusieurs voix cherchent à se faire entendre. Ce qui sous-tend ce discours est la reconnaissance de la complexité grandissante de la société et du fait qu'il existe plusieurs façons de vivre sa vie. Ce discours ressemble quelque peu au discours alternatif sur la sexualité que nous avons vu plus haut mais pousse encore plus loin la notion de pluralisme en ce sens qu'il ne s'attarde pas simplement au binaire hétérosexualité/homosexualité mais qu'il implique l'éclatement des possibles en matière de sexualité. Certains participants ont mentionné que la pornographie leur montre comment se comporter dans certaines sous-cultures sexuelles. L'impact de l'édification de la fantasmagorie peut également rejoindre ce discours dominant car il évoque le fait que les participants veulent se retrouver dans le matériel pornographique. L'impact de l'apprentissage démontre également que les participants cherchent à en connaître davantage sur le sexe, sur ce qu'il est possible de faire entre hommes. La pornographie peut donc participer à l'atomisation des « choses du sexe » en montrant, comme le soutiennent certains participants, des pratiques de plus en plus extrêmes, en intégrant davantage de signes possibles sur le sexe. La pornographie peut donc valider le pluralisme sexuel. Le thème de la validation de la sexualité entre hommes rejoint aussi ce discours. Les récits nous indiquent que les hommes ont soif de représentations qui les concernent, qui valident ce qu'ils sont, ou ce qu'ils font/peuvent faire : cautionner l'existence de leur sexualité. Chose certaine, la pornographie sert à la lecture des récits comme moyen de dire l'existence de l'homosexualité et du sexe entre hommes même si, selon Escoffier[69], la pornographie ne valide au fond que des pratiques sexuelles et ne peut en elle-même valider l'identité homosexuelle. Les participants se sont donc construits comme sujets à la recherche d'une forme de reconnaissance sociale et de validation de leurs propres goûts mais cette reconnaissance se fait par contre de façon individuelle et demeure sous le joug du privé. Ce discours dominant sur le pluralisme véhiculé dans les récits est quelque peu paradoxal en ce sens qu'il nous présente des sujets qui souhaitent la reconnaissance mais la pornographie, de par la nature de sa consommation (dans le privé, chez soi), rend invisible le pluralisme et la reconnaissance.

### **Conclusion**

Les récits recueillis dans le cadre de notre étude exploratoire révèlent que les impacts de la consommation de pornographie

gaie sont nombreux. Nous avons pu documenter un sujet encore méconnu et mettre en lumière le fait qu'il existe bel et bien des impacts chez les consommateurs eux-mêmes et non pas seulement chez « les autres » comme l'a soulevé Morrison[70] dans son étude sur les impacts de consommation de pornographie chez les hommes gais. Nous avons pu également confirmer le fait que la pornographie est un facteur d'influence important en ce qui concerne la perception des hommes gais face à leur propre corps comme l'ont démontré certaines études antérieures.[4,6] Les impacts qui sont au cœur des récits des participants reflètent également les perspectives théoriques existantes sur la pornographie gaie. D'une part, l'apprentissage, la validation de la sexualité entre hommes et l'édification de la fantasmatique renvoient à la perspective « pro pornographie » (exploration du sexe et de ses variations). D'autre part, l'habitude ainsi que l'image de soi et l'image corporelle font écho à la perspective « anti-pornographie ».

Dans une perspective poststructuraliste, les individus sont définis comme étant porteurs du climat social dans lequel ils évoluent et sont traversés par divers discours ambiants, tout en étant capables de se positionner à l'intérieur de ces discours. Comme nous l'avons vu à l'aide de l'analyse critique de discours, même si nos participants font partie d'une minorité sexuelle, ils ne se sont pas construits en tant que sujets appartenant à un groupe en marge de la société. Ils se sont plutôt construits en tant que sujets « normaux » et dignes d'accès aux représentations qui peuvent leur apprendre sur le sexe entre hommes, leur donner des idées de fantasme et les valider dans leurs pratiques sexuelles. Les discours mis à jour nous révèlent toutefois la complexité de la construction des sujets de notre étude. En effet, en se positionnant de différentes façons au sein des discours véhiculés, certains paradoxes apparaissent. Les participants se décrivent en effet comme des sujets « normalisés » mais en quête de reconnaissance et de validation du pluralisme, reconnaissance qui passe par la consommation et non par une forme de revendication. Ils souhaitent une forme de reconnaissance par le biais d'une pratique de consommation reléguée au niveau privé. Les sujets se sont construits comme responsables et à l'affût du discours dominant sur la santé, tout en se positionnant de façon transgressive face au discours de la santé publique ; des sujets responsables de leur santé et soucieux de leur apparence mais qui consomment le risque au niveau des représentations. Les sujets consomment un produit qui leur montre les critères de « beauté » mais se questionnent ensuite sur leur propre valeur. Les sujets sont en quête de santé mais ils consomment un objet qui peut

avoir certaines conséquences néfastes sur leur santé. En général, les impacts identifiés à travers les récits font écho au discours dominant sur la consommation. En effet, comme objet de consommation la pornographie répond au discours dominant en servant d'objet qui apporte satisfaction rapide à un besoin, qui stimule la nouveauté et la multiplication des signes concernant le sexe entre hommes. Les participants se sont appropriés un tel discours car la pornographie a comme impact de stimuler leur besoin de nouveauté, de leur donner du nouveau matériel fantasmatique.

Les discours qui sous-tendent les récits des participants nous dévoilent toutefois que la *scientia sexualis* est toujours à l'œuvre. Bien que la pornographie véhicule une panoplie de discours, ces discours ne sont pas sans impacts. Ces impacts nous montrent que la pornographie est un instrument du « dispositif » de sexualité, au sens Foucauldien, dispositif qui s'occupe d'établir les « vérités » sur les choses du sexe, un instrument de gestion individuelle de sa santé et de sa vie sexuelle. Qu'il y ait un positionnement dominant ou subversif par rapport à certains discours, les participants font surtout l'expérience du sexe au plan discursif ; la pornographie leur permet d'apprendre sur lui (apprentissage), de parler d'eux comme êtres sexués (validation, reconnaissance), de transgresser pour eux (e.g., la pornographie *bareback*), d'établir pour eux l'image idéale de désirabilité sociale, etc. La consommation de la pornographie gaie est donc liée à la représentation du sexe consommé plutôt qu'elle ne motive une sexualité gaie sentie et ressentie, un *ars erotica*.

À la lumière de nos données, peut-on affirmer que la consommation de pornographie engendre certains impacts sur la santé mentale et sexuelle ? Nos participants ont mentionné que la pornographie valide leur sexualité, leur fait réaliser qu'ils ne sont pas les seuls à avoir des désirs homosexuels, leur apprend des choses nouvelles sur la sexualité entre hommes, leur apprend certaines techniques sur le sexe sécuritaire et, enfin, leur permet de fantasmer et de jouir. Plusieurs de ces facettes rejoignent les arguments *queer* et utilitaristes de la perspective « pro pornographie » et semblent en soi positives. Certaines autres sont moins évidentes. Par exemple, nous pouvons nous demander ce que la pornographie valide exactement et de quelle façon elle opère cette validation. Pour revenir à Debord[43], on peut considérer la pornographie comme une forme de *déjà fait*, de *déjà décidé* ou, comme le mentionne Mayné[45], comme un produit qui a *déjà été* programmé pour le consommateur. Dans son étude sur les hommes hétérosexuels qui jouent dans les productions pornographiques gaies (une pratique courante depuis la fin des années 1980), Escoffier[69] mentionne que

la pornographie gaie ne valide que des pratiques sexuelles et ne peut valider l'identité sexuelle.

Par ailleurs, à la lecture des récits de nos participants, il apparaît que les impacts de la consommation de pornographie se font sentir sur certaines composantes importantes de la santé mentale et la santé sexuelle. Rappelons que les participants ont mentionné des effets négatifs découlant de l'habituation ainsi que de l'ingérence de la pornographie dans la vie sexuelle. De plus, certains participants se questionnent sur leur propre corps, sur leur performance sexuelle, sur leur propre valeur sur le « marché sexuel ». Sans être alarmiste, nous sommes en droit de nous demander comment la consommation de pornographie peut participer à la santé sexuelle (qui renvoie, entre autres, à la capacité de prendre plaisir et de contrôler ses comportements sexuels) et à la santé mentale, cette dernière pouvant être considérée comme « une attitude positive envers soi, la recherche d'une réalisation personnelle, l'intégration, l'autonomie et l'indépendance à l'égard des influences sociales, une appréhension précise de la réalité et la maîtrise de l'environnement ».[16 p3]

L'aspect de l'indépendance à l'égard des influences sociales est ici crucial. La pornographie semble un véhicule de choix pour apprendre sur le sexe, mais elle le fait « parler » d'une façon qui a été décidée par l'industrie. De voir la pornographie comme véhicule du dispositif de sexualité nous permet d'affirmer qu'elle n'est pas vraiment libératrice et qu'elle ne valide l'homosexualité qu'à travers un cadre réducteur et codé à l'avance. En ce sens, la pornographie se retrouve à l'opposé de l'*ars erotica* qui est un savoir sur le sexe qui passe par l'expérience sensuelle et sexuelle. Notre conclusion est que la pornographie (ou, à tout le moins, plusieurs de ses facettes) semble moins apte à promouvoir la santé sexuelle et mentale alors que l'*ars erotica* semble en être beaucoup plus proche.

Plusieurs participants ont parlé des besoins engendrés par la pornographie : du besoin de nouveauté, du besoin d'en consommer plus souvent, du besoin d'en consommer pour jouir. L'industrie se nourrit de ces besoins et les engendre. L'image ou le « sexe-signé » a réussi à s'ingérer dans la vie des gens. Rappelons la position de Baudrillard[42] qui mentionne que, dans l'économie des signes, la nouveauté est exaltée et encouragée afin de produire davantage de signes et d'objets. Rappelons également que c'est dans ce contexte de consommation que plusieurs participants ont mentionné passer trop de temps à consommer de la pornographie ; ont mentionné « perdre » du temps. Les récits des participants sont ponctués d'éléments propres à une société qui stimule ce besoin de consommer et d'assouvir

rapidement les besoins ainsi créés.

La pornographie est-elle le reflet d'une société qui construit et régule le sexe de manière discursive (*scientia sexualis*) mais qui peut difficilement permettre un affranchissement par rapport aux règles institutionnelles sur le sexe ? Que faire dès lors pour subvertir la *scientia sexualis* ? Quelles stratégies devrait-on adopter afin de faire en sorte que la pornographie perde son titre d'objet de consommation par excellence qui « parle » du sexe entre hommes?

## Références

1. Jeffreys S. Unpacking queer politics : A lesbian feminist perspective. Cambridge: Polity Press, 2003.
2. Duggan SJ, McCreary DR. Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *J Homosex* 2004; 47(3/4):45-58.
3. Robinson BE, Bockting WO, Rosser BRS, Miner M, Coleman E. The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Educ Res* 2002; 17(1):43-57.
4. Kassel P, Franko DL. Body image disturbance and psychodynamic psychotherapy with gay men. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8:307-17.
5. Russell CJ, Keel PK. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Int J Eat Disord* 2002; 31:300-6.
6. Wood M. The gay male gaze: Body image disturbance and gender oppression among gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 2004; 17(2):43-62.
7. Yelland C, Tiggemann M. Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual man. *Eating Behaviors* 2003; 4:107-16.
8. Drummond MJ. Men's bodies: Listening to the voices of young gay men. *Men & Masculinities* 2005; 7(3):270-90.
9. Haltikis PN. Masculinity in the age of AIDS : HIV-seropositive gay men and the "buff agenda". In: Nardi P. *Gay masculinities*. Thousand Oaks: Sage, 2000: 130-51.
10. Harvey JA, Robinson JD. Eating disorders in men : Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2003; 10(4):297-306.
11. Easton DE, O'Sullivan LF, Parker RG. Sexualities and sexual health/ lessons from history: Emergence of sexuality as a sexual health and political issue. In: Miller D. *The Psychology of sexual health*. Blackwell Science, 2002: 53-

- 67.
12. Abel E, Tak SH, Gortner E-M. Reliability and validity of motivation for sexual health. *West J Nurs Res* 2003; 25(5):548-60.
13. Aggleton P, Kapila M. Young people, HIV/AIDS and the promotion of sexual health . *Health Promotion International* 1992; 7(1):45-51.
14. Reece M, Herbenick D, Sherwood-Puzzello C. Sexual health promotion and adult retail store. *J Sex Res* 2004; 41(2):173-80.
15. Coleman E. Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *J Sex Res* 2002; 39(1):3-6.
16. McFarland GK, Wasli EL, Gerety EK. Santé mentale. Démarche de soins et diagnostics infirmiers. Paris: Masson, 1999.
17. Giami A. Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annu Rev Sex Res* 2002; 13:1-35.
18. Wright L. *The bear book: Readings in the history of a gay subculture*. Harrington Park Press, 1997.
19. Bersani L. Is the rectum a grave? In: Crimp D. *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Massachusetts: The MIT Press, 1988: 197-222.
20. Crawford B. Gay does not necessarily mean good: A critique of Jeffrey Sherman's "Love speech : The social utility of pornography". *Journal of Gender & the Law* 1996; 5(9):9-20.
21. Edwards T. *Erotics and politics: Gay male sexuality, masculinity and feminism*. London & New York: Routledge, 1994.
22. Fejes F, Petrich K. Invisibility, homophobia and heterosexism: Lesbians, gays and the media. *Review and Criticism* 1993; december 1993:396-422.
23. Kendall CN. Gay male pornography/ gay male community: Power without consent, mimicry without subversion. In: Kuypers JA. *Men and power*. New York: Prometheus Books, 1999: 195-213.
24. Stoltenberg J. Gay and the pornography movement: Having the hots for sex discrimination. In: Kimmel MS. *Men confront pornography*. New York: Crown Publishers, 1990: 248-62.
25. Green L. Pornographies. *The Journal of Political Philosophy* 2000; 8(1):27-52.
26. Bronski M. *Culture clash : The making of gay sensibility*. Boston: South End Press, 1984.
27. Burger JR. *One-handed histories: The eroto-politics of gay male pornography*. New York: The Haworth Press, 1995.
28. Dyer R. *Only entertainment*. New York: Routledge, 1992.
29. Sherman JG. Love speech : The social utility of pornography. *Stanford Law Rev* 1995; 47:661-705.
30. Stychin CF. Exploring the limits: Feminism and the legal regulation of gay male pornography. *Vermont Law Review* 1992; 16:857-900.
31. Waugh T. Men's pornography: Gay vs straight. *Jump Cut* 1985; 30:30-6.
32. Dyer R. Idol thoughts: Orgasm and self-reflexivity in gay pornography. *Critical Quarterly* 1994; 36(1):49-62.
33. Chatterjee BB. Last of rainmacs. Thinking about pornography in cyberspace. In: Walls DS. *Crime and the Internet*. London & New York: Routledge, 2001: 74-99.
34. Norton J. Invisible man: A queer critique of feminist anti-pornography theory. *Sexuality & Culture* 1998; 2:113-24.
35. Wilton T. *EnGendering AIDS, deconstructing sex, text and epidemic*. Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 1997.
36. Hardy S. Reading pornography. *Sex Education* 2004; 4(1):3-18.
37. Attwood F. Reading porn: The paradigm shift in pornography research. *Sexualities* 2002; 5(1):91-105.
38. McNair B. *Mediated sex. Pornography & postmodern culture*. London: Arnold, 1996.
39. Ruddock A. *Understanding audiences. Theory and method*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 2001.
40. Attwood F. Sexed up: Theorizing the sexualization of culture. *Sexualities* 2006; 9(1):77-94.
41. O'Shaughnessy M. *Media & Society. An introduction*. South Melbourne: Oxford University Press, 1999.
42. Baudrillard J. *La société de consommation*. France: Denoel, 1970.
43. Debord G. *La société du spectacle*. Paris: Gallimard, 1967.
44. Foucault M. *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. France: Gallimard, 1976.
45. Mayné G. *Pornographie, violence obscène, érotisme*. Paris: Descartes & Cie, 2001.

46. Mason-Grant J. Pornography embodied. From speech to sexual practices. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers Inc., 2004.
47. Sedlack GR, Stanley J. Social research. Theory and methods. Needham Heights: Allyn and Bacon, 1992.
48. Sim S. Introducing critical theory. Royston: Totem Books, 2001.
49. Wood LA, Kroger RO. Doing discourse analysis. Methods for studying action in talk and text. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.
50. Namaste K. The politics of inside/out: Queer theory, poststructuralism, and a sociological approach to sexuality. Sociological Theory 1994; 12(2):220-31.
51. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. Sociological Methods and Research 1981; 10(2):141-63.
52. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography. Principles in practice. London and New York: Routledge, 1995.
53. Schroder K, Drotner K, Kline S, Murray C. Researching audiences. New York: Oxford University Press, 2003.
54. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin, 2003.
55. Fairclough N. Analysing discourse. Textual analysis for social research. London and New York: Routledge, 2003.
56. Wetherell M. Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. Discourse & Society 1998; 9(3):387-412.
57. Ravel B, Rail G. On the limits of "gaie" spaces: Discursive constructions of women's sport in Quebec. Sociology of Sport Journal 2007; 24(4):1-15.
58. Monaghan LF. McDonaldizing men's bodies? Slimming, associated (ir) rationalities and resistances. Body & Society 2007; 13(2):67-93.
59. Rail G. Postmodernism and sport studies. In: Maguire J, Young K. Perspectives in the sociology of sport. London: Elsevier Press, 2002: 179-207.
60. Lips HM. Sex & gender. An introduction. Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1997.
61. Abercrombie N, Longhurst B. Audiences. London: Sage Publications, 1998.
62. Boisvert Y. Le postmodernisme. Montréal: Les Éditions du Boréal, 1995.
63. Plummer K. Queers, bodies and postmodern sexualities: A note on revisiting the "sexual" in symbolic interactionism. Qualitative Sociology 2003; 26(4):515-30.
64. Crawford R. Healthism and the medicalisation of everyday life. Int J Health Serv 1980; 10:365-88.
65. Kirk D, Colquhoun D. Healthism and physical education. British Journal of Sociology of Education 1989; 10(4):417-34.
66. Le Breton D. La sociologie du corps. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.
67. Lupton D. The imperative of health. Public health and the regulated body. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 1995.
68. Ryan B, Chervin M. Framing gay men's health in a population health discourse. Ottawa: Canadian HIV/AIDS Clearinghouse, 2000.
69. Escoffier J. Gay-for-pay: Straight men and the making of gay pornography. Qualitative Sociology 2003; 26(4):531-55.
70. Morrison TG. "He was treating me like trash, and I was loving it..." Perspectives on gay male pornography. J Homosex 2004; 47(3/4):167-83.

*Remerciements:*

*L'auteur principal souhaite remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour son soutien financier.*

*Pour contacter l'auteur:*

*Simon Corneau, Ph.D., CIHR Training Fellow in the ACHIEVE Research Partnership : Action for Health Equity Interventions Centre for Research on Inner City Health St. Michael's Hospital/ University of Toronto 30 Bond Street Toronto, Ontario, M5B 1W8 Canada Courriel: simotawa@yahoo.ca*

*Geneviève Rail, Ph.D.*

*Professeure titulaire et Directrice Institut Simone de Beauvoir Université Concordia*

### Résumé

Au Canada, plus spécifiquement dans la capitale nationale, il y a une mise-en-oeuvre considérable de programmes pour offrir une formation en français à la minorité francophone nationale. Toutefois, les observations actuelles dans la formation professionnelle en santé, clairement présentes en sciences infirmières, démontrent que les étudiants et les étudiantes francophones sont de plus en plus issus d'un sous-groupe formé de communautés immigrantes plus ou moins récentes. La formation en santé dans les programmes universitaires canadiens doit aujourd'hui relever le défi contemporain de former avec des connaissances théoriques plus ou moins uniformisées pour répondre aux compétences nationales de la majorité anglophone et de la minorité nationale francophone, tout en essayant de mieux comprendre les cultures d'origine de ses nouveaux étudiants francophones. Cet article présente la prise de conscience de cette nouvelle problématique durant un stage clinique en santé communautaire.

**Mots clés** communauté, francophone en situation minoritaire, formation clinique en sciences infirmières, minorité, pratique réflexive, socialisation

## La formation professionnelle en santé d'étudiantes issues des communautés d'immigrants francophones s'intégrant à la minorité francophone nationale au Canada

**HÉLÈNE LAPERRIÈRE**

### Introduction

Une tendance mondiale de l'immigration internationale montre que beaucoup d'immigrants se dirigent vers les pays plus riches, comme le Canada, en s'orientant vers la formation infirmière et médicale comme forme d'intégration au marché du travail.[1-5] Les observations récentes de professeurs en lien avec les programmes de formation en santé au Canada, particulièrement en sciences infirmières, pointent sur le fait nouveau qu'ils s'adressent de plus en plus à des étudiants qui sont quadruplement minoritaires par le fait même d'être

francophones, immigrants récents, avec statut précaire et classés comme minorité visible.[6] Comparativement à leurs collègues francophones nés au Canada, ils peuvent vivre la marginalité des situations économiques alourdies par leurs efforts d'insertion dans le marché du travail, tout en continuant d'aider les membres de leur famille qui sont restés dans leur pays d'origine. Il existe peu d'études concernant cette situation spécifique au Canada. Il faut d'abord souligner que les étudiants francophones dans une université canadienne hors Québec sont une minorité culturelle qui essaie de s'intégrer à une minorité linguistique.[7] Dans le domaine spécifique des sciences infirmières, cette minorité francophone a vu sa diversité augmenter par une incorporation d'étudiants provenant d'immigration récente. Ils immigreront souvent au Canada comme adultes possédant une expérience professionnelle précédente. Ils essaient toutefois de s'intégrer au marché du travail canadien en optant pour la formation professionnelle en santé. Le concept "d'étudiant immigrant francophone" couvre néanmoins une variété difficile à traiter comme un

groupe homogène.

L'article discute de la problématique contemporaine dans la formation professionnelle en santé qui confronte de plus en plus le défi des étudiants et étudiantes issus des communautés d'immigrants francophones qui tentent de s'intégrer à la minorité francophone nationale du Canada. Le problème potentiel sous-jacent est celui d'une possible "socialisation secondaire" des adultes francophones nouveaux arrivants. Cette situation d'incompréhension peut s'accroître lorsque les étudiants et les professeurs francophones sont eux-mêmes submergés dans un milieu majoritairement anglophone. [8] Le milieu majoritaire déterminerait les modes de fonctionnement de la formation professionnelle des francophones ainsi que les systèmes de récompense académique. Les programmes de formation, principalement encouragés par le Consortium national de formation en santé (CNFS), incitent fortement à l'utilisation du français dans la formation des francophones en contexte de minorité linguistique.

L'étude présentée tente de montrer comment il est possible de réfléchir sur cette question au cours d'un stage clinique en santé communautaire et de proposer une perspective complémentaire dans la formation auprès des futurs professionnels francophones vivant en contexte de minorité; il souligne l'importance de distinguer deux sous-ensembles de l'ensemble des francophones minoritaires canadiens dans la formation professionnelle en santé. La minorité francophone vivant dans une province anglophone donnée se compose d'une minorité francophone nationale mais aussi d'une population francophone issue de l'immigration, qui cherche à s'inclure à la fois dans la minorité francophone nationale ainsi qu'à la majorité anglophone nationale. [8]

Les étudiants des communautés immigrantes, notamment Haïtiens, Européens (Roumanie), Magrébins, Africains (Somalie, Sénégalais, Congolais), Latino-Américains, Asiatiques (Vietnam ou Cambodge), incluent une large proportion pour laquelle le français est déjà une deuxième langue, souvent acquise par des efforts personnels pour immigrer au Canada. Ils ne sont pas arrivés au Canada dans leur enfance, le français n'est pas la langue familiale et leur incorporation au Canada est un processus d'acculturation à un style de vie qui est souvent nouveau pour eux.

La perspective d'éducation populaire est ici utilisée comme un outil complémentaire pour mieux comprendre cette situation particulière qui émerge d'expériences de l'auteure en tant que professeure. [6] Cette perspective encourage autant les étudiantes que les professeurs à décoder leurs convictions habituelles. L'enseignement doit dépasser l'emphase

pédagogique pour inclure l'auto-analyse des facteurs sociaux qui pourraient renforcer les incompréhensions entre les cultures francophones immigrantes et celles qui sont caractérisées comme traditionnelles au Canada.

### **Regard et méthode de recherche avec une perspective d'éducation populaire**

Cette recherche est une étude de cas réalisée dans le cadre du stage clinique d'un programme francophone de formation professionnelle en santé. La production des connaissances résulte d'une pratique réflexive dans l'action. L'auteure dispose de cette pratique à partir d'une approche développée par des mouvements sociaux francophones et latino-américains avec lesquels elle a été en contact antérieurement.

Durant deux trimestres consécutifs de l'année universitaire, quatre groupes d'étudiants sont accompagnés dans leurs milieux de stage. La formation par stage comporte des rencontres hebdomadaires avec les groupes d'étudiants. Le vécu particulier de l'auteure, comme professeur clinique minoritaire francophone (Ottawa) et étudiante francophone au doctorat en santé publique (Montréal), incite à réfléchir davantage sur les conditions des étudiants francophones minoritaires et les diverses relations qu'ils établissent dans leur processus d'apprentissage.

Le stage vise principalement des milieux de pratiques qui desservent les minorités francophones, bien que les services soient fréquemment bilingues. Chaque semaine, les étudiants sont observés et écoutés sur ce qu'ils pensent des relations qu'ils établissent avec ces populations minoritaires francophones. C'est au cours de ces observations qu'il a été possible de distinguer les deux sous-ensembles nommés précédemment parmi les étudiants, soient ceux issus de la minorité francophone nationale et ceux provenant des communautés d'immigrants francophones.

Comme arrière-plan pour structurer la réflexion dans le vécu, la méthode *voir-juger-agir* s'avère un choix réaliste pour analyser une action donnée dans la pratique même de cette action. En retraçant son parcours personnel, le sociologue Guy Rocher [9] explique l'utilisation de cette méthode comme une pré-sociologie d'analyse critique de l'environnement social afin d'améliorer la pratique de l'action. Cette méthodologie d'éducation populaire possède une longue histoire à partir des mouvements de la jeunesse ouvrière belge et française en 1924, sous l'inspiration de l'abbé Cardijn. [10] La méthode porte une attention critique sur les problèmes qui se présentent en cours d'action (voir), puis tente de les analyser à la lumière des écrits,

mais surtout des échanges avec les personnes concernées (juger) afin de faire concrètement un changement pour améliorer la situation (agir). Au Canada français, elle s'est incarnée dans les mouvements catholiques qui souhaitaient amener un changement de leurs conditions sociales et politiques.[11] Avec son utilisation, ces mouvements ont fait émerger la nécessité de se pencher sur la « question sociale » dans le monde ouvrier canadien-français pour améliorer leurs conditions de travail.[12]

L'exercice d'« attention quotidienne et systématique (enquête et relevé de faits, recherche de solutions) au réel et à sa densité propre conduira à une nouvelle conscience ecclésiale des processus sociaux, de la transformation possible de l'histoire par la société » s'orientant vers un caractère civil pour solutionner les problèmes vécus.[10] La méthode du *voir-juger-agir* renforce l'importance de l'immersion dans les milieux de vie pour y découvrir les solutions appropriées.[13] Elle se caractérise par une révision de la vie quotidienne et des événements nécessitant une nouvelle pratique d'action.[14] Cette méthode est encore utilisée par des groupes communautaires francophones qui travaillent dans divers secteurs d'intervention comme la défense des droits, la lutte à la pauvreté, l'alphabétisation, la santé mentale, l'éducation populaire, la violence faite aux femmes, le logement social, l'environnement, le mouvement syndical et le mouvement coopératif.[15] Elle s'est montrée très utile dans la promotion de la santé dans divers lieux urbains et ruraux au Brésil, Guatemala, El Salvador, Mexique et Pérou.[16]

Dans le cadre de ce stage, des situations-types sont systématisées dans une vignette. La vignette est une description focalisée d'une série d'évènements qui sont représentatifs, typiques ou emblématiques.[17] Les situations-types et les vignettes sont des « incident critiques », des faits qui apparaissent et attirent l'attention. Ces faits déclenchent un processus de recherche de compréhension durant le stage. Formes encore plus primaires que les thèmes générateurs de Paulo Freire[18], ces situations-types se font présentes aux participants au cours d'une expérience qui exige une nouvelle compréhension. Elles deviennent provocatrices et sèment le doute sur la connaissance théorique acquise. Les observations des rapports entre les étudiants ainsi que ceux entre eux et les populations desservies (écoles primaires et secondaires, populations visées par un programme de santé publique et centre communautaire) ouvrent à la découverte des thèmes générateurs sur lesquels certaines situations de vie se posent entre nous. Comme professeure clinique, la méthode se concentre alors sur les mots ou symboles ayant une forte charge signifiante dans le vécu des stagiaires. Pour

leur part, les étudiants identifient et proposent de nouveaux « thèmes » liés aux mots et symboles de la population francophone qu'ils desservent.

### **Résultats : construire une praxis de connaître dans la formation auprès d'étudiantes issues de communautés immigrantes et de la minorité nationale francophone**

Cette partie débute par une description de la traduction de la méthode *voir-juger-agir* dans le contexte spécifique de la formation professionnelle avec stage pratique en santé communautaire. Les résultats sont présentés de telle sorte qu'on puisse entrevoir le processus réflexif au cours de l'action éducative.

#### *Voir*

Dans l'expérience vécue et racontée, y a-t-il des faits qui nous étonnent et nous questionnent? Lors du premier jour de stage, certaines observations importantes concernent les stagiaires. Bien que toutes les étudiantes soient recensées sous le même titre de francophones dans le programme de formation spécifique aux francophones en contexte minoritaire, les observations empiriques montrent que les quatre groupes de stagiaires, choisis par la coordinatrice de stage, sont hétérogènes. Deux groupes de trois et quatre stagiaires sont formés d'étudiantes qui proviennent du sous-groupe francophone issus de communautés immigrantes, tandis que les deux autres de 2 stagiaires chacun proviennent de la minorité nationale francophone. Un des groupes immigrants francophones est composé d'étudiantes provenant de groupes ethniques différents. Toutes les étudiantes issues des communautés immigrantes francophones font également partie des minorités visibles.

Ces premiers constats soulèvent d'abord des doutes (dans l'esprit d'une professeure vivant au Québec) quant aux possibilités de ces dernières de s'intégrer aux milieux de stage dans des écoles destinées aux minorités francophones nationales. Toutefois, tous les milieux de stage se composent des deux sous-groupes mentionnés ci-haut, de telle sorte, que l'intégration des étudiantes se réalise aisément, malgré le fait qu'elles proviennent de minorités visibles. Dépassant la barrière de ce préjugé, il est possible d'explorer des avenues plus audacieuses avec elles. Par exemple, dans un milieu de stage en milieu scolaire, les stagiaires désirent travailler sur la thématique de la nutrition chez les jeunes élèves. Elles seront invitées à s'asseoir et manger avec eux, mais aussi à se déplacer vers les lieux naturels de rencontres pour prendre contact (cafétéria, couloirs, bibliothèques, restaurants à l'extérieur de l'école, etc). Elles iront prendre un repas au restaurant du

coin, très populaire chez les élèves plus âgés, pour observer les comportements liés au repas du midi et le milieu attrayant qui peut transformer les habitudes alimentaires. Les stagiaires discutent également avec le propriétaire pour connaître son opinion sur les comportements alimentaires des élèves-clients de son restaurant.

### *Juger*

Qu'est-ce que nous apprenons ensemble en tant que stagiaires, professeure ou membres de la communauté? Pourquoi sommes-nous choqués par certains faits? Comment réagissons-nous face à une situation culturellement différente?

Le *Juger* devrait être le produit d'un dialogue participatif lors des rencontres du groupe de stagiaires dans son milieu d'insertion. Il s'agit d'investiguer et d'analyser les thèmes ou les situations qui émergent en cours de route. Les discussions sur un problème posé devraient aboutir à un savoir collectif (partagé entre professeur et stagiaires, incorporant quelques cas des membres de la communauté du milieu de stage). Ce problème peut aussi bien être relié directement aux projets d'interventions communautaires auprès de la population francophone, tout comme un problème émergeant du processus collectif d'apprentissage parmi les stagiaires.

À un moment donné, il a été nécessaire de réfléchir ensemble sur le contexte culturel dans le questionnement des étudiants. Par exemple, lors d'une rencontre avec un groupe de stagiaires, elles expriment leur désir de transformer les habitudes alimentaires des élèves d'une école. Parmi les faits, qui choquent ce groupe d'étudiantes immigrantes francophones, est la situation dans laquelle elles remarquent les incompétences alimentaires de certains élèves dans le milieu scolaire. Elles sont alors questionnées sur ce qu'elles avaient eux-mêmes mangé à leur du midi. Plusieurs n'avaient rien consommé, puisque c'était le *Ramadan*. Cette situation emblématique permet de discuter la signification des comportements nutritionnels et alimentaires ainsi que l'environnement social et culturel qui pourrait influencer également les comportements des élèves de l'école francophone. La découverte de ces éléments peut devenir un objet de recherche pour l'éducation en santé communautaire.

Dans un autre groupe d'étudiantes des minorités francophones nationales, une analyse collective de ce que signifie faire un stage dans une institution de santé publique rehausse une discussion sur les goûts personnels vis-à-vis les options réelles d'emploi en français après leur formation. Le dialogue amène à penser que le milieu institutionnel peut contrecarrer

la créativité et l'exercice d'une évaluation des besoins plus participative avec les communautés francophones. Par exemple, comment faire une évaluation des besoins si le programme national dicte déjà les orientations et les populations-cibles à prioriser? Aussi, les étudiantes comparent les possibilités salariales de travailler en français au Québec ou en Ontario. L'analyse en cours de stage permet de réfléchir sur le potentiel d'introduire ces préoccupations des étudiantes francophones dans des thématiques formelles du programme francophone de formation professionnelle en santé.

### *Agir*

Que puis-je faire? Quelle action personnelle pourrait faire progresser les valeurs auxquelles je crois? Pouvons-nous faire une action d'équipe? L'*Agir* serait l'action ou le changement positif provenant du dialogue participatif de la phase précédente. L'action de transformation devient indissociable de la réflexion, si cette réflexion est authentique. L'action transcende la simple contemplation des idées théoriques sur un problème ou une discussion. Pour le professeur clinique, l'*agir* signifie qu'il faille « prendre le taureau par les cornes » pour répondre rapidement et efficacement aux problèmes émergeants durant le stage. Cet agir inclut un processus d'apprentissage avec les stagiaires. Il implique d'accompagner et d'apprendre à partir des actions des autres (précepteurs, membres de l'école ou de la communauté), mais aussi d'être créatif en expérimentant d'autres formes d'éducatives sanitaires comme parler publiquement à l'assemblée des professeurs sur un thème et à des francophones vivant la pauvreté. Pour les stagiaires, il s'agit de décider des actions à mettre en œuvre pour agir directement auprès des usagers francophones de leur milieu de stage. C'est le même processus qui s'opère pour le professeur qui apprend comment enseigner avec ses pairs professeurs plus expérimentés, mais qui doit aussi créer des formes d'apprentissage plus adaptées aux spécificités des étudiants. Deux vignettes illustrent ce processus d'apprentissage collectif entre professeure clinique et stagiaires issus des communautés immigrantes francophones (vignette 1) et de la minorité francophone nationale (vignette 2).

Vignette 1: inclure l'étudiante immigrante francophone en difficulté

C'est la première expérience de stage avec cette école francophone en milieu minoritaire. Les groupes d'élèves auxquels les stagiaires interviendront sont hétérogènes puisque que certains proviennent de la minorité nationale francophone, d'autres enfants sont issus de l'immigration

récente ou sont des enfants nés d'immigrants. Les trois stagiaires proviennent du sous-groupe des communautés immigrantes francophones et de groupes ethniques différents. La directrice est le point de contact et de soutien. Elle propose de travailler la dimension de l'estime de soi et de l'intolérance entre les élèves à partir d'un guide français québécois. L'outil permet d'abord de guider les stagiaires dans l'évaluation des besoins de ce milieu. Repensant aux expériences antérieures en éducation populaire avec des agents communautaires de santé et la méthode *voir-juger-agir*, [19] les stagiaires sont invités à prendre contact le plus tôt possible avec les élèves pour développer des moyens de communication et d'approche avec eux. Les stagiaires participent alors aux périodes de jeux à l'extérieur, aux activités physiques et récréatives et aux rencontres de formation avec les élèves. Il est également suggéré de dîner et prendre des pauses-café dans la salle des professeurs, qui réunit des membres de communautés immigrantes francophones et de la minorité francophone nationale, afin de discuter avec eux sur leurs préoccupations et prendre le pouls de l'ambiance scolaire. Cette approche permet de créer un partenariat avec eux sous forme de relations plus conviviales.

Les stagiaires décident de proposer un projet sur l'estime de soi et la tolérance avec des groupes d'élèves. Lors d'une rencontre collective avec tous les collègues de l'équipe, une discussion vive s'enclenche. Deux étudiantes semblent être particulièrement conflictuelles dans les enjeux de la planification et la mise-en-oeuvre du projet (voir). Certaines démontrent des difficultés à planifier des activités à l'école, à chercher des références bibliographiques pertinentes pour leur stage, à décrire les écrits de manière critique et à communiquer « ce qu'elle fait » ou « ce qu'elle fera » de manière cohérente par l'écrit et l'oral. Pour travailler sur les difficultés de l'équipe en tant que telle, il est suggéré que chacune crée une intervention qui est significative.

Les stagiaires commencent à contribuer individuellement au travail collectif mené en milieu scolaire. Chacune expérimente le rôle de leader de son intervention et de collaborateur aux interventions des autres. Les difficultés de compréhension de l'intervention en santé communautaire s'estompent progressivement. Une étudiante immigrante francophone démontre toutefois des difficultés de communication (voir). L'analyse en cours de stage suggère qu'elle pourrait avoir des difficultés de compréhension du contenu en santé communautaire ou d'expression de ces idées en français ou bien encore un blocage face aux conflits internes de l'équipe (juger). De manière exploratoire, elle est encouragée à délaissier les écrits scientifique et à puiser

une intervention parmi ses référents expérientiels qui lui serait plus significative dans sa compréhension de l'activité de prévention (action). Elle suggère alors un jeu qui était utilisé dans son pays d'origine (tirailé par des guerres civiles et ethniques) pour conscientiser les jeunes sur la violence verbale.

Son activité est retenue par les collègues et la directrice pour l'activité de sensibilisation de l'estime de soi chez les jeunes élèves. Il s'agit d'un jeu de ballon-chasseur entre deux équipes, dans lequel les perdants doivent piger une étiquette avec des noms d'un panier, tels que « nul », « incapable », « idiot », qui sera accolé dans leur dos. En faisant vivre l'expérience d'être caractérisé par ces qualificatifs dégradants, le but du jeu est de conscientiser les jeunes sur l'influence des mots donnés par les collègues sur l'estime de soi personnelle. Les élèves, les professeurs et les collègues discutent ensuite collectivement de l'expérience et des liens avec les situations de violence verbale vécues en milieu scolaire. Après la réalisation de l'activité dans le milieu de stage, l'étudiante fut invitée à présenter son expérience auprès de toutes les collègues de l'université. Dans sa présentation, elle s'exprimait clairement en français et de manière cohérente. Elle avait également revêtu son costume du pays d'origine pour la séance publique.

Le résultat final semble avoir permis à l'étudiante immigrante francophone de participer à un travail collectif pertinent aux besoins de l'école, tout en étant responsable à la fois de la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une intervention significative culturellement. La valorisation de cette activité comme savoir expérientiel a transformé l'attitude réservée de l'étudiante immigrante francophone. Elle a ensuite été davantage capable de s'exprimer sur les expériences de violence observées dans son pays d'origine. Jusqu'à quel point pouvons-nous inclure la conscience culturelle dans la formation professionnelle pour aider à l'insertion de l'étudiante issue de communauté immigrante francophone? Comment développer des outils pour mieux évaluer les besoins spécifiques de ce sous-groupe de francophones vivant en contexte minoritaire? Comment transformer le contenu pédagogique d'un stage pour inclure les expériences particulières, francophones et immigrantes, tout en répondant aux exigences d'un programme de formation professionnelle en santé pour le marché du travail national?

Vignette 2 : permettre l'utilisation d'un langage imparfait en français, mais efficace

Une autre équipe était composée de deux étudiantes pro-

venant de la minorité francophone nationale en stage dans un centre communautaire destiné à la population francophone vivant en contexte minoritaire, soit de communautés immigrantes ou de la minorité nationale. La vignette 2 présente le cas de l'utilisation par les étudiantes d'un langage « frontière » pour discuter à la fois entre elles dans la préparation d'une action préventive en santé et aussi avec les usagers du centre communautaire. Le milieu provoque des discussions collectives pour exprimer les préjugés, en tant que stagiaire ou professeur francophone, face aux usagers francophones qui dépendent de l'aide gouvernementale. Bien qu'il n'existe pas de statistiques précises, la directrice du centre note que les usagers vivent généralement des situations économiques à faible revenu et sous le seuil de la pauvreté. Par exemple, plusieurs nécessitent l'aide alimentaire pour obtenir leurs repas quotidiens. Comment réagissons-nous à l'état de « nos pairs francophones » dont on entend parfois dans les conversations que les assistés sociaux « profiteraient du système »?

Nous discutons ouvertement des distances et des rapprochements du vécu de ces usagers avec nos situations potentielles en tant que francophones, du Québec ou de la minorité francophone nationale. Une des étudiantes explique qu'elle ne voulait pas visiter ce quartier, mais que maintenant, avec l'expérience du stage, elle analyse davantage les défis rencontrés par les usagers francophones défavorisés qui tentent d'obtenir un emploi et de s'en sortir (par exemple, analphabétisme, pauvreté du réseau de soutien, conditions précaires d'habitation, difficulté d'expression écrite et orale). La préceptrice, elle-même francophone, guide l'intégration des stagiaires dans leurs rapports sociaux avec les usagers du centre communautaire. Elle explique l'importance du recours à une collaboration réciproque avec les autres partenaires du programme de santé des francophones pour comprendre les différentes dimensions de leurs besoins autre que sanitaires (garderie, paniers de provision, assistance sociale, loyer à prix modique).

Bien que le centre communautaire soit destiné exclusivement aux francophones, les stagiaires doivent officiellement être bilingues pour répondre aux exigences de l'institution de santé publique. Il est observé toutefois qu'elles utilisent informellement un langage hybride et frontière (entre les deux) pour mieux communiquer entre elles et avec les usagers qui utilisent également ce langage (observation). C'est en voyant soudainement une affiche lors du stage qu'il a été permis d'analyser la manière dont elles écrivent ce langage pour discuter professionnellement. Lorsque questionnées, les étudiantes avouent qu'elles utilisent informellement

ce langage pour communiquer entre elles afin de planifier l'intervention sanitaire, mais qu'elles ne l'utiliseraient pas pour une affiche officielle (juger). Par exemple, les expressions suivantes sont écrites sur l'affiche : « Importance d'un bon déjeuner (bénéfice) : Complete BK (dairy, protéin); On the go options (fruits, bar céréalière); Guide alimentaire (new) ». Les phrases contiennent des mots en français et en anglais qui leur sont familiers.

Il est observé qu'elles utilisent efficacement ce type de langage pour communiquer avec les usagers du centre communautaire. Les stagiaires expliquent qu'elles sont conscientes de leurs lacunes en français et en anglais pour les travaux académiques (juger). Lors des visites de stage, elles démontrent la compréhension du contenu théorique, dont elles peuvent facilement discuter oralement, sans toutefois pouvoir exprimer adéquatement les idées complexes par l'écrit. En tant que professeure, cette situation oblige à réfléchir sur l'impact des exigences d'un français, bien parlé et écrit, lors de l'évaluation des travaux des étudiants issus des communautés immigrantes francophones, mais aussi de la minorité francophone nationale (agir). Est-ce que ces exigences freinent leur possibilité de s'exprimer librement dans des termes qui leur sont communs? Le résultat positif des interventions de promotion de la santé dépendrait-il d'un français châtié ou bien de l'utilisation d'un langage commun (hybride) entre les futurs professionnels et les usagers des programmes de santé des francophones en milieu minoritaire?

### **Discussion : les enjeux des choix éducatifs face aux étudiants issus des communautés immigrantes francophones et nationales**

Certains enjeux se dégagent de l'expérience vécue du stage clinique avec les étudiantes provenant des communautés immigrantes francophones et nationales. Le fait de vivre et travailler dans une autre culture nous oblige à développer un rôle infirmier ethnographe afin de se sensibiliser sur la communauté qui reçoit les soins.[19]

#### *Une problématisation autour de la production des sens et des interprétations*

Que vient en premier: l'expérience personnelle ou la lecture en termes de sa théorie, qui impose un ordre préétabli de signification? Le fondement théorique du travail académique a habituellement comme soutien les citations bibliographiques. Le questionnement commun au sujet d'un étudiant universitaire est: «Est-ce qu'il connaît bien la recension des écrits de sa discipline?» au lieu de : «Est-ce qu'il connaît son sujet par des sources d'information et

d'interprétation bien fondées, et est-ce qu'il sait les utiliser pour produire une prise de position qu'il peut expliquer et défendre?» «Serait-il un penseur original?» Cette tendance de la réduction de l'information à un savoir académique et limitée à la langue dominante restreint le potentiel créatif et inductif. Les argumentations d'Alain Touraine et de Farahd Khosrokhavar[20] sur l'auto-production soutiennent la thèse que les personnes sont productrices du sens de leurs actions, et c'est l'évaluation de cette auto-production qui doit être à la base de l'évaluation qu'on fera de leurs compétences.

Parler «d'observation» participante est une défense fragile du rôle de stagiaire et du professeur comme observateur externe qui demeure éloigné de l'action qu'il tente de comprendre. Ils peuvent apprendre et mieux contribuer dans le rôle d'acteur que simplement «observateur» de l'action. Quand Donald Schön[21] théorise sur la «réflexion dans l'action», il parle de la réflexion du praticien, d'une réflexion dans l'action, Bruno Latour[22] nous rappelle que le chercheur et le théoricien apprennent dans une pratique, qui cherche son efficacité transformatrice, non pas dans une réflexion en vase clos. Si le professeur ne comprend pas sa propre action comme une pratique, il néglige les contextes de la réalité dans laquelle se produit la connaissance scientifique.[23] La théorie est le produit d'une pratique, non pas d'une théorie précédente.

«Connaître dans la pratique» n'est pas une méthodologie nouvelle. Dans les contextes nord-américains et européens, ses racines proviennent des conceptions de la science de John Dewey[24] et de Donald Campbell[25], de la connaissance professionnelle de Gérard Mendel[26] et de Donald Schön[21], de l'enracinement identitaire des connaissances qui définissent les œuvres de Michael Polanyi[27] et de Charles Taylor[28]. Bruno Latour[22] nous invite à une révision drastique de la dichotomie théorie/pratique. Ricardo Zúñiga[29] explique que, dans le domaine de «comprendre notre monde pour le maîtriser», le «déjà connu» est reconnu comme une vérité stable, tandis que «l'inconnu» devient une menace ou un mystère. Dans cette conception, le connaissable (connaissances reçues, confirmation déductive, argument d'autorité) devient un obstacle pour les inductions exploratoires et à l'acceptation d'une vérité scientifique qui serait certitude temporaire, probable, infirmable.

L'inclusion des connaissances, qui émergent des expériences et des pratiques contextualisées, peut servir comme base pour embrasser les services de santé avec la perspective d'éducation populaire. Ceci signifie une position épistémologique de proximité au contexte sociopolitique dans lequel se produit la connaissance scientifique. Quelques auteurs

nord-américains reconnaissent aujourd'hui l'importance de la contextualisation politique de la production des connaissances pour leurs utilisations dans les services de santé.[30] Dépassant les dimensions techniques de la recherche, l'éducation populaire suggère une perspective de dialogue, de proximité, de transformation mutuelle des participants d'une expérience commune.[31] Le mouvement en direction de l'autre suppose toutefois un risque, celui d'apprendre un nouveau langage et de laisser sa propre subjectivité être affectée et perturbée, comme l'ont réalisé certains stagiaires avec leur langage hybride. L'expérience est ici une praxis d'éducation populaire avec différents acteurs rencontrés (professeurs, étudiants, habitants de communautés, professionnels de la santé des programmes francophones de santé). La réflexion de ce contexte académique suit un processus inductif de théorisation à partir des apprentissages expérimentiels émergents des activités terrain.

### *La remise en question de la socialisation des étudiantes issues des communautés immigrantes francophones*

Dans le contexte de la formation des étudiant(e)s issus de la minorité francophone nationale, mais plus encore des communautés immigrantes francophones, les programmes dépassent largement la sphère de formation technique. Les expériences accumulées des étudiants questionnent la logique qui est censée les former de manière homogène pour le marché du travail et les exigences des corporations professionnelles en santé. Par exemple, plus spécifiquement en santé communautaire, il y a une tendance à généraliser la formation et les compétences nationales devant être reconnues, et cette tendance est majoritairement anglophone. En plus du bilinguisme, le défi d'homogénéisation augmente lorsque les futurs professionnels en santé proviennent de plus en plus de communautés immigrantes francophones et multiethniques. La majorité francophone [dans ce cas-ci les francophones nationaux] qui forme les minorités culturelles francophones, produits de l'immigration, est en elle-même une minorité face à la langue officielle majoritaire et politiquement dominante.[32]

Bien qu'aucune étude ne puisse appuyer certaines expressions, telles que «gens non conscientisés», «minorités visibles», «ils ne pensent pas comme nous», «ils sont incapables d'écrire en français», «c'est une autre culture», elles sont tout-de-même entendues dans les corridors universitaires. «On s'est peu penché sur la question de l'étiquetage des gens» dans l'intervention sociale[33], mais aussi dans l'enseignement auprès des étudiants immigrants francophones, notamment de minorités «visibles» (utilisant le

tchador ou le vêtement de pays d'origine et couleur foncé). Ce terme officiel attribue à la physionomie et aux vêtements une valeur d'explication et de justification, comme si la couleur de la peau et le tchador expliquaient des comportements et justifiaient des traitements de discrimination. Ces évaluations du sens commun peuvent agir informellement dans la détermination des politiques, des normes organisationnelles ainsi que dans la formation professionnelle, principalement auprès des étudiants issus des communautés francophones immigrantes.

Quand les étudiantes immigrantes francophones sont invitées sans préjuger à expliquer le pourquoi de leurs actions dans un stage, l'espace participatif de libre expression permet de replacer le geste dans une nouvelle perspective cohérente. Il a été observé qu'il fallait un vécu partagé prolongé dans différents contextes à l'extérieur de la classe pour permettre aux étudiantes d'observer les attitudes du professeur et décider librement de s'exprimer. Par exemple, une étudiante explique qu'elle a frôlé l'échec lors de son stage clinique pour ne pas avoir jeté les 300CC de soluté d'une intraveineuse à la fin de sa journée. Le sens commun dans la capitale canadienne semble être d'accommoder l'équipe de remplacement avec un nouveau sac à soluté de 1000 CC. Lorsque l'étudiante discute de cette situation dans un cours sur les dimensions éthiques et légales en sciences infirmières, elle explique la concordance de son geste à la pratique infirmière de son pays d'origine. «Là-bas, tant les ressources sont limitées, ce serait un acte non éthique que de jeter quelque quantité de médicament que ce soit.»

Les gestes peuvent être évalués selon la cohérence des règles de pratique de la minorité francophone nationale, une minorité linguistique qui agit comme majorité avec droit d'interprétation sans consultation. Ces règles de pratique dans le milieu de stage francophone peuvent provenir elles-mêmes de la traduction en français de pratiques cliniques en santé tirées d'ouvrages anglophones canadiens ou plus encore américains. Le vécu exprimé des étudiantes immigrantes francophones peut ainsi nous aider à mieux saisir nos propres incohérences en tant que francophone québécois ou de minorité nationale (voir les résultats de la Commission Taylor et Bouchard sur les accommodements raisonnables au Québec[32]).

*La proximité et l'éloignement : les défis d'inclure les particularités immigrantes francophones dans une formation visant le marché du travail national*

Paulo Freire[18] voit la personne comme sujet de sa propre connaissance et parle d'un principe de dialogue entre

enseignant et enseigné, dans lequel «je t'enseigne et tu m'enseignes». Le partage des connaissances ne se limite pas à des méthodes traditionnelles de transférer des connaissances (cours, démonstrations d'évidence ou lectures scientifiques), mais bien plutôt à l'utilisation d'approches créatives comme la participation à des réunions informelles et des événements sociaux, où les gens de la communauté se rassemblent naturellement. Ceci peut permettre de se construire progressivement sur le terrain. Dans ce sens, l'éducation devrait prendre place dans le milieu de vie des gens. Le terme «problématisation» remplace celui de la «problématique», généralement utilisé dans les recherches scientifiques pour souligner l'émergence des questionnements provenant des personnes concernées, qui confrontent elles-mêmes les nombreux défis de leur situation de vie (dimensions socio-économiques, politiques, culturelles et historiques).

Dans le cas de la formation professionnelle en santé communautaire qui engage des personnes issues des communautés francophones minoritaires, la problématisation proviendrait des personnes du milieu de stage, des étudiants ou des professeurs eux-mêmes francophones minoritaires. Paulo Freire[18] a prôné une approche pratique en rappelant des principes toujours valables. Toute personne est éduquée d'abord et avant tout par elle-même, en dialogue avec les autres et avec ses conditions concrètes de vie collective. Les rencontres avec la communauté francophone (immigrante ou nationale), qui devrait recevoir des soins infirmiers spécifiquement en français, peut se réaliser lors de divers événements culturels comme les festivals, les fêtes populaires, les célébrations locales ainsi que les activités sociales et sanitaires. Le fait de marcher dans les quartiers où vivent ces communautés et interagir informellement avec les personnes dans leurs quartiers deviennent de riches opportunités pour mieux comprendre leurs conditions de vie et leurs manières de vivre ensemble. Ces conditions de vie peuvent aussi être celles que partagent certains futurs professionnels de la santé qui se forment dans notre milieu académique. Les expériences d'immersion de plusieurs années dans un contexte culturel différent et dans des quartiers populaires locaux ont encouragé la sensibilité de l'auteurs sur les enjeux du dialogue interculturelle pour la construction d'apprentissages utiles à la formation professionnelle en santé.

La recherche d'une relation conviviale et réciproque avec les minorités marginalisées débute avec un rapport plus horizontal avec les futurs professionnels provenant de ces populations. L'éducation populaire en santé signifie d'inclure une *convivência* [vivre ensemble] avec les

mouvements sociaux dans la formation des professionnels de la santé.[34] L'expérience vécue prolongée avec quelques familles dans la communauté visée par les interventions (soins ou enseignement) permet de former les étudiants et les professeurs à utiliser l'expérience humaine de relation participative et démocratique à partir d'un véhicule émotionnel et affectif. L'éducation populaire dans les pratiques professionnelles encourage l'autonomie, la créativité et la convivialité. Les liens de solidarité et d'appartenance, développés lors des actions informelles d'entraide mutuelle, représentent d'intéressants chemins complémentaires pour la recherche et l'action. Cette perspective soutient également le développement d'une conscience de l'histoire collective, celle du professeur et celles des futurs professionnels, pouvant donner une voie d'expression, de respect, de valorisation de soi et d'autonomie aux diverses significations et actions de la pratique professionnelle de ces derniers.

## Conclusion

L'article laisse cependant plusieurs questions en suspend à explorer pour mieux comprendre la formation professionnelle en santé dans les programmes spécifiques aux francophones, principalement auprès des étudiants issus des communautés francophones immigrantes. La tendance mondiale des immigrations internationales vers la formation en sciences infirmières devrait augmenter au Canada.[1,35,36] Les futurs professionnels en formation sanitaire viennent généralement des migrations forcées, avec des demandes d'asiles politiques et de déracinements violents en vue de conditions d'accueil moins hostiles.[37] Il y a une nécessité pédagogique de mieux connaître les conditions de ces étudiants immigrants récents.[38] Ils vivent souvent des situations économiques difficiles, dans lesquelles ils subviennent aux besoins des familles et communautés culturelles laissées dans leur pays d'origine. Pour la rétention des étudiants des programmes francophones, immigrants ou nationaux, il faudrait également mieux démystifier leurs efforts personnels et collectifs de s'insérer dans le marché du travail bilingue. Trois types de défis se dégagent et méritent une exploration plus approfondie pour la formation des professions d'interventions, qu'elles soient médicales ou sociales:

### *Les défis interculturels*

Une action collective comme celle du *nursing* peut s'enrichir par la diversité culturelle, mais seulement au prix de renoncer aux convictions habituelles des milieux habituellement organisés par une culture commune fondée sur des présupposés communs de perspectives, de valeurs et

de pratiques. Un tel sens commun facilite les socialisations secondaires, comme celle des professions, en permettant l'imposition d'une conception unique. Il le fait aux coûts d'une certaine insensibilité face aux différences qui ne peuvent pas être traitées comme les déviations d'une norme culturelle unique de compréhension et d'action.[7]

### *La conception de la formation*

Si les formateurs se donnaient un mandat incontesté d'intégration par une homogénéisation de perspectives et des pratiques professionnelles, ils seraient en train de faire une équivalence trop rapide entre l'acquisition des compétences et le présupposé que le processus éducatif demande des changements seulement de la part des étudiants.[39] Dans une société multiculturelle et bilingue, la formation des infirmières requiert que la diversité culturelle des étudiants ne soit pas vue comme une difficulté à surmonter, mais comme un atout précieux pour un travail auprès d'une diversité qui définira leurs clientèles comme elle commence à définir le pays.[40] Soigner un enfant ou une personne âgée, une personne vivant des carences dans les conditions préalables à la santé ou une personne aux prises avec des dépendances destructrices est le défi déjà confronté dans la recherche des soins humains. Dans la nouvelle communauté, travailler avec une femme musulmane, un homme africain ou un enfant haïtien ne sera qu'une exigence additionnelle d'établir une relation de soin avec une personne qui aura son droit citoyen d'être traité dans son altérité culturelle, qui est reconnue par l'éthique citoyenne et humaine reconnue par notre société.

### *L'affirmation professionnelle*

Le but de cette réflexion peut se résumer dans la double affirmation que la réalité des diversités culturelles produites par l'immigration des candidates à la profession en santé, qui sont des adultes, souvent avec une histoire d'exercice dans des secteurs de services de leur pays d'origine, ne peut pas être confrontée adéquatement sans changer les présupposés des milieux traditionnellement plus culturellement homogènes. Le formateur est plus qu'un adulte représentatif de la société, qu'un modèle apte à être imité. Il est quelqu'un qui invite un égal à produire un apprentissage partagé, un apprentissage qui les aidera tous les deux à se préparer à devenir des membres d'une société diversifiée de laquelle tous les deux sont ses représentants.

## Références

- 1.Canadian Nurses Association. Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections. Ottawa : CNA. 2002.
- 2.Buchan J, Sochalski, J. The Migration of Nurses: Trends and Policies. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82(8):587-594.
- 3.Ahmad OB. Managing Medical Migration from Poor Countries. British Medical Journal 2005; 331:43-45.
- 4.Buchan J. The Impact of Global Nursing Migration on Health Services Delivery. Policy, Politics & Nursing, Practice 2006; 7:16s-25s.
- 5.North N. International Nurse Immigration : Impacts on New Zealand. Policy, Politics and Nursing Practices 2007; 8(3):220-228.
- 6.Laperrière H. La recherche d'une relation conviviale et réciproque avec les minorités marginalisées : l'éducation populaire dans les pratiques professionnelles de santé communautaire. In : Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (éd.). Actes du 2e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire. Ottawa : IRSC-CLOSM, 2007.
- 7.Maddibo AI. Minority Within a Minority. Black Francophone Immigrants and the Dynamics of Power and Resistance. New York: Routledge, 2006.
- 8.Laperrière H. Contemporary Challenges of Multiple Migrations and Bilingualism in Nursing Education. Communication at the Canadian Association Schools of Nursing Conference 2009, Challenges in Nursing Education within a Context of Paradigm Drift and Paradigm Shift. Moncton, New Brunswick, Canada, 4-7 May 2009. Abstract published at : <http://www.nursinglibrary.org>.
- 9.Rocher G. Être sociologue-citoyen : la dynamique des pratiques de l'action et de l'interprétation. Conférence de clôture du colloque Présences d'un sociologue en hommage à Guy Rocher, Université de Montréal, Montréal, Canada 24 février 2006. Disponible à : URI/URL:<http://hdl.handle.net/1866/1303>. Consulté le 15 octobre 2009.
- 10.Beaudin M. Les mouvements d'Action catholique comme pratique et théologie critiques. Laval théologique et philosophique 1996; 52(1):67-84.
- 11.Girard A. La JOC au Lac-Saint-Jean (1940-1970) : histoire et témoignages : voir, juger, agir / Agathe Girard. Québec : Bibliothèque et archives nationales, 2007.
- 12.Warren JP. La découverte de la "question sociale": sociologie et mouvements d'action jeunesse canadiens-français. Revue d'histoire de l'Amérique française 2002; 55, 4 : 539-572. Disponible à : <http://dx.doi.org/doi:10.1522/24910383> . Consulté le 12 novembre 2009.
- 13.Gotto M. Voir, juger, agir ou l'ABC de l'action citoyenne. Points de repères; 18. Namur, France : Équipes populaires, 2004.
- 14.Gariépy D. Suggestion au sujet de la mise sur pied d'équipes sur la simplicité volontaire. Québec : Réseau Québécois pour la Simplicité Volontaire (RQSV). s.d. Disponible à : <http://simplicitevolontaire.info/impliquer/dans-un-groupe/2/#Outils%20pour%20animer%20un%20groupe> . Consulté le 15 octobre 2009.
- 15.St-Amand, JP. Le Mouvement des Travailleurs Chrétiens une expérience d'Église toujours vivante. Option Ouvrière 2007; 82:17-9.
- 16.Farmer P. Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley : University of California Press, 2003.
- 17.Miles MB, Huberman M. Analyse des données qualitatives. Paris : de boeck, 2003.
- 18.Freire F. Pédagogie des opprimés. Paris : La découverte, 1983.
- 19.Laperrière H. Community Health Nursing Practices in Contexts of Poverty, Uncertainty and Unpredictability: a Systematisation of Personal Experiences. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007; 15:721-8. Disponible à : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000700002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700002&lng=en). Consulté le 15 mai 2009.
- 20.Touraine A, Khosrokhavar F. La recherche de soi. Dialogue sur le sujet. Paris : Fayard, 2000.
- 21.Schön D. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans un agir professionnel. Montréal : Logiques, 1994.
- 22.Latour B. Sur la pratique des théoriciens. In : Barbier JM (éd.). Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris : PUF, 2004, p. 131-46.
- 23.Nowotny H, Scott P, Gibbons M. Re-thinking science: knowledge and the public in an age of uncertainty. Cambridge: Polity Press, 2001.
- 24.Dewey J. Comment nous pensons. Paris : Le Seuil, 2004.
- 25.Campbell DT. The Experimenting Society. In : Overman

S (ed). Methodology and Epistemology for Social Science. Chicago : University of Chicago Press, 1988; 290-314.

26.Mendel G. L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir. Paris : La Découverte, 1998.

27.Polanyi M. Personal Knowledge : Toward a Post-Critical Philosophy. New York : Harper & Row, 1964.

28.Taylor C. Les sources du moi. La formation de l'identité moderne. Québec : du Boréal, 1998.

29.Zúñiga R. (2002) Las resonancias prácticas de la metateoría en psicología social. En MORALES, J. F. , D. PAEZ, A. L. KORNBLIT, D. ASUN (Eds.). Psicología Social. Buenos Aires: Prentice-Hall. Cap. 3, p. 39-56.

30.Denis JL, Lehoux P, Champagne, F. Knowledge Utilization in Health Care : from Fine-tuning Dissemination to Contextualizing Knowledge. In : Lemieux-Charles L, Champagne F (eds). Multidisciplinary Perspectives on Evidence-based Decision-making Health Care. Toronto: University of Toronto Press, 2004, p. 11-41.

31.Vasconcelos E. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo : Hucitec, 1997.

32.Bouchard B, Taylor C. Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Québec : Commission de consultation sur les pratiques d'accommodation référées aux différences culturelles, 2008. Disponible à : <http://www.accomodements.qc.ca>. Consulté le 1 août 2009.

33.St-Amand N. Des noms qui en disent long... Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire 2000; 6(1):36-63.

34.Vasconcelos E, Frota LH, Simon E. Perplexidade na universidade. Vivências nos cursos de saúde. São Paulo : Hucitec, 2006.

35.Citoyenneté et Immigration Canada – CIC. Cadre stratégique pour favoriser l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire. Ottawa: Gouvernement du Canada, 2003.

36.Citoyenneté et Immigration Canada – CIC. Plan stratégique pour favoriser l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire. Ottawa: Gouvernement du Canada, 2006.

37.Kingma, M. Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2006.

38.Goeppinger J et al. Building Nursing Research Capacity to Address Health Disparities : Engaging Minority Baccalaureate

and Master's Students. Nursing Outlook 2009; 57(3):158.

39.Guinier L. The Tyranny of the Majority. Fundamental Fairness in Representative Democracy. New York : The Free Press, 1994.

40.Guinier L, Sturm S. Who's Qualified? In a New Democracy Forum on Creating Equal Opportunity in Schools and Jobs. Boston: Beacon Press, 2001.

#### *Note de l'auteure*

*En ce qui a trait aux références sur la méthode Voir-Juger et Agir et la théologie de la libération, leur utilisation se situe dans une trajectoire d'engagement au Canada et en Amérique latine. Ces méthodes se transmettent principalement par la communication orale et de manière collective dans les mouvements sociaux. Dès les années 80, les auteurs latino-américains influencent la lecture de la « question sociale » à partir d'une option pour les pauvres. Tout en faisant la formation technique en soins infirmiers, j'ai puisé directement aux sources de Gustavo Gutierrez, j'ai puisé directement aux sources de Gustavo Gutierrez, en visite au Québec (Canada) sur la formation de base en théologie populaire, ainsi que de Claude Lacaille, un prêtre québécois ayant vécu au Chili durant la dictature militaire. Les Carlos Mesters, Leonardo Boff, Clodovis Boff et bien d'autres pasteurs sociaux étaient également les figures présentes dans la formation brésilienne qui m'ont permis de vivre et de m'engager dans les CEBS (communauté ecclésiale de base) durant les six autres années, en parallèle avec le travail de soins communautaires dans des mouvements sociaux au Brésil. Je participe actuellement aux Congressos de la psicologia social de la liberacion [Congrès de la psychologie sociale de la libération] : Costa Rica (2006); Chili (2007) et dernièrement au Chiapas-Mexique (2008), dans lequel la participation incluait un séjour dans un territoire libre zapatiste. Ces participations, dont le prochain sera au Venezuela, me permettent de revisiter les différentes racines qui ont fait émergé les mouvements de libération en Amérique Latine dans les années 60, ainsi que leurs transformations aux cours des décennies pour s'adapter aux problématiques contemporaines émergentes jusqu'à aujourd'hui.*

#### *Pour contacter l'auteure:*

*Hélène Laperrière, inf, Ph.D.  
Professeure adjointe  
Université d'Ottawa  
Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, ch. Smyth, (3021j)  
Ottawa, Ontario, K1H 8M5  
Canada  
Courriel: [hlaperri@uottawa.ca](mailto:hlaperri@uottawa.ca)*

# Commentaire/Commentary

## A propos du langage des médecins et de leur communication avec les patients et leurs proches

**CLAUDE HAMONET**

Aucune guérison n'est complète, si une relation par la parole ne s'installe pas pendant les soins et après entre le malade, ses proches et le médecin.

Edouard Zarifian,  
*Les jardiniers de la folie*

C'est le médecin qui recherche le moins le sens des mots santé et maladie.

Jaspers, cité par Canguilhem,  
*Le normal et le pathologique*

## Introduction

Un bon nombre de nos patients nous confient: « *quand je sors du bureau du médecin, je suis moins bien que lorsque j'y suis entré* ». Il faut dire que dans la nouvelle formulation des études médicales, figure « *comment annoncer une mauvaise nouvelle ?* » Comment peut-on en arriver là ? Le médecin est, par essence même, celui ou celle à qui l'on peut se confier et en qui on peut avoir confiance, celui qui rassure des fausses peurs, celui à qui on peut confier, sans honte et sans culpabilité, l'intime de soi même, celui de qui on attend écoute, compréhension et même compassion, celui dont on sait qu'il ne vous abandonnera pas et ne vous dira jamais : « *il n'y a rien à faire* », conscient qu'il reste toujours à vivre même si le temps est raccourci par la maladie, même si la vie n'est plus la même et semée des embûches que sont les situations de handicap.

Il faut dire que les médecins sont précisément « handicapés » par leur formation ou, plutôt, leur transformation en « *homo medicus* », à travers leurs études médicales centrées sur la

maladie, avec un uniforme (la blouse blanche) dont le port est un véritable « *rite d'appartenance* », ses lieux de culte (l'hôpital, le « lit du malade », sorte d'autel du sacrifiés), les « *staffs* » et présentations de dossiers où chacun a un rôle concélébre (une sorte d'office sacré en hommage à la Médecine), selon son rang hiérarchique déterminé par le niveau de ses connaissances et le grade acquis par ses connaissances, les visites de l'assistant ou du « *patron* », les gardes avec leur lot de stress comme autant d'épreuves initiatiques à surmonter (dont celle de la mort devant soi) pour être digne d'être accepté dans le corps des « *docteurs* ».

C'est là que l'on apprend à parler « *autrement* » c'est-à-dire une langue incompréhensible des non-médecins, une langue avec ses néologismes scientifiques empruntés au grec et au latin mais aussi avec des expressions imagées empruntées à la vie quotidienne propres à aiguïser le sens de l'observation et à imprimer des images « évocatrices » dans la mémoire du futur médocastre : « *signe de la sonnette* » des sciatiques, « *signe du tabouret* » des dystrophies musculaires. Il apparaît comme un langage mystérieux, fait d'un mélange de mots « *savants* » difficiles à entendre ou de noms propres codés, de néologismes ignorés du dictionnaire, de jargon (fait initialement pour ne pas être compris du malade) et d'emprunts à d'autres langues, l'anglais essentiellement.

Mais, le plus remarquable c'est que tout ce vocabulaire désigne et spécifie une réalité qui est tout en négatif. Les éléments du « *diagnostic positif* » sont tous négatifs pour le malade, c'est-à-dire qu'il s'agit de pertes, de manques ou de dysfonctionnements. En effet, « *malade est un concept général de non-valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles* » (Jaspers, cité par Canguilhem, *Le normal et le pathologique*). On comprend mieux que le langage du médecin inquiète le patient mais aussi la difficulté pour le médecin de s'en défaire et de s'exprimer autrement. Et, pourtant, c'est ce que l'on attend de lui.

### Les liens épistémologiques entre la botanique et la médecine

Il y a une explication historique à cette organisation de la Médecine en Science des maladies plutôt que de la « santé » : les médecins classificateurs du 18<sup>ème</sup> siècle étaient tous botanistes. Le dispositif initialement adopté pour classer les maladies qui peut être considéré comme l'origine du raisonnement scientifique médical a été reproduit et enrichi jusqu'à la classification internationale des maladies en passant par les classifications de Pinel comme je l'ai démontré en 1993 dans ma thèse d'anthropologie sociale où je désirais articuler les notions de handicap et de maladie. Le document

fondateur étant la *Nosologie méthodique*, (selon l'ordre des botanistes) de François Boissier de Sauvages (1771), directeur du jardin royal de Montpellier. On y regroupe les maladies en classes, genres et espèces dans les tables (ou tableaux) de Boissier, comme on classe les plantes. Ce dispositif permet, à partir de l'orientation par un symptôme d'identifier la classe, puis le genre et, enfin, l'espèce (ou forme clinique). C'est très efficace pour arriver au diagnostic et nous devons à ce dispositif l'expression du « *tableau clinique* », bien étrange pour le néophyte en médecine. J'avais alors montré la similitude du principe d'identification entre le document de Boissier et la « Classification internationale des maladies » de l'OMS

Depuis, j'ai découvert, au hasard des bouquinistes, une classification des maladies faite par Linné qui semble être passée aux oubliettes des médecins et qui mérite une étude spécifique. Ces données historiques me semblent utiles pour comprendre les comportements médicaux actuels, induits par la culture des maladies inoculée dans les facultés de médecine et les services hospitaliers. Ceci aboutit à cette scène hallucinante des « hommes en blanc » d'André Soubiran montrant l'interne (Raymond Pellegrin) revenant de garde par le métro et regardant d'un œil « *cliniquement* » suspicieux les passagers, trouvant une anémie à celui là, le teint cireux d'un cirrhotique à tel autre, etc. Imprégné par ses connaissances de la maladie, le médecin oublie les éléments positifs de la bonne santé et « *de bon sens* ». Ceci est parfaitement explicité par la célèbre formule du Dr « Knock » de Jules Romain : « *tout bien portant est un malade qui s'ignore* ».

Un autre facteur joue parfois, celui de montrer au patient que l'on sait mettre les mots « *justes* » (médicalement) sur les symptômes et, par là même, vouloir en imposer à son interlocuteur à l'instar du célèbre docteur Diafoirus de Molière. Cet exercice est devenu complexe, voire périlleux, avec des patients qui ont consulté internet avant de consulter leur médecin et s'essayent, de leur côté, à parler « *le médical* » (« *ce sont mes cervicales, mes lombaires, j'ai une sciatique* ») ou brandissant, ce qui est pour eux, le sommet de la technologie « *j'ai une IRM* ».

Plusieurs d'entre eux font leur diagnostic grâce à Google en inscrivant en mots clés leurs symptômes et en voyant, en 0,3 secondes un diagnostic s'inscrire sous la forme d'un texte publié sur un site ou retrouvé dans un blog. J'ai observé, en écoutant les récits de mes patients, que bien souvent le médecin est mal à l'aise vis-à-vis ce nouveau venu dans le dialogue médecin-patient. Et pourtant, bien utilisé, Internet peut être un lien supplémentaire pour mieux se comprendre

ou se faire comprendre.

## A propos de la séméiologie et du raisonnement en médecine

Le jugement des sémioticiens comme Barthes sur la séméiologie (science des signes) est très sévère. Barthes, le sémioticien, dit qu'il ne comprend rien à la lecture des traités de sémiotique (devenue séméiologie) médicale à cause des terminologies qui lui sont étrangères mais aussi parce qu'il n'y a pas de sémiotique dans ces ouvrages. Il est vrai que, dans le vocabulaire médical, on confond souvent symptômes et signes (la distinction signes physiques, signes fonctionnels, signes généraux n'est pas opérationnelle car confuse et ambiguë), alors que le symptôme est ce dont se plaint le patient. Il ne devient un signe que par le sens, la signification, que lui donne le médecin avec l'aide du patient et de l'entourage. Ceci nous apprend que le diagnostic est autant l'affaire du patient que du médecin et qu'il se fait « à deux » et même à trois avec les proches. C'est ainsi que l'on construit une démarche positive faite de confiance mutuelle et de responsabilité entre le médecin et « le » (et non pas « son ») patient. On y introduit aussi davantage une sémiologie « situationnelle » qui fait référence au cadre de vie et fait le pont avec l'approche sociale et sociétale.

« *Ecoutez votre malade il vous fera le diagnostic* ». Cette phrase d'Osler est aujourd'hui, plus encore, d'actualité. Un mot du patient vaut, bien souvent plus pour le diagnostic qu'une image dont l'interprétation, dans le contexte clinique, n'est pas évidente. Le médecin, d'une manière générale ne fait pas assez confiance au patient qui le consulte, alors que sa collaboration est essentielle pour aboutir au diagnostic. Le pessimiste soupçonneux de l'homme en blanc est parfois induit par le contexte médico-juridique actuel. La mise en évidence du lien de causalité, passage incontournable, étant souvent en enquête de style policier, évoquant davantage la mise en examen que l'examen clinique et transforme la victime en coupable de tromperie potentiel. Et pourtant, en tant qu'expert, je n'ai jamais rencontré de simulateur mais des personnes qui exprimaient, avec la volonté de convaincre, différemment leurs souffrances. Surtout, elles voulaient être écoutées.

D'un côté la loi de 2002 sur le *Droit des patients* contraint le médecin à informer le malade, c'est-à-dire à évoquer les évolutions possibles (mauvaises surtout) après le diagnostic. Ceci aboutit à des annonces souvent très mal perçues par des personnes fragilisées et éveille bien des fantasmes qui ne sont pas toujours exprimés au médecin par timidité ou par peur du ridicule. Sans éluder les risques encourus, il y a cependant

une façon appropriée à chaque cas non pas seulement de prévenir mais de commenter le futur en équilibrant les aspects positifs et les complications éventuelles. Internet joue ici souvent un très mauvais rôle et met en avant les aspects les plus sévères si ce n'est pas les plus sensationnels comme il apparaît dans les publications médicales d'une façon générale. Là aussi, la pondération du médecin qui ne doit pas hésiter à regarder, lui aussi, Internet, pour savoir ce que ses patients lisent est essentielle. Naguère, bien avant Internet, une revue médicale publiait une rubrique « *ce que vos patients lisent* » à propos des articles sur la santé rédigés par des revues grand public.

## Les mots à ne pas dire

Le sens médical et le sens populaire diffèrent sémantiquement pour certains mots simples qui deviennent péjoratifs. C'est le cas de « *chronique* » qui remplace dans l'esprit de la population (mais parfois aussi malheureusement souvent celui des médecins) le terme d'incurabilité.

C'est aussi le cas le cas de « *dégénératif* » qui s'oppose à inflammatoire en rhumatologie et indique une évolution vers l'aggravation en neurologie. Il est perçu comme très dévalorisant, chargé de représentations négatives de soi même, mélange de souillure et de mort partielle. C'est ainsi qu'un radiologue qui inscrit dans son compte rendu « *dégénérescence discale* » surtout si elle est « *étagée* » induit l'idée d'un rachis peu fiable vécu comme « *vermoulu* » et prémisse à tous les dangers, d'autant plus que le processus est imaginé comme étant évolutif.

## Conclusion

Il y a beaucoup à changer dans le dialogue patient-médecin-proches-société. La « *scientifisation* » croissante de la médecine, à la remorque de l'évolution exponentielle des technologies de biomédecine et d'instrumentalisation du corps humain, relègue à la portion congrue et, parfois, élimine cette part essentielle de l'échange entre le médecin et le patient : l'écoute de ce dernier et l'examen clinique attentif et respectueux de son corps. Le raisonnement médical occulte très souvent l'étape clinique et se « *défausse* » sur les examens dits « *complémentaires* », s'accrochant trop souvent à une image radiologique ou à une modification biologique discutable.

La conviction des médecins est de plus en plus qu'un diagnostic n'est pas accompli sans la confirmation biologique ou d'imagerie. Parmi les dimensions de « l'homme malade » et non pas de « *l'homo medicus* », on distingue : la *lésion* (le

corps, anatomique et physiologique), les *fonctions humaines* qui lui donnent l'autonomie, les *situations de la vie* qu'il rencontre qui peuvent être handicapantes et sa subjectivité, c'est-à-dire le point de vue de la personne sur son état ; les deux dernières (situations de handicap et *subjectivité*) sont très souvent oubliées dans la démarche du médecin.

La subjectivité, entre autre, est essentielle. L'imaginaire, les peurs, les représentations de la maladie, liées à la personnalité, à l'éducation et à la culture vont avoir une part essentielle dans le fonctionnement du tandem médecin-patient et doivent être prises en considération avec respect, même si elles paraissent extravagantes. C'était le cas de ce médecin victime d'un traumatisme de l'épaule, compliqué d'une pseudarthrose de l'humérus et d'une paralysie du deltoïde qui m'a posé cette question inattendue alors que je l'examinais : « *Dis-moi, tu es sûr que ce n'est pas un cancer ?* »

Etre médecin et être malade sont deux statuts différents et quand on change de rôle, on ne peut pas imaginer qui l'on sera. En fait, c'est à travers les facultés de médecine avec leurs liens hospitaliers qu'un renversement profond des tendances comportementales des médecins doit être fait dans l'humilité (on peut se tromper il faut bien le savoir). Il faut se souvenir que le médecin est soumis, lui aussi, à la souffrance : celle dont il porte le fardeau avec son patient et aussi, celle de son impuissance quand il ne peut soulager ou guérir ; mais il ne doit pas fuir ou abandonner celui qui lui a fait confiance.

*Pour contacter l'auteur:*

*Professeur Claude Hamonet, MD, Ph.D.*

*Médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation*

*Docteur en anthropologie sociale*

*Ancien directeur de l'UFR-Communication et insertion dans la société (Université Paris12)*

*Expert agréé par la Cour de cassation*

*Paris*

*France*

*Courriel: [pr.hamonet@wanadoo.fr](mailto:pr.hamonet@wanadoo.fr)*