

# APO<sup>R</sup>RIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

# Sommaire/Content

Vol.1, Numéro 1/Vol.1, Issue 1

Éditorial/Editorial

8

ARTICLE 1

S J MURRAY  
APORIA: TOWARDS AN ETHIC OF CRITIQUE

15

ARTICLE 2

J K SCHWIND  
METAPHOR-REFLECTION IN MY HEALTHCARE  
EXPERIENCE

22

ARTICLE 3

G J ANDREWS  
GLOBAL CLIMATE CHANGE: A FRAMEWORK  
FOR NURSING ACTION

30

ARTICLE 4

D A NICHOLLS  
PUTTING FOUCAULT TO WORK: AN APPROACH  
TO THE PRACTICAL APPLICATION OF  
FOUCAULT'S METHODOLOGICAL IMPERATIVES

41

ARTICLE 5

B ROY, M CHARLAND & G TREMBLAY  
RECIT D'UN HOMME EN DETRESSE:  
TRAJECTOIRE LABYRINTHE D'UN HOMME EN  
QUETE D'AIDE

52

ARTICLE 6

E BERNHEIM & C LARUE  
MESURES DE CONTRÔLE EN PSYCHIATRIE:  
IMPACTS CLINIQUE ET JURIDIQUE DE LA RE-  
CHERCHE INTERPRÉTATIVE

## Éditorial/Editorial

C'est avec plaisir et fierté que l'équipe éditoriale d'APORIA publie son premier numéro. Il va sans dire que ce numéro régulier se veut l'aboutissement d'une longue aventure dont l'origine remonte à plus de deux ans. En effet, suite à une discussion avec une collègue et amie, Dre Sylvie Lauzon, j'ai compris que le temps était venu de lancer une revue internationale et bilingue (français/anglais) dont la mission première serait d'offrir aux lecteurs des textes de qualité s'appuyant sur une perspective critique, donc politique.

APORIA est consacré aux débats académiques en sciences infirmières et en sciences de la santé. L'équipe éditoriale du journal s'engage à promouvoir une perspective pluraliste de la science et à estomper les frontières entre les disciplines tant en sciences de la santé qu'en sciences humaines et sociales. À cet égard, l'équipe éditoriale d'APORIA accueille des articles critiques dans le domaine des sciences infirmières et des sciences de la santé qui incluent (entre autres) des critiques de discours dominants centrés sur la médecine fondée sur les preuves (ou médecine fondée sur les données probantes) (evidence-based medicine), les lignes directrices de pratiques exemplaires (best practice guidelines), le transfert des connaissances (knowledge translation), les soins infirmiers et les pratiques en santé, l'éthique, la politique et les politiques en matière de santé, la technologie, la bioéthique, la biopédagogie, le biopouvoir, etc. Des résultats de recherche de pointe en sciences infirmières et dans des disciplines connexes sont également bienvenus. APORIA encourage l'utilisation d'une gamme étendue d'épistémologies, de philosophies, de perspectives théoriques et de méthodologies de recherche. Dans le cadre d'analyses critiques de thèmes portant sur la santé, APORIA préconise des épistémologies, des philosophies et des perspectives théoriques diverses, telles que les études féministes, néo-marxistes, postmodernes, poststructuralistes, postcoloniales, et la perspective queer.

Alors que le public paie déjà pour subventionner la recherche en santé, l'on ne peut concevoir qu'il doive payer de nouveau pour avoir accès aux résultats de recherche et aux textes critiques en matière de santé. Certains abonnements à des périodiques scientifiques peuvent atteindre plusieurs dizaines de milliers de dollars, payés à même les fonds publics. APORIA s'inscrit en marge de cette pratique en permettant une fracture avec ce qui se fait actuellement dans le domaine de l'édition scientifique et qui constitue le modèle dominant de diffusion des savoirs. APORIA est donc un journal en ligne gratuit.

À l'instar de Deleuze et Guattari, l'équipe d'APORIA est d'avis que la liberté n'est possible

que dans la marge, un espace souvent polémique et sans censure qui ne sacrifie rien à la rigueur scientifique et académique. Il s'agit donc de favoriser l'accès aux connaissances scientifiques, de laisser, au lecteur, l'occasion de se positionner de manière active par rapport aux mots écrits, et de donner au texte une pluralité de significations. Par conséquent, APORIA adhère aux principes suivants : la liberté d'expression, la pédagogie critique, le rôle de l'intellectuel spécifique, la valorisation des savoirs locaux, la problématisation des discours dominants, le droit de l'auteur et du lecteur à disposer d'eux-mêmes et de leurs idées et enfin, le rôle du citoyen engagé.

Je me permets d'insister sur le rôle de ce que Michel Foucault appelait l'intellectuel spécifique. Ce rôle fondamental s'alimente dans la liberté de parole qui doit être reconnue à l'intellectuel. Ce rôle implique aussi le devoir exigeant (et parfois risqué) qui s'impose à lui de prendre la parole chaque fois que le bien commun l'exige (ou semble l'exiger). Ce rôle d'intellectuel spécifique nécessite que soient sauvegardées l'intégrité et la solidarité des milieux scientifiques, et que le monde académique soit lui-même traversé par les exigences d'une nouvelle « citoyenneté » critique.

L'espace scientifique est stratifié par des discours dominants, ce qui laisse bien peu de place à la création, l'originalité et aux débats. Or l'université n'est pas une cathédrale. J'ajouterai ici que l'université n'est pas non plus le vassal (succursale) d'institutions de santé, de compagnie pharmaceutiques, de corporations diverses, d'organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux. Elle se doit d'ailleurs de maintenir une distance prudente vis-à-vis ces structures qui pourraient compromettre et pervertir sa fonction sociale.

C'est dans cette perspective que naît aujourd'hui APORIA, revue scientifique indépendante. APORIA est une revue électronique engagée dans le partage des connaissances entre universitaires, chercheurs, cliniciens, décideurs et le public. L'accès à tous les numéros est donc gratuit. Tous les articles courants et ceux qui seront archivés pourront être téléchargés et photocopiés, ce qui n'empêche pas que tous les articles publiés dans APORIA demeureront protégés par les droits d'auteurs. L'équipe éditoriale internationale d'APORIA est composée d'intellectuels de renom, reconnus pour la très grande qualité de leurs travaux savants.

La mise sur pieds d'une revue scientifique d'une telle envergure nécessite temps, organisation et détermination. Mais sans le soutien de collègues et amis, cette revue n'aurait pû voir le jour. J'en profite donc pour remercier publiquement : la Vice-rectrice associée (Dre Sylvie Lauzon) pour m'avoir encourager depuis le début à réaliser ce projet, le Doyen de la Faculté des sciences de la santé (Dr Denis Prud'homme) pour l'attribution de fonds spéciaux afin de couvrir les coûts associés à la réalisation du site web, au design graphique et la publicité et surtout pour avoir cru en ce projet. Un merci bien spécial à Sean Boxer, designer graphique

pour la très grande qualité de son travail, son sens de l'esthétique et pour sa patience. L'équipe du service de la bibliothèque de l'Université d'Ottawa pour l'hébergement et la mise à jour de la revue, et en particulier Jasmine Bouchard pour sa rigueur au travail, sa disponibilité et sa flexibilité. Ma collègue, amie et complice la Professeure Meryn Stuart pour son indéfectible soutien J'aimerais aussi remercier très chaleureusement Sylvie Cyr, agente de marketing et de communication à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

Enfin, je remercie tout spécialement mon ami et collaborateur, le Professeur Stuart Murray. La rigueur et la finesse de sa pensée font de lui un intellectuel respecté, respectable mais aussi redoutable. Détenteur d'un doctorat en rhétorique de l'Université de Californie, Berkeley et d'un post-doctorat en philosophie de l'Université de Toronto je ne pouvais trouver mieux pour nous expliquer de façon intelligente et intelligible la notion d'APORIA dans le texte qui suit immédiatement cet éditorial.

Professeur Dave Holmes  
Rédacteur-en-chef

It is with great pleasure that the editorial team is releasing the first issue of APORIA, a new journal in the fields of nursing and health sciences. This work is the culmination of a journey that started several years ago. At that time, my colleague and friend, Dr Sylvie Lauzon, encouraged me to create an international journal that would feature scholarly articles based entirely on a critical (thus political) perspective and available to readers in French and English. APORIA is dedicated to scholarly debates in the fields of nursing and the health sciences. Adopting a critical perspective, the journal is committed to a pluralistic view of science and to the blurring of boundaries between disciplines. The editorial team welcomes critical manuscripts in the fields of nursing and the health sciences that include (but are not limited to) scholarly critiques of dominant discourses produced by the evidence-based movement, best-practice guidelines, knowledge translation, managerialism, nursing and health care practices, ethics, the politics of health care and public policy, technology, bioethics, biopedagogies, and biopolitics. Cutting-edge research results in nursing and health-related disciplines are also welcome. In the critical analyses of health-related matters, APORIA encourages the use of a wide range of epistemologies, philosophies, theoretical perspectives, and research methodologies including (but not limited to) cultural studies, feminism(s), neo-marxism, postmodernism, poststructuralism, postcolonialism, and queer studies.

While the public already pays to fund health research in Canada, it is inconceivable that it should be required to pay yet again, to gain access to research results and scholarly critiques of the health domain. The subscription fees of numerous scientific journals can sometimes reach up to thousands of dollars and are paid directly from public funds. APORIA distances itself from this practice of scientific publication, which constitutes the dominant model for the dissemination of knowledge. APORIA is, therefore, a free online journal.

Following in the footsteps of Deleuze and Guattari, the APORIA team firmly believes that freedom is only made possible at the margins, in a space that is controversial or polemical, without censorship, and that does not sacrifice scientific and academic rigour. As such, the objective is to encourage access to scientific knowledge and to give the reader an opportunity to actively position himself/herself regarding the text, to mobilize a plurality of meanings. Therefore, APORIA adheres to the following principles: freedom of speech, critical pedagogy, the role of the specific intellectual, the recognition of local knowledge(s), the critique of

dominant discourses, the right of both the author and the reader to their ideas, and the role of the committed citizen.

I would like to insist on the work of Michel Foucault and, particularly, on the role performed by the “specific intellectual.” This fundamental role can only be made possible through the freedom of speech that must be granted to researchers and scholars within our society. In this sense, this role implies the difficult (and sometimes risky) mandate of speaking out for the common good, but also to give voice to those who are silenced. It demands that we maintain integrity and solidarity across scientific fields, and more importantly, support the presence of a new critical “citizenship” within academic discourse.

Scientific space is stratified by dominant discourses that control and often asphyxiate academic knowledge, thus producing a restricted milieu for creativity, innovation, and debate. However, academia is not an ivory tower. I would also add that academia is not the “vassal” of health care institutions, pharmaceutical companies, private corporations, or governmental agencies. It must, therefore, adopt a prudent stance and maintain a considerable critical distance from the structures that threaten to compromise and to corrupt its social mandate.

Within this perspective, APORIA is taking its first steps as an independent scientific journal. APORIA is an electronic journal committed to the diffusion of knowledge between scholars, researchers, clinicians, decision-makers, and the public. While access to this journal is free of charge, copyright is ensured for each of the articles available online. Consequently, the published articles in each new edition and the ones contained in the archives can be freely downloaded and photocopied by the reader. The editorial team of APORIA includes internationally renowned scholars who have actively contributed to the field of critical inquiry and who have been applauded for the quality of their scholarly work.

The creation and deployment of a scientific journal is a great challenge that requires time, organization, and determination. Without the support of my colleagues and friends, APORIA would not exist. Therefore, I would like to thank the University of Ottawa’s Associate Vice-President Academic (Dr Sylvie Lauzon), who encouraged me to pursue this project from the beginning, as well as the Dean of the Faculty of Health Sciences (Dr Denis Prud’homme), who believed in the project and granted the necessary funds to support the graphic design, to create the journal’s website, and to generate publicity for APORIA. A special thanks goes to Sean Boxer, graphic designer, for the quality of his designs, the aesthetic dimension of his work, and his patience. I am grateful to the team working at the University of Ottawa Library who is responsible for the management and maintenance of APORIA, and I would like to thank Jasmine Bouchard for her availability, flexibility, and work ethic. To my colleague and dear friend, Professor Meryn Stuart, I thank you for your support throughout this project. I also want

to express my gratitude to Sylvie Cyr, marketing and communication officer at the Faculty of Health Sciences.

Lastly, I would like to thank my friend and colleague Professor Stuart Murray. The rigour and finesse of his intellect have made him a respected scholar not only in the humanities but also in the health sciences domain. Considering that he completed his PhD in Rhetoric at the University of California, Berkeley, and his post-doctoral studies in Philosophy at the University of Toronto, I could not have found a better person to explain the notion of *aporia* in an intelligent and intelligible manner in the following article.

Professor Dave Holmes  
Editor-in-Chief



## Abstract

Drawing on the work of Jacques Derrida, this essay offers a definition of the term “aporia” within the context of a healthcare system dominated by biomedicine, burgeoning biotechnologies, and neoliberal economic forms of governance. Given these semiotic forces at play, I argue that ethical healthcare will require greater attention to the rhetorical dimensions of “health” and “illness,” particularly in the ways that metaphors are used to create meaning and experience.

**Key Words** *aporia*, bioethics, critique, Jacques Derrida, healthcare rhetoric, Susan Sontag

## *Aporia*: Towards an Ethic of Critique

**STUART J. MURRAY**

“What about borders with respect to death? About borders of truth and borders of property? We are going to wander about in the neighborhood of this question.”

—Jacques Derrida, *Aporias*

### Introduction

In the oft-cited opening lines of her book, *Illness as Metaphor*, Susan Sontag writes:

Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick. Although we all prefer to use only the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.[1]

Here Sontag speaks of health and sickness in terms of citizenship. This metaphor is resonant within contemporary cul-

ture. Today, we tend to think of ourselves as rights-bearing citizen-subjects, as belonging to this or that particular group, and as social and political beings who derive our identities from this belonging. We are bodies, but no less substantially, we conceive of ourselves as persons whose value or “dignity” is tied up with—but presumably irreducible to—these lived bodies and the socio-political terms of their derivate identities. If we belong, that belonging is always contingent, even if it is not always experienced as such, even if it is experienced as necessary and true. Similarly, those who are “healthy” or “sick” derive their identity from the ways that health and sickness appear for them as meaningful, as relatively coherent concepts, and in the ways in which these meanings organise experience—through diagnoses, pathology reports, myriad tests, government public health campaigns, the language of popular discourse, and so on. These ways of knowing mark us as belonging to one group or the other; our lived body is assigned a prognostic place in the geopolitics of medicine. If Sontag describes health and sickness as different countries, the metaphor is not strained.

As S. Lochlann Jain writes, “Perhaps [Sontag] took diagnosis to be, as the linguistic philosopher J.L. Austin might describe it, a perlocutionary act, bringing one—by the very act of declaration—into a new subject position, one requiring a different set of customs, laws, ethics, regulations.”[2]

Metaphors are like technologies: we use them but invariably they end up using us. Describing the power of medical language, in a short article the physician William Donnelly states:

The language of medical case histories uses its users as much as its users use it. It constrains what its users are permitted to say not just in case presentations and the pages of the medical record but in the day-to-day conversations of students, residents, and attending physicians.[3]

If, then, we speak of health and sickness metaphorically to help describe military, political, or social interventions, as Sontag claims in her book, it is likely that these terms will “constrain” what we shall be able to say, and that the characteristics of the things we describe will come back to haunt us, a kind of reverse metaphoricity. The implicit danger in the reversal is that, because we ourselves have not put them there, we shall be tempted to experience these metaphors as natural, necessary, and true—that is, they will constrain not just what we are permitted to say, but what we are also able to think and to feel from the start. To take just one famous metaphor as an example, in the “war” against cancer, the body is figured as a battleground, and this surely affects the kinds of treatments that will be researched, developed, deployed, expected, and tolerated, sometimes in subtle ways, as the body is caught in the crossfire. But can there be any confusion, in light of a cancer diagnosis, which of Sontag’s two kingdoms has laid claim to us, perhaps irrevocably, unto death?

This short essay seeks to complicate and to challenge the binary system—health and sickness—that Sontag’s metaphor captures. Here I follow Sontag herself, who, in attending to the metaphorical dimensions of health and sickness, suggests that these terms are fluid and contingent (hardly natural categories), that they are somehow our responsibility. I shall argue, however, that our healthcare system, from the clinic to the classroom, tends to re-entrench a system of binary identities—a rigid semiotics of the healthy and the sick, as if there were only two kingdoms, two categories, and as if they were natural and true. I hope to problematise these boundaries in ways that will light the way toward novel approaches to clinical practice, and to resist the further biologisation of medical citizenship and identity.

## A question of words

It is a question, then, of words. It is a question of what words mean. But it is more than this. Words—and diagnostic images and statistics and prognoses—become flesh. To speak of sickness and health in political terms, then, is not to deploy gratuitous metaphors, mere words, “rhetoric” in the worst sense of the term; rather, we speak in this way because sickness and health are always already inherently political. In “The Conscience of Words,” her Jerusalem Prize acceptance speech, Sontag speaks passionately of the relation between politics and words, suggesting that words have a “conscience,” that they act on us in particular, concrete ways—and if the metaphor can be stretched a little further, we would have to admit that we are caught up in these words’ linguistic “intentions.” We can take Sontag’s words concerning Palestine and Israel, and, without too much of a stretch, we can use them to begin to understand the politics of sickness and health, to understand the relation between these two kingdoms. She asks: “What do we mean, for example, by the word ‘peace’? Do we mean an absence of strife? Do we mean a forgetting? Do we mean a forgiveness? Or do we mean a great weariness, an exhaustion, an emptying out of rancor?”[4] We might pose similar questions if we were to ask what it means to inhabit the kingdom of the well or the kingdom of the sick, and how a dialogue—if not a *rapprochement*—between these two kingdoms could be negotiated. If we sought to define sickness and health, we would come up against a similar proliferation of terms and questions, from one side and from the other: Is health something like a feeling, is it a momentary forgetting of illness or of death, since we are always potentially sick, always being-towards-death? Should sickness be described as a kind of weariness or exhaustion, the strife and then the vertigo that accompanies a shadow on a CT scan? “It seems to me,” Sontag continues, “that what most people mean by ‘peace’ is victory. The victory of their side. That’s what ‘peace’ means to them, while to the others peace means defeat.”[4] The politicisation of a word can make its meaning elusive and fragmentary; sometimes we are left with competing claims, if not with an insurmountable relativism, an impasse. We fool ourselves if we think we are in control, sovereign and autonomous beings. “Peace becomes a space people no longer know how to inhabit. Peace has to be resettled. Re-colonized....”[4]

So too, I would argue, with the experience of sickness and health, due in part to the multiple ways they are defined and measured, each against the other, and the ways their borders have come to be haunted by a certain kind of political finality, judgement, and moral authority. We are meant to

“inhabit” a space of sickness or of health, it seems, on one side of the *cordon sanitaire*, with no space in between, and yet we do not quite know how to inhabit this space, or what, exactly, these terms could mean. In the extreme, diagnoses of health and sickness announce themselves as matters of life and death, but these terms are even more intangible, and frequently return us to notions of health and sickness, a vicious circle. Whether we are “sick” or “healthy,” we are situated somewhere between life and death; we sometimes say that we are in the land of the living, that we are not quite (yet) on the side of death, but while we are alive, our life—our lives, for they are singular threads sutured together like a cut—are haunted ineluctably by the spectres of disease, decline, and death.

I offer Sontag’s image of the two kingdoms in order to complicate a binary that is too often taken for granted, invisibly deployed by many who understand health and sickness in unreflexive, categorical terms. These categories are not epistemological kingdoms, but they designate the fuzzy logic and ever-changing effects of epistemological investments that have seeped into the soil, nourishing—or poisoning—the cultures of sickness and of health, of life and of death. A cultural and political gap separates the kingdom of the well and the kingdom of the sick. Communication between these realms involves imperfect translation (if this is the right metaphor). If we understand the two kingdoms as a metaphorical map, obviously it will not correspond to our real-world geography, although there are real-world places to be ill and prescribed ways to be ill in those places. Sontag says they are “spaces” that we inhabit but often do not know how to inhabit; they are “times,” too—times to be sick, to live, and to die. They are spaces, then, in which we can find ourselves exiled for a spell—unsure how to live, as we navigate between these worlds, with their different customs, laws, and languages, from the street to the clinic to the workplace and home again. Here, and there, we stumble upon terms that will locate and define us, possess and dispossess us, while we find that these terms are rarely ours to make and re-make, we are not sovereign and self-sufficient. These are not language games. Theirs is a vital intimacy. And so if we can imagine a metaphorical map—one that nevertheless has vital and intimate effects—I would invite those who work in the health sciences, whether as nurses or clinicians or as policymakers or academic theorists, to reflect on their place on this conceptual grid. To which kingdom do we belong in our professional lives, and in our interactions with those who are sick or potentially sick? Do we sit on the border between these two kingdoms? Do we occupy a no-man’s-land? Per-

haps our occupation (in this word’s many meanings, simple and sinister) extends further still? Do we patrol and police that border? Do we forgive trespassers?

As part of a vast healthcare infrastructure, real and metaphorical, we play our part in lending and legitimising the meaningful terms by which health and sickness are negotiated and taken up phenomenologically. We serve as border-patrols, responsible for maintaining a two-kingdom universe, knowing that more than words are at stake. Perhaps we hope to translate between the kingdom of the well and the kingdom of the sick. But more than this, we proffer the concepts or terms by which those who are healthy and those who are sick will hope to understand *themselves*, their own health or their own sickness. This happens in the clinic, in the hospital, in academic health sciences disciplines, in government policy, and in the many bioindustrialized territories that extend in complex networks, discourse, out of sight.

Therefore, we must seize every opportunity to pursue critical work in the healthcare–industrial complex; we must find the means by which to study the effects of our discourses and to claim an intellectual and moral responsibility for them—to understand the many rhetorics of healthcare.\* To offer a critique means to challenge what has come to be taken as second-nature or “commonsense,” to see how we are captured by the linguistic “intentions” of the words that we speak and by which we are spoken. This might include exposing hidden power-relations and the ways that they function, and taking a sustained look at the politics of evidence—the politics of the production of knowledge—in nursing and health sciences. To those critics who dismiss such work as merely theoretical and of no practical value, it means that we must challenge their view that theory and practice are two separate kingdoms (here yet another cherished binary), and we must demonstrate how theory and practice inform one another. This means a commitment to a pluralistic and interdisciplinary approach to scientific research; it means questioning authority, whether this authority comes in the guise of the evidence-based movement (EBM), the rise of best-practice guidelines (BPGs), of so-called knowledge translation, transfer, and mobilisation, of medical and nursing managerialism, of the culture of risk and risk-management, or the drive to quantification and post-positivism in general. To be sure, interdisciplinarity will be a great challenge in a world of ever-increasing professionalisation and professional identity—“specific intellectuals,” as Foucault called them (see Papadimos and Murray[5]). Advances in genomic medicine, for example, will have implications that extend beyond the laboratory, and it is right that philosophers and historians and political theorists

(to name just a few) weigh in on the perils and promises of our burgeoning biotechnologies. With so much at stake, we cannot afford to be territorial; indeed, the perspective of a relative outsider might offer some remarkable insights. To state the case for interdisciplinarity somewhat comically: one does not need to be a bug to be an entomologist! From the clinic to the classroom, too often we find a professional narcissism that seems to pride itself on remaining closed to other points of view, as if the categorical terms of our professional discourses defined us irrevocably, locking us into fixed (but comfortable) identities. If I am critical of BPGs, for example, in no way is this critique a sweeping rejection of those nurses who employ BPGs in their practice; on the contrary, critique is the opening of a scholarly dialogue, one that asks us each to engage at a critical distance from our own self-involvement and self-interest. Critique is not to destroy; it is to enable, to foster an exchange of ideas. This, in turn, means that we must struggle always to acknowledge the power and privilege of the position from which we speak, to be aware of the ways our own discourse is complicated by race, gender, sexual orientation, dis/ability, and so on. At its best, these struggles are evidenced in the everyday ways that nurses, for example, advocate on behalf of patients whose subject-positions and wellbeing hang in the balance. This is all the more challenging in a multifaith and multiethnic society, where appropriate and respectful care should begin by listening and by limiting the ready judgement of what we thought we already knew. In brief, it is humility and courage in the face of aporia.

### **Aporia**

The term “aporia” comes from the ancient Greek *aporos* and literally means “without passage” or “impasse.” In classical rhetoric, an aporia is an expression of doubt, emerging when competing and compelling arguments are presented from both sides of a problem. If we arrive at an aporia, it means we are in doubt, we are perplexed, we are confused about how (best) to proceed. There is seemingly no exit, an intrinsic undecidability. An aporia is a contradiction, a puzzle or a paradox. Without it and the questions it prompts, it is impossible to imagine such a thing as science.

Recently, the term was made popular in critical theory by the late French philosopher Jacques Derrida, who describes “aporia” as follows:

the nonpassage, or rather ... the experience of the nonpassage, the experience of what happens [*se passe*] and is fascinating [*passionne*] in this nonpassage, paralyzing us in this separation in a way that is not necessarily negative: before a door, a threshold, a border, a line, or simply the edge or the approach of the other as such.[6]

An aporia marks a threshold, a border, between two (or more) kingdoms. Safe passage across this border becomes the (im)possible question of translation and of translatability. Along with the metaphor of “translation,” Derrida employs other familiar metaphors: “the space of citizenship or nationality; natural, historical, or political borders; geography or geo-politics; soil, blood, or social class.”[6] But these metaphors are always already overdetermined by the language—the terminology—in which they are claimed, and by the place and emplacement that they carry with them. It is not just a question of words.

Derrida emphasises three types of “border limits”:

(1) The first represent those borders that “separate territories, countries, nations, States, languages, and cultures.”[6]

(2) The second type is somewhat more abstract: “the separations and sharings [*partages*] between domains of discourse, for example, philosophy, anthropological sciences, and even theology, domains that have been represented, in an encyclopedia or in an ideal university....”[6] The second type therefore concerns the limits of disciplines and of knowledge in general, of the (im)possibility of (inter)disciplinarity.

(3) The third type of border limit is more abstract still—we might even say more figurative or metaphorical, though we would immediately need to add that this type nevertheless involves the most substantial or concrete *effects*. Derrida describes the third type as:

the lines of separation, demarcation, or opposition between conceptual determinations, the forms of the border that separates what are called concepts or terms—these are lines that necessarily intersect and overdetermine the first two kinds of terminality.[6]

Keeping in mind Sontag’s metaphor of the two kingdoms, we could map each of Derrida’s three ways that the border between sickness and health is established and maintained. If this border zone, this no-man’s-land, is aporetic, it is due in large part to this third type of border limit—the overdetermining manner in which our concepts or terms are put to work (a term Derrida borrows from Freud, for whom “overdetermination” signifies the way that many unconscious elements are at work in a symptom, thus complicating the symptom’s aetiology). Again, it must be said that we ourselves lend and legitimise the terms of sickness and of health, acting as conduits—in the clinic, in the hospital, in academic health sciences disciplines, in government policy, and beyond. The terms that line up along this border inevitably return to haunt—to overdetermine—and ideologically to patrol the purportedly more “obvious” or “self-evident” borders of

scientific materialism (represented by Derrida's first type of border limit, above), as well as the borders of scientific and professional disciplinarity (the second type). We ourselves are the invisible, aporetic site of intersection. In defining sickness and health, these concepts or terms define our experience, "the experience of the nonpassage, the experience of what happens [*se passe*] and is fascinating [*passionne*] in this nonpassage, paralyzing us in this separation." [6]

]Health and sickness are aporetic, when we take a moment to consider the many metaphors and experiences that haunt the meaning of these emblematic terms. The vast healthcare-industrial complex itself suggests an aporia that is too frequently papered over by the rhetoric of efficiency, management, and best-outcomes. For example, there will always be debate over the just allocation of resources, and while we continue with our cost-benefit analyses, we recognise on some level that these calculations are fundamentally at odds with a life and health that are promoted as "priceless." But debate is costly and inefficient; it has a way of being sidelined or silenced. In recent years we have seen the rise of the biomedical model in healthcare settings (such as biopsychiatry), coupled with the vested interests and the power of the pharmaceutical industry to perpetuate and profit from this model—even inventing disorders for the purposes of marketing their drugs to consumers (e.g., Social Anxiety Disorder). In academe, university departments of Psychology have jumped on the bandwagon of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) in their clinical training, all but abandoning a psychodynamic model of mental health care, because CBT is more cost-effective and appears to work for certain high-profile "disorders," such as phobias and obsessive-compulsive disorder (though the definition of what "works" privileges quantity over quality, another binary that has become entrenched).

Patients or clients—and what we call them is *not* insignificant—are forced to navigate a complex and overdetermined nexus of resources; they are called upon to conceive of themselves and their lived bodies—healthy or sick or somewhere in between—as genetic bodies, as bodies-at-risk, as bodies-under-surveillance, as bodies that cost the state a certain amount of money, and so on. The patient's—or client's—identity emerges from within a tangled web that includes Big Pharma, innumerable government lobbies, government agencies and public policymakers, academia and its research sponsors (hungrily promoting "commercialisable outcomes"—an obsessive-compulsive disorder on the institutional level), the convergence of research and business with its multiple public and private "stakeholders" (whether expressly greedy or ostensibly altruistic), and a for-profit in-

surance industry, to name just a few of the players whose terms and terminology fill the air like a miasma. Increasingly, patients—or clients—understand themselves according to the technoscientific, biomedical, and bioeconomising terminology of neoliberal governance, where the economy and free-market capitalism form the dominant grid of intelligibility for every form of life (and death)—a neofascism deploying the vocabulary of "excellence," "evidence-based," "key performance indicators," "accountability practices," "outcomes," and the like. These are the naturalised and legitimised concepts and terms of our healthcare Newspeak, drawn from the rhetoric of the corporate sphere, recklessly imported into the health sciences.

Who will dare question whether this is the best model? Patients have lost the concepts and terms within which such a critique could take place; increasingly, they see themselves as "clients," and many have been duped by the false promise that such jargon "empowers" them. Meanwhile, an ethos of business-as-usual carries the day. And it is more complex still, because nursing and medical management and delivery—all of us who work in the anarchic fields of the health sciences—we, too, find ourselves within this tangled web, worked over by these instruments, defined, forcibly identified. In a remarkably short time, this way of speaking has become second-nature to us. This terminology has become a way of thinking—a way of life—that threatens to eclipse all other ways of thinking, concealing from us that there is in fact a crisis. As Judy Segal writes, "the terms of a discourse constrain not only the outcomes of debate but also what it is possible to argue at all." [7]

Here, then, is an aporia, a contradiction that is beyond rational solution; it cannot be resolved in a conventional way, by the ramping up of Enlightenment reason. An aporia cannot be resolved simply by appeal to scientific logic or to the techniques of modern rationalism. An aporia therefore shows the limits of scientific logic and rationality, exposing its "blind spots." It shows where they fail, delivering us over to the ethical and the political:

where we are exposed, absolutely without protection ... and without prosthesis, without possible substitution, singularly exposed in our absolute and absolutely naked uniqueness, that is to say, disarmed, delivered to the other, incapable even of sheltering ourselves.... [6]

From what place, then, shall we speak? Must we not speak, start to speak, from the recognition of a certain impossibility of speaking and starting? If so, we would speak or start as a displaced person, neither claimed for nor by one kingdom or the other (and imagine how this shift in perspective alone

would reconfigure the geopolitics of AIDS, starting from the ways that “responsibility”—or moral “culpability”—are inscribed geographically, racially, socioeconomically, sexually...). This calls for an ethic of critique. I do not mean “ethics” in the normative sense because “ethics” tends to imply a sedimented set of practices, a set of rules or a code. There are too many of these already, and to what avail? Instead, I am calling for singular attention to our very own practices, and a thoughtful attention to those discourses that make our particular practices seem to us to be true or right. This means to question what is taken-for-granted, to question the aporias, the blind spots in the ways that we conduct our research, and in the ways that healthcare is managed and delivered. We have the duty to claim responsibility for the effects of our discourses and actions, a responsibility that extends beyond the limits of our own work, our own disciplines, and our own nationalisms. If we are *in them*, we must not be *of them*. We must squarely face those places of paradox and impasse, and together begin to imagine something new, to forge new metaphors—new ways of speaking and thinking and relating.

**\*Note**

In the rhetoric of healthcare, there are relatively few properly “critical” studies. See, for instance, Heifferon & Brown[8], Lyne[9], Segal[10,11]; Segal[12] offers a bibliography including some interdisciplinary writings in the “field,” acknowledging that much of the research “consists of ‘rhetorical’ commentary by nonrhetoricians in disciplines such as anthropology, sociology, psychology, philosophy, history, and cultural criticism.”[12] Often, the “‘rhetorical’ commentary,” as Segal calls it, is not concerned with the production of meaning and affect—not to mention subjective identity—through language or even nonlinguistic forms of persuasion. That which tends to fall within the more empirical tradition of communications studies, rather than to the work of rhetorical theory and criticism. Very few scholars adopt a critical poststructuralist perspective, as I do here; see, for instance, Doyle[13], Lupton[14], and Morris[15]. Elsewhere, Dave Holmes and I have suggested that a poststructuralist understanding of human subjectivity resonates powerfully with the fragmented and contested body-subject of biomedical technologies, in which the shift to molecular (genetic) identities, for example, spells the end to modern autonomy, reason, and truth (see Murray & Holmes[16]).

**References**

1.Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors* [originally published 1978 and 1990, respectively]. New

York: Picador; 1990.

2.Jain SL. Half life, half flesh: Counterfactual futures in cancer culture. In: Ticktin M, Feldman I, editors. *Government and humanity*. Durham: Duke University Press; forthcoming 2009.

3.Donnelly W. The language of medical case histories. *Ann Intern Med* 1997; 127(11): 1045–8.

4.Sontag S. *At the same time: Essays and speeches*. Dilonardo P, Jump A, editors. New York: Picador; 2008.

5.Papadimos T, Murray SJ. Foucault’s “fearless speech” and the transformation and mentoring of medical students. *Philos Ethics Humanit Med* 2008; 3(12). Available from: <http://www.peh-med.com/content/3/1/12>.

6.Derrida J. *Aporias: Dying—awaiting (one another at) the limits of truth*. Dutoit T, translator. Stanford: Stanford University Press; 1993. In French: *Apories: Mourir—s’attendre aux limites de la vérité*. In: *Le Passage des frontières: Autour du travail de Jacques Derrida*. Paris: Galilée; 1993. p. 309–38.

7.Segal JZ. *Health and the rhetoric of medicine*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press; 2005. See especially ch. 6: Values, metaphors, and health policy. p. 115–32.

8.Heifferon B, Brown SC, editors. *Rhetoric of healthcare: Essays toward a new disciplinary inquiry*. Cresskill, NJ: Hampton Press; 1983.

9.Lyne J. Contours of intervention: How rhetoric matters to biomedicine. Special issue on rhetoric and biomedicine. *J Med Humanit* 2001; 22(1): 3–13.

10.Segal JZ. *Health and the rhetoric of medicine*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press; 2005. See especially ch. 6: Values, metaphors, and health policy. p. 115–32.

11.Segal JZ. Illness as argumentation: A prolegomenon to the rhetorical study of contestable complaints. *Health* 2007; 11(2): 227–44.

12.Segal JZ. Interdisciplinarity and bibliography in rhetoric of health and medicine. *Technical Communication Quarterly* 2005; 14(3): 311–18.

13.Doyle R. *On beyond living: Rhetorical transformations of the life sciences*. Stanford: Stanford University Press; 1997.

14.Lupton D. *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE Publications; 2003.

15.Morris DB. *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley: University of California Press; 1998.

16. Murray SJ, Holmes D. Introduction: Towards a critical bioethics. In: Murray SJ, Holmes D, editors. Critical interventions in the ethics of healthcare: Challenging the principle of autonomy in bioethics. Ashgate Publishing; forthcoming 2009.

#### *Acknowledgements*

*An earlier version of this paper was presented on 17 September 2008, at the journal's official launch. I would like to thank those who have provided valuable feedback, especially the graduate students in Dr. Amélie Perron's course "NSG 6160: Policy, Political Action and Change in Healthcare" in the Faculty of Health Sciences at the University of Ottawa.*

#### *Contact Information for Author:*

*Stuart J. Murray PhD  
Assistant Professor of Rhetoric & Writing  
Ryerson University  
Department of English  
350 Victoria Street  
Toronto, ON, M5B 2K3  
Canada  
Email: [sjmurray@ryerson.ca](mailto:sjmurray@ryerson.ca)*



## Abstract

By exploring personal narratives through metaphoric images, students and nurses increase their understanding of who they are as persons and how that self-knowledge impacts their professional relationships with those in their care. In this article I share how I use metaphor-reflection in various aspects of my healthcare involvement. As a patient many years ago, metaphors helped me apprehend the meaning of cancer in my life. Today, as a nurse-teacher and researcher, I guide students through professional self-discovery using narrative reflective process that incorporates metaphors. In clinical practice I work with nurses as they explore how narrative reflection informs their caregiver-carereceiver interactions. With expanded self-awareness nurses have the potential to further assist their patients in exploring the meaning of their illness events through metaphors, thus enhancing the integration of that traumatic event into their respective lives. By working reflectively with metaphoric images, my hope for this writing is that my own engagement in narrative metaphor-reflection encourages the readers to story their own world in a more meaningful way.

**Key Words** experience, metaphor, narrative, reflection, therapeutic relationships

## Metaphor-reflection in my healthcare experience

**JASNA K. SCHWIND**

### Introduction

Exploring experience through reflection has been recognized as integral for personal and professional growth.[1,2,3,4,5] Considering the intensity of healthcare experiences, this recognition is even more poignant in healthcare education and practice.[6,7,8] In my role as nurse-teacher and researcher I strive to assist caregivers and *carereceivers* in making more meaningful connections within their personal and professional lives. For this purpose I have adapted the reflective method of narrative inquiry, which recognizes that our personal practical knowledge informs our professional way of being.[3] Based on that premise I implement with students and caregivers the Narrative Reflective Process [8], a form of guided narrative reflection that includes storytelling, writing,

metaphors and drawing. An aspect of the narrative reflective process that seems to have inspired a fair amount of intrigue over the past few years is the metaphor. In this article I write about how I envision and implement metaphors and *metaphor-reflection* in my healthcare experience.

*Dear Reader: As we engage in the dialogue on the following pages, I invite you to consider your own metaphors and how they may be playing out in your personal and professional life.*

### Discerning the difference between analogy, simile and metaphor

I begin with a brief definition and description of two terms often used interchangeably with metaphor: analogy and simile. According to Webster's[9] dictionary, analogy is defined as "a partial similarity between like features of two things on which a comparison may be based" (p. 53). This



is further supported by an investigation into the etymology of the word, analogy. Like many other words, it stems from its ancient Greek roots in the shape of *analogia*, which refers to equality of ratios, proportionality, and similarity (p. 15).[10] Analogy is often considered a significant part of learning and knowledge advancement in every field of study where deductive and inferential reasoning allows the person to logically puzzle through a situation and thus expand understanding of new phenomena. This process requires complex cognitive workings,[11] using, amongst others, such analogical language as similes and metaphors. Gentner[12] writes:

The term 'metaphor' conveys an artistic or expressive non-literal comparison of a certain form; the term 'model' [referring to analogy] conveys an explanatory predictive non-literal comparison (p. 107).

Lee and Holyoak[13] add, in learning new concepts we often use analogical inferences stemming from similar, already known, past situations. For example, in learning about the physiology of the kidneys, we may say that kidneys are analogous to a coffee filter. They share certain logical functionality that is recognizable and "suggests further inferences" for subsequent learning.[14] In this situation the analogy becomes a *stepping stone* to learning new concepts. As we shall see later, metaphor too is a *springboard* to expanded understanding. But, as the two metaphors of stepping stone and springboard suggest, analogy is more logical and predictable, and in some ways linear, while metaphor is multidimensional, incongruous and capricious.

Simile, on the other hand, unabashedly displays the comparison of two dissimilar subjects using linking words *like* or *as*; for example, *Gentle as the morning rain*, or *Hungry like a wolf*. According to Webster's[9], simile is defined as "a figure of speech in which two unlike things are explicitly compared" (p. 1328). Etymologically it is a Latin word for *likeness or comparison* (p. 1007).[15] An example of simile could also be: *Kind words are like a balm to a heavy heart*. However, the same notion may be communicated using a metaphor to sound like, *Kind words are a balm on a heavy heart*. Simile overtly displays the moment of resemblance, while metaphor implies it. In fact, simile is often seen as metaphor, differing from it only in the way it is articulated. [16] Because of its explicitness, simile is a more obvious comparison, requiring markedly less interpretation than its close relative, metaphor. Its shameless exposition of the objects being compared renders it lengthy, "and just because it is longer, it is less attractive [...] it does not say outright that 'this' is 'that', and therefore the hearer is less interested in the idea" (p. 26).[16]

As noted above, in some ways metaphor is an abridged version of simile, using the verb *to be*. In other words, metaphor establishes an immediate relationship between two seemingly unrelated subjects, and as a result, leaves the interpretation to the receiver of the message. Consequently, the effectiveness of metaphor is contingent on the sender and the receiver sharing the same or similar contextual points of reference. This warp speed of multidimensional thinking connects the gestalt of one object or subject and treats it as identical to another. In this way the first subject can be efficiently and perhaps more elaborately explicated. Because implicit and explicit characteristics from the second subject are implemented to enhance the portrayal of the first, a greater understanding of the initial subject is possible. For example, *This nurse is an angel*, when reflected upon, sheds light on the subject of this statement "nurse", ascribing to it socially constructed attributes of "an angel", such as caring, compassionate, gentle and so on.

Because the first, literal meaning, the metaphor insinuates, seems to be false, it requires a further reflection on, and the analysis of, the possible secondary meanings of the metaphoric word or phrase. This second level critical reflection may uncover multiple possibilities that may not have been immediately apparent and thus considered earlier. The complexity is achieved through what the metaphor is communicating and by what the receiver has the potential to learn from that metaphor, which often includes clustering of new information. This action requires awareness, high level of perception and the desire to think omni-directionally, thus fully engaging the intuitive faculties. Accordingly, "a good metaphor implies an intuitive perception of the similarity in dissimilars" (p. 23).[16]

Webster's[9] defines metaphor as "the application of a word or phrase to an object or concept which it does not literally denote, in order to suggest comparison with another object or concept" (p. 901). This notion of communicating "similarities between semantically distant concepts [...] dates back at least as far as Aristotle's Poetics" (p. 194).[17] In trying to understand and explain metaphor, Aristotle availed himself of a metaphor loaned from "the realm of movement; *phora* as we know, is a kind of change, namely change with respect to location" (p. 17).[16] *Meta* in Greek denotes "sharing, joint action, quest and change" (p. 291).[10] Thus, etymologically, *metaphor* is a Greek word denoting *transfer* or *transport*, especially of meaning (p. 656).[15] As such, we could project further attributes to the role of metaphor that include *bridge*, *vehicle*, and *link*.

## Meaningful use of metaphors and metaphor-reflection in my healthcare experience

Metaphors, be they implicit or explicit, allow us the opportunity to safely ruminate on life events in order to uncover the learning within them, and based on its outcomes, to make more informed choices for the future. Whether or not we are aware of the metaphoric lens through which we make sense of the world, I believe it is there and fully operational. So as we seek to make coherent our world, we “search for appropriate personal metaphors that make sense of our lives” (p. 233).[18] Consequently, I contend that by intentionally exploring our metaphoric images we are more fully engaged in life: with self and with the other.

In healthcare metaphors and metaphor-reflection become “another way to explore emotions and emotional work” for both, patients and their caregivers (p. 333).[19] For example, implicit metaphors are significant in healthcare as they allow the symbolic representation of an actual illness to serve as a buffer zone where the ill person may safely dwell in time and space in order to discern and extrapolate the issues that may have been too uncomfortable to broach directly.[20] Metaphors also permit the individual to wring the experience for its essence, and with that new learning to make sense of an otherwise overwhelming situation. In the following illustration from my doctoral research on how personal serious illness of nurse-teachers may impact their teaching and nursing practice, I reflect on why I destroyed my journals chronicling my own illness experience.[21] This text emerged early on in my research process:

In my research work I relate my story in as much detail as I am able to recall. I cannot use the journals I wrote throughout the various stages of my illness experience since I repeatedly destroyed them. I didn't think much of this practice until I spoke about it with my colleagues, Deirdre and Gail. They both wisely suggested I write about the recurrent destruction of my journals. Although the possible reasons for journal destruction may vary for others, what my writing brought to light for me is that by destroying the written accounts of my illness I was somehow destroying the possibility of that illness coming back. I was distancing myself from it. Moving on.

The fruits of this reflection materialized for me in creating a metaphor for a serious illness:

*To me the experience of a serious illness is a person walking along a dark street at night, being suddenly attacked, fighting off this assailant, and only when a certain distance has fallen between the two, does the person feel safe enough to look back and assess the damage inflicted by the assault (p. 24).[23]*

Through reflection on that image I was able to gen-

erate a new understanding of my relationship with illness. If the illness is an assailant in a dark street, then I am a victim that may fall pray to that attacker. According to that image there is a power differential that elicits fear within the attacked. Only sometimes can the assailant be fought off, and when that happens the victim may not look back until sufficient distance (time) has elapsed, and she feels out of the danger zone. (p. 47)

Bringing such unconscious metaphors into awareness allows us the opportunity to make choices in how to more intentionally and deliberately engage in life. In the above example my reflection bore fruit in form of a metaphor, which subsequently provided me with an opportunity to delve deeper into my relationship with my illness. At this point I was able to reflect on my experience of isolation as I received radioactive iodine treatment for thyroid cancer. This further reflective work resulted in a short poem, written approximately four years after the earlier writing, December 12, 2005:

### *The illness and the ill*

*Alone.*

*Staring at each other.*

*One contemplating the other*

*Wondering the meaning of their encounter.*

*One the teacher.*

*The other, an unwilling student,*

*Stripped to the bare bone of life.*

*Alone in the darkness*

*The Illness and the Ill (p. 83).[8]*

The image created, or perhaps described, in this poem allowed me numerous subsequent occasions to explore a patient's illness experience and how that may be made more meaningful for the individual. For example, I have come to the awareness that when we are ill, all of our worldly markings become insignificant. We are simply human beings experiencing an illness. Consequently, in order for patients to perceive being cared for, I assert that caregivers need to create healing environments by connecting at a human level with those in their care. However, in order for the caregivers to do so, I believe they need to first connect with their own sense of who they are as human beings.

With this in mind, I suggest that the human dimension of being cannot be taught as an *extrinsic object*. It is a lived dimension of who we are, and in order to teach it we need to live it (p. 89).[8]

This proposition takes me, in my role as nurse-teacher, into teaching-learning relationships with my fourth year students, our future nurses. When I teach caring to them I acknowledge their personal knowing that grows out of their contextualized histories. I guide them through the narrative reflective pro-

cess I adapted from my earlier work with ill nurse-teachers. This narrative reflective process entails such creative reflective self-expressions as stories, metaphors, letter-writing and drawing. It is important to note, however, that creative self-expression does not easily flow for everyone. One of my former senior students, Glenda, wrote me of her struggle engaging in the narrative reflective process. She writes:

The process of this development has not been easy for me. I generally don't think of my life in metaphors and I don't usually like the "touchy feely" assignments. It took some effort for me to think of my life events in terms of who I am today (p.88).[8]

Glenda respectfully accepted my guidance in this process and through painstaking engagement in the reflective exercise, over the term grew to appreciate its value. In the winter semester she found that her chosen metaphor of a willow tree represented her accurately as a caregiver ready to embark on her nursing career. She described the characteristics of the tree and reflected on how her caregiving qualities are the same.

Working with metaphor-reflection piece, as part of the narrative reflective process, allows for increased self-awareness with the opportunity for intentional growth and development that may not have been readily apparent earlier. For example, Peter, a fourth year nursing student, chose a boxing ring as his life metaphor. In reading an excerpt from the letter "written by" his metaphor we see how he generates positive coping strategies for himself:

Some 'boxers' have been known to be distracted by negative jeers from the crowd outside the ring (i.e. listening to negative comments like 'you can never do that or this, you will never succeed, etc.!'). Your ability to shut your ears from derogatory comments can be helpful. But I suggest you try to listen sometimes and critique and analyze the comments. Use them for your advantage and for further learning and growth. ("Response Letter from my Metaphor")

My desire, borne out of my own reconstructed illness experience, many years earlier, is to ultimately enhance the quality of the same for the patients. In my role of a nurse-teacher I strive to educate and guide my students and nurses on how to access their own humanness through the narrative reflective process using metaphors. I believe that once the caregivers become more aware of who they are and what they bring into their professional therapeutic relationships, they are more likely to provide time and space, as well as guidance, to those in their care and so help them encounter their illness in a more meaningful way.

The process I just shared with you illustrates how a personal life experience, no matter how painful, when purposefully

reflected upon through creative reflective means that encompass metaphors, may bear fruit in the form of personal meaning making, knowledge creation and benefit to humanity.

### Reflection on my definition of metaphor

Once I distinguished the basic differences and similarities between analogy, simile and metaphor, I reflected on these definitions and on how best to make sense of them. In conversation with my friend Naomi (May 23, 2008), we discussed how to situate these concepts within the holistic paradigm. After elaborating my understanding of the three terms and how I use metaphor in my practice, she offered the following idea: analogy is the mind, simile is the body and metaphor is the soul. This mind-body-soul metaphor made perfect sense to me: the logical nature of analogy, where deductive thinking and deliberation come into play could well be metaphorically equated to the mind, while the clean, direct simplicity of simile could easily be likened to the body itself. Leaving metaphor to be represented by the spiritual realm of this whole, speaks aptly to metaphor's gestalt quality. For me the spiritual realm is the dimension where thinking jumps at light speed to different universes, connecting at some personally meaningful level, where bridges may be *scaffolded* to bring together two un-seemingly connected ideas thus creating relationships.

Based on the above deliberations and reflection I ponder further on my own view of metaphor. When I reflect on my life in order to learn who I am in this world and how I contribute to it, I become cognizant of different "metaphors [I] live by".[18] Coming into that awareness provides me with choices of possible ways I could engage in life and so take more informed steps forward. For example, through reflection I came to recognize that I see my life as a journey and that I often use the metaphor of *hiking up the mountain side* to represent the progression of life. This metaphor also frames my teaching style as I see myself further up the mountain than I do my young students. Since I am higher up the mountainside I feel that my view of the valley below is wider and clearer, and so from that place, I respectfully and compassionately offer my knowledge and experience to those in my care. As I humbly learn from this interaction I slowly move forward on my life path. When collaborating with colleagues, I use phrases like, "we help one another along" referring to the life-road we are traveling. When I worked as an emergency room nurse many years ago, I saw my role as helping injured fellow travellers get back on their feet.

Reflection through the use of metaphors becomes a mirror of who we are as professionals. For example, in my work with a

group of practicing nurses, I invited each of them to choose a metaphor that best represents her as a caregiver. One of the nurses, Tigress, chose a chair as her caregiver metaphor. When I asked her to draw the metaphor, she drew a large chair that filled most of the page. This nurse described the characteristics of the chair as having a strong back support and strong legs made out of wood. Upon reflection Tigress was able to see how she is with her patients in her nursing role. In our conversation she shared how the large seat of the chair allowed many different people to come and rest for a while as she supports them through her listening skills and knowledge. Tigress equated the chair to her ability to engage in her multiple ways of being a nurse. This awareness provided her with a prospect of making an informed choice on how to move her nursing care forward.

### Challenges of metaphors

Like with everything else, there are challenges that need to be considered when working with metaphors. Two of them we spoke of earlier. One recognizes that metaphors may not come easily to people who are more logical, linear thinkers. I believe, however, that with patience and practice this hurdle may be overcome sufficiently enough for metaphor exploration to be fruitful. For example, Sheila, a senior undergraduate student expressed her difficulty in identifying her life metaphor. In our conversation Sheila spoke of a life riddled with dilemmas and how her imminent graduation from the nursing program added yet under variable to her uncertainties. Upon engaging Sheila in a *guided reflection*, [22] she was able to recognize her life as being unsettled, like pieces of a jigsaw puzzle. Once she drew the jigsaw puzzle, she was able to move to the next step, the metaphor-reflection, where she reflected on the question: *How can the metaphor puzzle help me learn about my life?*

The other challenge, of course, is the openness of metaphor to interpretation by the receiver. The majority of the work for this remedy, though not all, falls on the sender as s/he needs to carefully choose the metaphor with best possible potential for being accurately and meaningfully understood by the receiver. Lakoff and Johnson [18] note:

Metaphorical imagination is a crucial skill in creating rapport and in communicating the nature of ushered experience. This skill consists, in large measure, of the ability to bend your world view and adjust the way you categorize your experience (p. 231).

Along similar lines, sometimes, in the individual reflective process, metaphors may not be fully explored, thus rendering incomplete, and possibly faulty, information to its owner. Because of the nature of metaphor, its interpretation is mul-

tifaceted and as such requires willingness and patience to explore various possibilities until there is a sense of connection and satisfaction that the purpose of this exploration is fully achieved.

Another obstacle with the use of metaphors is its potential for constraint. When we use metaphors, we assertively ascribe identity of one subject to another, like, *My life is a mess*. Although some aspects of that metaphor may be perfectly true, and could serve well the individual in learning how her/his life is “a mess”, the metaphor does not provide the option for recognition of the positive aspects of that person’s life. Because of the metaphor’s astronomical potential for meaning making, its drawback is just that, its astronomical qualities of speed, gestalt and uniqueness of the choice of the comparative subject. Similarly, this is also significant when working with illness metaphors. Although metaphors may help patients constructively process their illness event, as suggested earlier, they may distract and detract from the actual illness experience. Sontag [23] expressed similar concern by stating,

... illness is not a metaphor, and [...] the most truthful way of regarding illness – and the healthiest way of being ill – is one most purified of, most resistant to, metaphoric thinking (p. 3).

We therefore need to be cognizant that, if not appropriately challenged through metaphor-reflection, metaphors could become constraining impediments to sought out progress and growth.

The above concern takes us to the fifth challenge of working with metaphors, which is our ready acceptance of overly used metaphors without reflecting on their meaning and usefulness in our life. In healthcare practice, such as addictions therapy, for example, that kind of unexamined language may in fact be counterproductive. Reflecting on a conversation I had with a colleague-friend, Paul King (April 30, 2008), who is a Gestalt therapist, I became aware of how an accepted metaphoric term *recovery*, may subliminally imply *recovery* of the underlying or root problems of the addiction. What came to light for me is that the more suitable metaphor for a successful healing could be *discovery*, the notion of *discovering* or uncovering the underlying issues that may have precipitated the addictive behaviours in the first place. By being mindful of the language we use in our therapeutic interactions with those in our care, we are in a position to positively impact the probability of healing. Whether or not the caregivers are aware of implicit metaphors they live by, these metaphors, consciously or unconsciously, drive our therapeutic interventions and expose our biases on how we

view the world and those in our care.

Similarly, some metaphoric expressions are so pervasive in our every day social interactions that we often pay little attention to when we use them and how they potentially shape our experiences. For example, we may be using the metaphor of *combat* when we say such phrases as, *I fought the traffic to get here. I exploded when I heard that. I was a hero yesterday, but today I'm in the slammer.* By recognizing this pattern, we are presented with options on how to progress: whether to explore deeper, on a personal level, the reason for the choice of combat metaphors, or to move it into the social realm by examining the relationship between the metaphor and the rising violence in our cities, or whether to do nothing. Even if we deliberately choose to do nothing, the sheer awareness of what we bring into our interactions with others empowers us to interact with intention and consciousness. It is only when we are in the state of awareness that we can make changes and grow.

And lastly, the challenge to implementing metaphor-reflection is the recognition that metaphors are tools; they are bridges, vehicles and links that help us get from one place of understanding to another. Metaphors are not reality! Knowing when to release the metaphor is an art that is unique to each individual undertaking the reflective practice using metaphors. It is especially so in teaching-learning situations. It behoves the teacher to know when the bridge to the new concept needs to be drawn and the learner fully engaged in the new learning. Metaphor-reflection, although very useful, needs to be mindfully implemented, so that like fabled Narcissus, we do not disappear into the mirrored pool of our reflection.

### **How does all this matter to my healthcare practice?**

Socrates is credited with the adage, *An unexamined life is not worth living.* Although I would not go so far as to recommend such extreme measures, I do believe that to fully engage in life it takes a lot of courage and even more work. By exploring our inner world, which is the underground river that feeds the surface river of life, we learn what nutrients of the underground feed the life-blood above ground. In other words, when we engage in metaphor-reflection, we may come to greater understanding how certain events come to happen in our lives and what options may be open to us for consideration. Metaphors are voluptuous detours that strive towards the same goal, that of enhanced understanding and expanded knowledge, only richer for the experience of the chosen path.

So, working with metaphors we may become aware of who we are as persons and what we bring into our relationships with others, be it in the classroom or in the hospital room. Through metaphor-reflection we get in touch with our own humanness and learn the paradox of being individual while connected to the greater whole. Metaphor-reflection brings in the divine that is in some ways simple and true and most often graceful.

This matters for me in my role as a teacher in how I relate to my students, and how together we can move forward our teaching-learning relationships. As a caregiver, I provide my students with tools to explore their own humanness and so prepare them, our future nurses, to be ready to facilitate that kind of exploration with their patients. By entering into metaphor-reflection we activate our creative and critical thinking that calls upon metaphors, analogies and similes, thus engaging our whole selves in the process of constructing meaningful therapeutic contexts for healing.

*And now, dear colleagues, I invite you to do the same in your respective professional fields as I believe that when we value metaphor-reflection that leads to increased self-awareness and meaning making, we are more likely to offer that same opportunity to those in our care. I am including here some questions to help you move forward, wherever you may be on your reflective journey:*

- 1) *What metaphors, if any, in your personal and professional life did you become aware of as you read this article?*
- 2) *What metaphors are explicit in your life? How do they reflect your actions? How do your actions reflect them?*
- 3) *How could you introduce metaphor-reflection into your professional practice-setting?*

### **References**

1. Brookfield SD. *Becoming a critically reflective teacher.* San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
2. Chan EA. The spiral: The meaning of caring in practice. In Schwind JK, Lindsay GM, editors. *From experience to relationships: Reconstructing ourselves in education and healthcare.* Charlotte, NC: Information Age Publishing Inc; 2008. p. 63-74.
3. Clandinin DJ, Connelly FM. *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2000.

4. Johns C. Reflection as empowerment?. *Nursing Inquiry*. 1999. 6:241-249.
5. Lindsay GM. Who you are as a person is who you are as a nurse. In Schwind JK, Lindsay GM, editors. *From experience to relationships: Reconstructing ourselves in education and healthcare*. Charlotte, NC: Information Age Publishing Inc; 2008. p. 19-36.
6. Dwyer-Kent R. An inquiry into mindful caring: A narrative account of my experience in day surgery. In Schwind JK, Lindsay GM, editors. *From experience to relationships: Reconstructing ourselves in education and healthcare*. Charlotte, NC: Information Age Publishing Inc; 2008. p. 39-59.
7. Johns C. *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2006.
8. Schwind JK. Accessing humanness: From experience to research, from classroom to praxis. In Schwind JK, Lindsay GM, editors. *From experience to relationships: Reconstructing ourselves in education and healthcare*. Charlotte, NC: Information Age Publishing Inc; 2008. p. 77-94.
9. Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language. New York: Portland House; 1989.
10. Oxford concise dictionary of English etymology. Oxford, UK: Oxford University Press; 1996.
11. Forbus KD, Gentner D, Markman AB, Ferguson RW. Analogy just looks like high-level perception: Why a domain-general approach to analogical mapping is right. *Journal of Experimental and Theoretical Artificial Intelligence*. 1998. 10:231-257.
12. Gentner D. Are scientific analogies metaphors? In Miall, SS, editor. *Metaphors: Problems and perspectives* (pp. 106-132). Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press Inc. 1982.
13. Lee HS, Holyoak KJ. Causal models guide analogical inference. In McNamara, DS, Trafton, G, editors. *Proceedings of the Twenty-ninth Annual Conference of the Cognitive Science Society*. Austin, TX: Cognitive Science Society. 2007. p. 1205-1210.
14. Gentner D, Colhoun J. Analogical processes in human thinking and learning. In von Muller, A, Poppel E, series editors, & Glatzeder, B, Goel, V, von Muller A, volume editors. *On thinking: Vol. 2. Towards a theory of thinking*. Berlin, Germany: Springer-Verlag; (In press).
15. Barnhart RK, editor. *Chambers Dictionary of Etymology*. New York: Larousse Kingfisher Chambers Inc; 1988. Ricoeur, P. The rule of metaphor. (Czerny, R. with McLaughlin, K. & Costello, SJ, translators). Toronto, ON: University of Toronto Press; (Original work published 1975). 1979.
16. Ricoeur P. The rule of metaphor. (Czerny, R. with McLaughlin, K. & Costello, SJ, translators). Toronto, ON: University of Toronto Press; (Original work published 1975). 1979.
17. Bowdle BF, Gentner D. The career of metaphor. *Psychological Review*. 2005; 112(1):193-216.
18. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press. (Original work published 1980). 2003.
19. Froggatt K. The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28(2):332-338.
20. Schwind JK. Reflective process in the study of illness stories as experienced by three nurse-teachers. *Reflective Practice*. 2003; 4(1):19-32.
21. Schwind JK. When nurse-teachers become ill: A narrative inquiry into the personal illness experience of three nurse-teachers. Unpublished doctoral dissertation, OISE/University of Toronto, ON, Canada. 2004.
22. Johns C. Visualizing and realizing caring in practice through guided reflection. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24:1135-1143.
23. Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York: Doubleday. 1990.

*Contact Information for Author:*

*Jasna K. Schwind RN, PhD  
Associate Professor  
Ryerson University  
Daphne Cockwell School of Nursing  
350 Victoria Street  
Toronto, ON, M5B 2K3  
Canada  
Email: jschwind@ryerson.ca*

# 3

## Abstract

Recent research papers and commentaries have articulated the considerable effects that global climate change has had, and will have, on human health. Arguing that nursing must become more centrally involved in mitigation and response efforts, this paper develops a framework for professional consideration and action. Four core components of the framework are common tactics, maximizing specialties, prioritizing places and public scholarship.

**Key Words** climate change, environment, global warming, public scholarship

## Global climate change: a framework for nursing action

**GAVIN J. ANDREWS**

### Introduction

No single policy, government, agency, industry or group of people is ever going to reverse global climate change, or even begin to address its considerable effects. Such is the enormity, scope and advanced stage of the emergency, only a concerted effort involving unified political action coupled with diverse responses from many peoples and sectors around the world, has any real hope of succeeding.[1] Given this reality, along with many other professions, international nursing must now ask how it might contribute, and where might individual and collective efforts be best focused. This paper takes the first steps in answering these questions. It starts by highlighting the established pedigree in nursing of understanding and engaging the social, spatial and natural world. Based on a discussion of pressing climate change is-

sues, it then develops a framework for future professional action. Whilst this framework does not provide a comprehensive plan or 'road map' for the future, it does establish some key issues, themes and activities for consideration and action.

### Nursing environment

There has been a longstanding concern in nursing research and practice for the profession's environment, broadly defined as the social, physical and biological contexts in which nurses operate and with which they must necessarily engage. At the commencement of the modern practice era, Florence Nightingale's writings commented on environments, ranging from the health impact of poor sanitation and living conditions in urban areas, to the layout, temperature, ventilation of, and interpersonal movements in, patients' rooms.[2] In later years – and particularly from the 1950s to the 1980s – the idea of nursing environment was solidified by the development of conceptual models that defined and explained the profession to trainee nurses.

These variously emphasized person, health and environment as three meta-paradigms that underpin the profession.[3-5] Although far more developed and refined, ideas on practice environments have survived to the present, and extend beyond nursing throughout the health professions. Contemporary practice concepts focused at the micro-scale of settings and facilities include, for example, ‘clinical environments’, ‘therapeutic environments’, ‘quality of environment’ and ‘age-friendly environments’. Argued to spatially capture core qualities, these are increasingly regarded as crucial in achieving best practice.[6] Meanwhile, at the macro-scale, in an attempt to meet the needs of populations, professional practice has broadened its spatial horizons and specialized to urban, inner city, rural and remote needs. As health care has expanded both in scope and reach, the idea of ‘community’ has been expanded and mobilized. Once viewed by as an ‘area’ that could be neatly divided into administrative units, the community is being re-imagined as the social environment of nursing, possessing a differentiated mosaic of locally distinct vulnerabilities, needs and capacities.[6-7] Most recently, a nursing interest in environment has surfaced as a distinct research perspective. Scholars have started to draw on the discipline of human geography to describe and explain dimensions of nursing contingent of space and place. Here the ‘spatial turn’ in nursing research has ranged from the investigation of distributive features of patient populations, services and workforce, to nurses place attachments, meanings and identities.[6,8,9]

Despite these varied interests in human environments, the attention in nursing specifically to the world’s natural and physical features has been more limited. Towards the end of the 1990s, an occasional and specialist interest developed across community and public health nursing in the impacts of localized pollution.[10-14] At approximately the same time, a small number of theoretical discussions focused on the relationship between nursing and environmentalism.[15-19] Leading this debate, Chinn commented that nurses should enter this public arena and bring about noticeable changes.[16] For her it would be a challenge that requires a broad spectrum of attention, at times moving outside traditional professional roles. Others offered theoretical observations to motivate debate and action. Kleffel, for example, examined nursing’s connection to three social paradigms that interact with environment very differently.[18] She argued that historically nursing has adhered to an egocentric paradigm (grounded in the individual and based on the assumption that what is good for the individual is good for society), and to a lesser extent a homocentric paradigm (grounded in society and reflecting the utilitarian ethic of the greatest good for the greatest number). She posited however that that, in the face of globalization and environmental concerns, nursing might shift to the ecocentric paradigm that considers the environment as whole, living, and interconnected.

Although such discussions are theoretically and philosophically insightful, practical connections have yet to be established between nursing and climate change.[20] Currently,

<b>Table one: Health concerns related to climate change (adapted from Health Canada, 2005 and Canadian Nursing Association, 2008)</b>	
Health Concern	Example of health vulnerability
Temperature-related morbidity and mortality	Cold and heat related illness Respiratory and cardiovascular illness Occupational health risks
Effects of extreme weather	Damage to health infrastructure Mental health stress Occupational health hazards Population displacement
Effects of air pollution	Exposure to pollutants Asthma, heart attacks, strokes, cancers
Effects of water and food contamination	Diarrhea, biological contaminations
Effects of UV exposure	Skin damage and cancer, cataracts
Population vulnerabilities	Seniors, children, chronically ill, homeless, disabled people
Socio-economic impacts	Loss of income, social disruption, reduced quality of life, increasing health care costs



Category	Further Explanation
Common Tactics	What nurses can do to influence public behavior and political action
Maximizing Specialties	The need for different nursing specialties to address specific climate issues
Prioritizing Places	The need to recognize differing circumstances and needs around the globe
Public Scholarship	The need to adjust the nature and focus of nursing research

there has been some sporadic interest in climate change from specialist interest groups and localized representative organizations in nursing, often in the form of information websites and internet-based forums for discussion and debate. Otherwise, if one looks hard enough, examples of environmentally-friendly behavior by nurses might be found in many health care organizations, towns and cities. On the whole however, nurses have yet to make distinctive and concerted effort, and agree on what they might do to help.

In the meantime, climate change has become a very serious international issue. The World Health Organization has estimated that climate change has already claimed over 150,000 lives.[21] A wide range of papers, reports and other commentaries have demonstrated how global increases in morbidity and mortality have and will occur due to changes in environmental conditions associated with increasing UV exposure, heat, storms, flooding, air pollution, vector transmission of disease, malnutrition and related social phenomena such as displacement from homes and forced migration (figure one).[20-29] Importantly, this literature tells us that it is the health and wellbeing of vulnerable groups - such as older people, children, those with pre-existing medical conditions, and the world's poorest people - which is most effected.[30-31]

Whilst 'hard science' is well-equipped to prove the existence of climate change and measure its origins, extent, progression, and the impacts of responsive action, disciplines with a humanistic tradition – such as nursing – are best placed to articulate the deep social complexity of its causes, effects

and solutions; particularly with a view to taking part in and maximizing the latter. Developing a framework for future professional action,[23] the remainder of this commentary introduces four inter-related categories through which international nursing might respond – (i) common tactics, (ii) maximizing specialties (iii) prioritizing places (iv) public scholarship (figure two).

### Common tactics

All four of the above categories involve tactical thinking and action on climate change. However, the specific tactics that might be used by nurses on a frequent basis deserve dedicated attention. Three types of these tactics can be identified (see figure three).

One way in which nurses and other health professionals can influence positive change is by undertaking environmentally-friendly activities. This activity could range from the actions of individuals, to the actions of entire nursing workplaces and workforces.[30,32] By setting a good example, nurses might positively impact on climate change themselves and also encourage other health care workers, patients and the public to act in the same way. Another way that nurses might influence climate change, is by providing professional advice to patients and the public about activities that are healthy and environmentally-friendly, or by highlighting those activities likely to be detrimental to health and the environment.[20,22,30,32] Here, whether adopted by individual nurses or collectively through nursing policy and protocols, emphasis could focus upon the ways in which health and the environment are entangled. A public health nurse, for exam-

Tactic	Elaboration
Leading by example	Encouraging similar behavior
Giving Advice	At a practice and sector level
Political Action	From lobbying to direct action

ple, might emphasize how cycling to work simultaneously improves the cardiovascular health of the individual cyclist whilst, when undertaken on a collective level, results in a reduction in carbon emissions potentially leading to a wider range of health benefits for the population as a whole.[23] Equally, they might explain how consuming less animal produce is beneficial to cardiovascular health whilst, at an industry level it potentially reduces methane and carbon emissions in the production and transportation of such food.[23] More generally, at a macro-level, attention needs to be paid to communication and marketing and how the nursing sector as a whole might relay these kinds of messages to specific target audiences.[33]

Although the above approaches are laudable, over reliance on them contains a fatal flaw. Some argue that behavior modification (acting in an environmentally friendly way) is more effective at making society feel that it is making a significant contribution to combating climate change than actually effecting concrete change.[23] As a result, irrespective of what individuals and groups might do by their own accord, there is a need for governments to reduce carbon discharge directly through policy change and regulation. At the same time, they also need to facilitate a significant shift towards renewable energy to replace excessive consumption of oil, coal, and natural gas.[23] With this in mind, a third tactic involves nurses and other health professionals working collectively to encourage policy change across institutional, national and international levels.[20,22] Involvement here starts with positions clearly within the formal political process (such as lobbying, joining pressure groups, becoming involved in local politics). Alternatively, where participation in formal political process is deemed to have failed, nurses might otherwise consider more radical activism (such as demonstrations and boycotts).[23] Nurses have always enjoyed recognition by officialdom and have held the atten-

tion, support and respect of citizens, that makes them well placed to intervene in these ways. They possess power inside and outside the political process and, although it might not always seem the case, exercise more influence than many other sectors or groups. As scholars have discussed - often from a Foucaultian perspective - nurses are far from passive in the face of institutional power and might be key agents for resistance and change through multiple means.[34-35]

One should acknowledge, however, that when undertaking political action, pitfalls exist along the way. For example, one specific counter public relations tactic mentioned in articles published in medical journals in early 2008 involved a 'Trojan Horse' approach whereby climate change issues are piggybacked into the limelight on the back of other current events.[36-37] Along these lines, the Beijing Olympics was specifically mentioned by as a possible vehicle to bring environmental issues to the fore. As time progressed however, during the summer of 2008, the Beijing Olympics increasingly became known as "the genocide Olympics" because of China's support for Sudan in Darfur ... the unfortunate alliance between them, consecrated in oil. The international press and others initiated this labeling and it was very difficult for anyone to insert climate change into the identity mix. Eventually political unrest in Tibet, and the Chinese government's responses to it, grabbed the remainder of the headlines and essentially killed off the climate change Olympic connection. Once the games commenced, the achievements of the athletes rightfully took centre stage and filled the headlines. This one example demonstrates how any group - including nurses - must choose their targets and tactics carefully. In addition to practical concerns, ethical issues very quickly arise whenever actively promoting a strong viewpoint.

Underpinning nurses' participation in all three tactics outlined above are the perceived 'natural' and 'caring' fea-

<b>Table four – The different focuses of nursing specialties</b>	
Type of Specialty	Examples
Sector focused	primary health care, community nursing, public health nursing
Client focused	gerontology, pediatrics, mental health care
Body focused	palliative care, oncology, cardiology, general surgery, intensive care etc
Jobs and roles	nurse practitioners, clinical nurse specialists, advanced practice nurses, managers, educators
Specialist empirical and theoretical interests	technology, policy creation, bio-ethics, medical devices and engineering, risk, ethics, knowledge translation

tures of the profession, and the personal connections and communications nurses have – above and beyond doctors – to individuals and their wellbeing. This makes them well placed to act as advocates and formulate strong arguments on health and the environment. One must however be wary not to overemphasize this and support paternal stereotypes. Yet, when mixed with solid professional arguments and research, the caring aspect of nursing can be important.

### Maximizing specialties

The substantial and potentially calamitous problem of global climate change demands unified attention not only from health sectors and professions as wholes,[38] but also from all their internal specialties and fields. Each may tailor its responses to make a unique contribution through its core services.[23] The resulting range of activity creates opportunities for greater momentum and traction in combating climate change. In nursing, five types of specialty or sub-field can be identified (figure four).

Nursing's response to climate change must first reflect its specialization in, and contribution, to specific sectors of overall health systems. Whether these be primary health care, community health, public health, or others, nursing locates differently in each, has different interpersonal interactions, power bases and can hence do different things. One could imagine, for example, school nurses educating children and youth on environment and health. Second, nursing has established specialist interests in specific client and demographic groups (whether this be through gerontology, pediatrics or others), and possesses knowledge about their and their families specialist needs and circumstances. This expertise should be used to ensure that the circumstances of different groups are addressed and information is dispersed most widely. A third division in nursing is based on distinct health conditions and types of medicine (for example palliative care, oncology, cardiology, general surgery, intensive care). Here valuable connections can be made by nurses between climate, certain conditions, their prevention and treatment. Fourth, nursing is an incredibly diverse job category both in terms of breadth and levels of seniority. Whilst a clinical nurse specialist might educate ward staff on environmentally-friendly practice, a manager might adjust unit-level spending to address a particular environmental issue. A chief administrator/director, on the other hand, might lead institutional scale environment initiatives and also be involved at the level of local government and planning. In addition to the conventional categories described above, many other group identities and cohesions exist in nursing around specific empirical or theoretical interests. These, for example are as diverse as

'technology', 'policy', 'bio-ethics', 'medical devices', 'risk', 'knowledge translation', and are assisted by specific literatures, meetings and organizations. Again, great potential lies within each to tailor responses to climate change. Finally, climate change needs to be integrated into the education and training, both of health professionals themselves, and their subsequent educating of target communities.[39]

In sum, nursing must closely link with other professions and sectors to maximize national and international mitigation and response efforts on climate change.[38] Nursing however is far from a single uniform profession. The profession's response to climate change must be as diverse as the sector itself, and come from all quarters.

### Prioritizing places

Climate-related health problems exist and impact differently around the globe. The health issues facing the United States for example, are different from those facing Europe, which again are different to those facing Asia-Pacific. These are critical geographical contexts which determine the nature of the professional response.[23,31,40] Although it is understandable that nurses will naturally focus the majority of their environmental efforts in their own countries, there is still a need to recognize that environmental change will be most aggressively felt in Southern Africa.[23] Greater elaboration on the complexity of the situation on this continent shows how one health problem roles into another.

Climate change in the future will intensify drought in Africa, reducing agricultural productivity there and causing famine. In addition to the direct health impacts of this on morbidity and mortality, a lack of food will exacerbate pre-existing health problems. For example, HIV/AIDS research tells us that that successful antiretroviral treatment depends on the consumption of nutritious food.[41] People in these areas will therefore face even greater challenges and threats to their health. Moreover, health agencies could end up spending ever great proportions of their resources on food, decreasing their ability to address other health issues.[23] Ironically, in both Europe and the United States, good cropland is being turned into corn and soy for the production of biofuels to reduce the discharge of carbon. However land taken out of food production further damages the prospects for sufficient food for vulnerable populations in Africa.[23]

Another crisis facing Africa is that of environmental refugees following drought and famine. There lies the potential for the movement of millions of people, particularly out of Southern Africa northwards.[22] The health of these people will undoubtedly suffer further during their migration, and increase

the incidence of disease. In the regions to which they move, their presence will increase pressure on already inadequate and under-funded health systems.[23] Migration however, is not exclusively a human activity. Patterns have already been identified of malaria-bearing mosquitoes moving to regions previously uninfected.[22,27] Given such dire situations, nurses based in the developed world need to recognize that although domestic considerations are a priority, the world contains places of unequal need that must be assisted through international responsibility and outreach.

More generally, beyond Africa, place needs to be recognized as a fundamental and important consideration. Issues arise for example as to how climate change impacts health differently in different neighborhoods, cities, towns, rural localities, natural regions and politically defined areas. A far greater geographical awareness must drive place-specific professional responses.[40,42]

### Public scholarship

Nursing requires a dedicated field of research to support its environmental activity. In this endeavor, two issues come to the fore. The first regards scope of methods and perspectives. It is widely acknowledged that nurses need to base their decision-making on the best available published evidence. Just as this is true for familiar clinical decisions and contexts, the same holds for decisions made in response to climate change.[23] As mentioned above, whilst hard science can mount compelling arguments to prove the reality of climate change and how it might impact on health, one must also remember that beyond the scientific measurement and explanation of such phenomenon, climate change has deep social complexity; meaning that it has social causes, effects and solutions.[43-44] Mirroring this social complexity, social science must play a far more central role in evidence and debate.[23]

The second issue regards the politics of research. Some social scientists have recently argued that their disciplines have become 'theory obsessed', ever more obscured from everyday life in the creation of specialized knowledge, and have thus allowed a gap to grow between inquiry and the big issues of the day.[45-47] Moreover, scholars also agree the quest for increasing depth and complexity of analysis has been paralleled by the emergence of an academic performance culture whereby the university has become a company with private sector management styles, and academics have become obsessed with and/or required to engage with corporate processes and procedures.[45] This leaves little time for building activities and interests that would be perceived to lie

'outside' the formally assessed features of an academic job. As Burawoy comments:

"the original passion for social justice, economic equality, human rights sustainable development, political freedom or simply a better world, that drew us to sociology is channeled into the pursuit of academic credentials. Progress becomes a battery of disciplinary techniques, standardized courses, validated reading lists, bureaucratic rankings, intensive examinations, literature reviews, tailored dissertations, refereed publications, the all-mighty CV, the job search, the tenure file" (p260).[45]

In the face of these developments, scholars argued for 'public sociology' and 'public geography', that involve not only the study of important world issues, but see social scientists as activists working with community groups, non-governmental organizations, and public sector workers, to foster more dialogue and mutual education.[45-47] Researchers might join with political action (outlined above under tactics) or otherwise make their research more accessible to a wider audience. This might involve, for example, occasional changes to a simple and open writing style, the publication of research in a wider-range of venues including the internet and other popular media forms, and public talks, debates and dialogues. Although we acknowledge that nursing might not have lost touch with public issues in the same way as some social sciences might have, we argue that it might learn from the public social science debate. In the face of climate change, it is time for nursing research to take a stand, to make and popularize strong convictions on the subject.

### References

1. United Nations Intergovernmental Panel on Climate Change (UN, IPCC) Climate change: mitigation. United Nations Environment Programme; Geneva, 2001.
2. Nightingale F. Notes on nursing: what it is and what it is not. London: Lippincott; 1859.
3. Fitzpatrick J, Whall A Conceptual models of nursing: analysis and application. London: Prentice Hall; 1983.
4. Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 27(6):1257-68.
5. Andrews GJ, Moon G. Space, place and the evidence base, part two: rereading nursing environment through geographical research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(3):142-56.
6. Andrews G J, Evans J. Understanding the reproduction of

- health care: towards geographies in health care work. *Progress in Human Geography*. 2008; 32(6):759-80.
- 7.Prince R, Kearns RA, Craig D. Governmentality, discourse and space in the New Zealand health care system. *Health and Place*, 2006; 12(3):253-66.
- 8.Andrews GJ. Geographies of health in nursing. *Health and Place* 2006; 12(1):110-8.
- 9.Carolan M, Andrews GJ, Hodnett E. Writing place: a comparison of nursing research and health geography. *Nursing Inquiry* 2006; 13(3):203-19.
- 10.MacPherson-Pope A, Snyder MA, Mood LH. *Nursing, Health & the Environment: Strengthening the Relationship to Improve the Public's Health*. National Academies Press; 1995.
- 11.Grady P, Harden JT, Mortiz P, Amende LM. Incorporating environmental sciences and nursing research: an NINR initiative. *Nursing Outlook* 1997; 45(2):73-75.
- 12.Watterson A, Thomson P, Malcolm C, Shepherd A, McIntosh C. Integrating environmental health into nursing and midwifery practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49(6):665-74.
- 13.Severtson DJ, Baumann LC, Will JA. A participatory assessment of environmental health concerns in an Ojibwa community. *Public Health Nursing* 2002; 19(1):47-58.
- 14.Sweeney N M, de Peyster I Integrating environmental health into an undergraduate community health nursing course. *Public Health Nursing* 2005; 22(5) 439-44.
- 15.Schuster EA , Brown CL. *Exploring Our Environmental Connections*. Jones & Bartlett Publishers; 1994.
- 16.Chinn PL. Environment, health and nursing. *Advances in Nursing Science*, 1996; 18(4):viii.
- 17.Kleffel D. An ecofeminist analysis of nursing knowledge *Nursing Forum* 1991;26(4):5-18.
- 18.Kleffel D. Environmental paradigms: moving towards an ecocentric perspective. *Advances in Nursing Science* 1996; 18(4):1-10.
- 19.Shreffler JM. An ecological view of rural environment: levels of influence on access to health care. *Advances in Nursing Science*, 1996; 18(4):48-59.
- 20.Canadian Nurses Association. *The role of nurses in addressing climate change*. CAN, Ottawa; 2008.
- 21.Patz JA, Campbell-Lendrum D, Holloway T, Foley JA. Impact of regional climate change on human health. *Nature* 2005; (438):310-17.
- 22.McMichael AJ, Friel S, Nyong A, Corvalan C. Global environmental change and health: impacts, inequalities and the health sector. *BMJ* 2008; (336):191-4.
- 23.Lewis S, Andrews G J. Climate change and health: priorities for the CAM community. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; (in press)
- 24.Health Canada. *Your health and a changing climate: information for health professionals*. Ottawa; 2005.
- 25.Bloomberg MR, Aggarwala RT. Think locally, act globally: how curbing global warming emissions can improve local public health. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5): 414-23.
- 26.Luber G, McGeehin M. Climate change and extreme heat events. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5): 429-35.
- 27.Gage KL, Burkot TR, Eisen RJ, Hayes E. Climate and vectorborne diseases. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35(5):436-50.
- 28.Patz JA, Vavrus SJ, Uejio CK, McLellan SL, Climate change and waterborne disease risk in the Great Lakes Region of the US. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):451-8.
- 29.Kinney PL. Climate change, air quality and human health. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):459-67.
- 30.Neira M, Bertollini R, Campbell-Lendrum D, Heymann DL. The year 2008: a breakthrough year for health protection from climate change? *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):424-5.
- 31.St Louis M E, Hess J J. Climate change: impacts on and implications for global health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35(5):527-38.
- 32.Frumkin H, McMichael AJ, Climate change and public health: thinking, communicating, acting. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):403-10.
- 33.Maibach EW, Roser-Renouf C, Leiserowitz A. Communication and marketing as climate change-intervention assets: a public health perspective. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):488-500.
- 34.Gastaldo D, Holmes D. Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry* 1999; 6(4):231-40.

35. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as a means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(6):557-65.
36. Godlee F. Climate change: permission to act. *BMJ*, 2008; 336:164.
37. Richards T. Olympic challenges *BMJ* 2008; 336:189.
38. Keim ME. Building human resilience: the role of public health preparedness and response as an adaptation to climate change. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35(5):508-16.
39. Lawrence RS, Saundry PD. Climate change, health sciences and education. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35(5):426-8.
40. Hess JJ, Malilay JN, Parkinson AJ. Climate change: the importance of place. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35(5):468-78.
41. Anabwani G, Navario P. Nutrition and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: an overview. *Nutrition* 2005; 21(1):96-9.
42. Younger M, Morrow-Almeida HR, Vindigni SM, Dannenberg AL. The built environment, climate change and health: opportunities and co-benefits. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):517-26.
43. Haines A. Climate change and health: strengthening the evidence-base for policy. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):411-3.
44. Ebi KL, Semenza JC. Community-based adaptation to the health impacts of climate change. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(5):501-7.
45. Burawoy M. 2004 American Sociological Association Presidential Address: for public sociology. *The British Journal of Sociology*. 2005;56(2):259-94.
46. Murphy AB. Enhancing geography's role in public debate. *Annals of the Association of American Geographers* 2006; 96(1):1-13.
47. Murphy AB, de Blij HJ, Turner II BL, Gilmore RW, Gregory D. The role of geography in public debate. *Progress in Human Geography* 2005; 29(2):165-93.

*Contact Information for Author:*

*Gavin J. Andrews, PhD  
Full Professor and Chair  
McMaster University  
Department of Health, Aging and Society  
1280 Main Street West  
Hamilton, Ontario, L8S 4M4  
Canada  
Email: andrews@mcmaster.ca*

**Abstract**

This paper presents an overview of the methodological approach taken in a recently completed Foucauldian discourse analysis of physiotherapy practice. In keeping with other approaches common to postmodern research this paper resists the temptation to define a proper or 'correct' interpretation of Foucault's methodological oeuvre; preferring instead to apply a range of Foucauldian propositions to examples drawn directly from the thesis. In the paper I elucidate on the blended archaeological and genealogical approach I took and unpack some of the key imperatives, principles and rules I grappled with in completing the thesis.

**Key Words** archaeology, Foucault, genealogy, methodology, physiotherapy

## Putting Foucault to work: an approach to the practical application of Foucault's methodological imperatives

**DAVID A. NICHOLLS**

**Introduction**

Over the last 30 years, 'Foucauldian' discourse analysis has become a well respected and much used philosophical, theoretical and methodological approach across a wide range of disciplines including architecture, communication theory, cultural studies, gender studies, health care, management studies, philosophy, and the social sciences.[1-5] Derek Hook wrote of a 'veritable explosion of discursive analytic work',[6] while Michael Arribas-Ayllon and Valerie Walkerdine recently spoke of the emergence of Foucauldian discourse analysis as an 'expansive and diffuse field' within qualitative research.[7] (Like many scholars who have been influenced by Foucault's ideas, I am uncomfortable with the

notion of 'Foucauldian' discourse analysis since this runs counter to one of Foucault's founding principles. It is used here only out of a desire to avoid an otherwise cumbersome grammatical sentence structure).

Amidst the excitement that Foucault's iconoclastic approach has generated a 'proliferation of the various models of the process of discourse analysis' have emerged,[6] resulting in a diverse array of methods, approaches and study designs which draw from Foucault's own methodological injunction that we should always 'slip away' from closed, predefined methodological and intellectual work.[8] Foucault himself vehemently resisted any attempt to constrain the breadth and scope of his thinking with convenient labels or ready references to pre-existing norms and methodological conventions, arguing that to do so undercut the analytic possibilities of his approach.[9]

Postmodern and poststructural approaches to research are typically sceptical of the rational certainty and logical tidiness of empiricism, the authorial dominance of herme-

neutics, and the saturating absolutism of historiography. Foucault, for his part, criticized a number of other theoretical approaches for ignoring the material implications of knowledge and power.[6] In undertaking a form of discourse analysis informed by Foucault's ideas one must try, therefore, to avoid 'the trap of formalizing an approach that clearly eschews formalization', and recognise 'that there are no set rules or procedures for conducting Foucauldian-inspired analyses of discourse'.[7] Rather than seeing this as an 'ad hoc, fragmentary and incomplete' approach,[10] or as a form of shoddy science,[11] postmodern scholars – like all qualitative researchers – are encouraged to develop an approach that retains a coherent connection between the texts and the theoretical presuppositions underlying the study. At times this point has been missed by researchers deploying a postmodern approach who use the umbrella of Foucault's methodological pluralism as an excuse for poor scholarship, a 'vague epistemological position', or a 'non-specific mode of analysis'.[12]

Foucauldian approaches to discourse are now well established in a wide variety of fields and a number of texts have explored ways in which researchers might utilise Foucault's 'toolbox' of tactics, strategies and approaches.[6-8,13-16] Many of these texts offer their own interpretations of Foucault's methodological deliberations and serve a vital function in attempting to clarify a Foucauldian approach for students, supervisors, examiners, readers and writers alike. However, as Derek Hook observed above, some secondary texts tend to treat Foucault as a 'diagnostician' of culture and society, rather than as someone offering 'a powerful means of enabling forms of critique and resistance'.[6] Distinguishing between those sources that offer a more didactic reading of Foucault's methodological principles and those that emphasise the power inherent in Foucault's ability to initiate action and bring about real change, therefore, becomes an important task for the student of Foucault's ideas.

For my part, the methodological approach I sought needed to interrogate the disciplinary technologies and governmental strategies at play in the discursive construction of physiotherapy practice. My thesis examined the surface of emergence of three distinct historical moments in the development of physiotherapy practice in England and New Zealand. The first concentrated on the emergence of the Society of Trained Masseuses (STM) in England at the end of the nineteenth century and the Society's pursuit of legitimacy a more detailed account of this can be found at.[17] The second concerned the migration of the technologies of discipline deployed by the STM to New Zealand, and the emergence of an orthodox

physiotherapy profession within the welfare reforms of the mid-twentieth century. A third focused on new 'bleeding edge' practices in New Zealand that appeared to be resisting the discourses of legitimacy and orthodoxy that had guided physiotherapy practice for more than a century.

In my thesis, I was drawn to the period of Foucault's writing that spanned his move from the archaeological interest in the formation, correlation and transformation of discourses and statements (most notably, Foucault[18,19,20]), to his genealogical interest in the matrices of power that made discursive formations possible.[21-23] My focus was upon the range of disciplinary technologies deployed by physiotherapists and the governmental context in which physiotherapy practices came to operate. I was drawn to the critical histories of authors such as David Armstrong, Sarah Nettleton and Nikolas Rose,[24-33] and leant heavily on the methodological approaches deployed by these authors, supported by the writings of Derek Hook, John Ransom and Maria Tamboukou.[6,8,13,34,35] My allegiance with particular interpretations of Foucault's postmodern principles and methodological propositions lay in my desire to explore 'what counts as reasonable and qualified knowledge within a circumscribed socio-historical milieu...by detail[ing] the underlying forms/conditions/criteria of reasonable knowledge on the basis of which truthful statements can be made'.[13]

Taking my own doctoral thesis as a point of departure, this paper attempts to address some of the methodological issues that were raised by my thesis; not didactically, or through a prescription for how Foucauldian discourse analysis *ought* to be done, but by presenting the approach that served to address the theoretical questions I was posing of my data. My hope is that this offers some meaningful insights for others engaged in a similar endeavour without being overly prescriptive.

### **The role of objects, subjects, concepts and strategies in the construction of discourses**

Although it is in some ways a false distinction, Foucault's writings prior to *Discipline and Punish*,[34] are often referred to as 'archaeological' texts. In these texts – notably *Madness and Civilisation*, *The Archaeology of Knowledge*, and *The Birth of the Clinic*,[18-20] Foucault mapped out a methodological framework that focused heavily on the historical conditions that had made it possible to think and act in particular ways. Foucault attempted to liberate the notion of discourse from the linguistic constraints of semiotics. He explored how it might be possible to escape the progressivism of historiography whilst, at the same time freeing the author



from the weight of responsibility s/he carried in hermeneutics. Foucault's bold re-reading of the role of statements and discourses in the construction of knowledge was achieved through a number of methodological imperatives, principles and rules that Foucault indicated only sporadically through his later writings.[9,35] Before setting out these injunctions in more detail, however, we need to consider how Foucauldian scholars have developed the notion of 'text'.

Studies that utilise Foucault's archaeological principles frequently take as their starting point a diverse array of texts. These texts are not confined only to physical documents that bear what Derek Hook called the 'markings of textuality', [13] but include any utterance or form of expression that plays a role in forming or moderating what can be thought, said or done at any one time.[19] Texts are composed of statements, or 'those utterances...which make some form of truth-claim... and which are ratified by knowledge'.[36] The particular knowledge that passes as truth at any particular moment is the product of a discursive formation, which describes a variety of statements, subjects, objects, concepts and thematic choices.[19] Discursive formations define a discursive field, or the 'totality of all effective statements (whether spoken or written)', and a discursive field encompasses every form of practice that systematically forms the objects of which it speaks adapted from Foucault's definition of discourse, cited in *The Archaeology of Knowledge* (p. 7).[19]

Statements form the basic unit of analysis in archaeological enquiry because they make objects, subject positions, concepts and strategies visible, and consequently they become amenable to analysis. At the same time, in exploring these statements, we learn something about the ways in which they are made visible in the first place: the matrices of power relations that make certain forms of knowledge authoritative (and thereby acceptably expressed as statements), and others unacceptable. The rules that govern the visibility of statements and their subsequent effect on the formation, correlation and transformation of discourses, were set down by Foucault as 'rules' for understanding the interplay between statements and discourses and they, therefore, provided a useful vehicle through which I was able to approach the analysis of my particular texts.

### **The archaeological possibilities of objects, subjects, strategies and concepts**

The first archaeological rule pertains to the 'Rule of Discursive Formation', and concerns the way in which some discourses are formed by particular statements and not others. Foucault encouraged scholars to explore the ways that certain objects,

subjects, concepts and strategies make particular thoughts, actions and behaviours possible, and the way these relate to the construction of knowledge and the formation of texts. Taking each of these in order, Foucault explored the formation of discursive objects that embodied statements that legitimately bore the markings of particular discursive constructions. Foucault explored the surface of emergence of these objects, the authorities that gave weight to these discursive constructions (what Foucault called the 'authorities of delimitation'), and the ways in which the objects are classified, organised, divided and regrouped (or 'grids of specification').[19] One object that features prominently in my own analysis of the discursive construction of physiotherapy practice was the treatment bed. Throughout physiotherapy's history, treatment beds have been the site of tension for those who wished to legitimise touch. For physiotherapists, the treatment bed (or couch/plinth/table) bears certain 'statements' about its purpose as a way of expressing particular discourses of legitimacy and orthodoxy. These tensions are played out, knowingly or unknowingly, whenever physiotherapists interact with clients, and by exposing the role of the object of which the discourse speaks to critical scrutiny, one may make more visible the ensembles of knowledge that frame our thinking in particular ways.

Foucault also spoke of the formation of subject positions. Here, again, his concern was to explore the ways in which discourses privilege certain subject positions whilst marginalising others. In the study of physiotherapy practice, for example, one of the major analytic focal points was the formation of particular physiotherapy subjectivities: who is speaking; whose authority carries legitimacy; who is allowed to provide commentary on particular objects? Physiotherapists may occupy different subject positions that place them in differing relations to particular objects. For example, they may be orthodox health workers, conducting established biomedical assessment and treatment practices; or they may adopt new subject positions at the margins of orthodox practice. These positions enable objects like the clinic environment, the tools of measurement and assessment, or even patients/clients, to be approached differently.

Foucault also considered the formation of concepts and strategies. Concepts and strategies group statements around particular notions of practice which, in turn, situate people in relation to the objects that these statements construct. Legitimate practice is one such concept that demands that the early practice of masseuses complied with a set of social norms. These social norms largely defined the subject positions and objects that could be deployed by the masseuses if

they were to align themselves successfully with the discourse of legitimacy. To govern the conduct of a diverse set of registered practitioners required a range of disciplinary strategies (examination and registration, rules of professional conduct, etc.). Taken together subjects, objects, concepts and strategies form a set of guiding principles that focus on what can be said, or thought, and what cannot. They provide the student with a brief guide to the functionaries of knowledge; the places where knowledge can be seen to be operating and the ways in which, at a rudimentary level at least, ensembles of knowledge can be apprehended.

### The relational qualities of discursive formations

Foucault's second archaeological rule, or the 'Rule of Discursive Correlation', focuses upon the fluid inter-relationship between discursive formations. This rule concerns the way discourses intersect, abut, compete, overlap, dominate, marginalise or negate one another.[13] Foucault argued that these interactions between discourses needed to be explored at a microscopic level (between subjects, objects, strategies and concepts), and at a macroscopic level (between discursive formations, competing knowledges and power effects), and so this rule encourages us to focus on the relational qualities of discursive formations.[15]

In studying physiotherapy practice the correlations between discursive formations played an important role because they provided a means for interpreting the changing context in which physiotherapists operate without recourse to historical progressivism. In other words, by exploring the correlations between discourses of legitimacy and orthodoxy across two distinct historical moments (the emergence of legitimate massage practice in England in the late nineteenth century, and the creation of an orthodox physiotherapy profession in New Zealand 50 years later), it was possible to analyse the changing context in which physiotherapists' actions operated.

### The transformation of discourses

The 'Rule of Discursive Transformation' encourages us to explore how discourses shift and change over time. Where are shifts occurring? What changes are happening 'internal' to the discourse? What effect are these changes having on the relationships with other discursive formations? Importantly, our task becomes one of mapping the transformations in these discourses over time and exploring the changing contexts in which they operate. Physiotherapist's relationship with a discourse of orthodoxy appears to have mutated considerably since the middle of the twentieth century. At the height of the welfarist reforms taking place in New Zealand between

1938 and 1950 it was vital that physiotherapists were seen as an orthodox provider of physical rehabilitation services. As neo-liberal economic imperatives have gradually swept away welfarism, so physiotherapy's relationship with orthodoxy has shifted and we are now seeing the emergence of practices that openly resist the self-same discourses that were once considered vital.

Foucault did not consider that discourses could be 'defined' – since this might reinforce the view that they were monolithic entities warranting description – instead, he argued that their relationships, tactics, operations, oppositions, etc. should be 'mapped' across a broad terrain of events.[37] It becomes necessary, then, in my own study, to map an array of discursive formations, rules, knowledges, structures and systems, some of which were immensely stable over time and others that were entirely transitory. Importantly, Foucault argued that our task was to disturb that which was previously considered immobile; fragment what was thought unified; and show the heterogeneity of what had been considered consistent adapted from.[38] Keeping faith with Foucault's methodological intentions, I attempted to make visible the various statements that cohere around the discourses of critical importance to my particular focus, and in so doing, explore the relations of power that made these statements visible in the first place.

### The archive

Foucault called the rules that govern the formation, correlation and transformation of discourses an 'archive'. This is a very different interpretation of the term to that found in historiographic research, since Foucault utilised his understanding of the term as the basis for genealogical inquiry by exploring systems of 'domination, subjugation, the relationships of force'. [39] Thus, an exploration of the archive focuses on the relations of power that provide the conditions of possibility for thought. Foucault's shift from concentrating on the conditions that make thought historically possible, to a concern for the ways in which such notions as (bio)power, discipline, knowledge and governmentality define particular subjectivities exemplifies, for many, the shift from Foucault's archaeological approach to a more genealogical interest that can be found in his later writings; particularly the three volumes of *The History of Sexuality* and the lectures that he gave at the Collège de France until his untimely death.[21,22,40-45] The distinction between these two approaches is, however, somewhat artificial, as Maria Tamboukou argues:

Genealogy was often promoted by Foucault as a kind of successor to archaeology. Despite this, genealogy maintains many of the essential ingredients of archae-

ology, including, paradoxically, the examination of bodies of statements in the archive. However, Foucault added to it a new concern with the analysis of power, a concern which manifests itself in the 'history of the present'.[8]

Drawing on Foucault's own writings, archaeological approaches may be seen as a 'methodology [for the] analysis of local discursivities',[40] whereas genealogy refers to 'the tactics whereby, on the basis of the descriptions of these local discursivities, the subjected knowledges which were thus released would be brought into play'.[40]

According to Tamboukou, genealogical analysis reflects upon 'the nature and development of modern power', and works on the assumption that 'truth cannot be separated from the procedures of its production'.[8] Genealogical analyses, therefore, target three specific foci;

First, a historical ontology of ourselves in relation to truth through which we constitute ourselves as subjects of knowledge; second, a historical ontology of ourselves in relation to a field of power through which we constitute ourselves as subjects acting on others; third, a historical ontology in relation to ethics through which we constitute ourselves as moral agents.[41]

Thus, it is possible, in undertaking a discourse analysis informed by Foucault's thinking, to blend, for instance, a concern for the role of knowledge in the construction of particular subjectivities, with an analysis of the ways in which our conduct is governed, and an exploration of the ethical conduct that allows us to govern ourselves. To blend archaeological and genealogical inquiry this way demands that we understand more of Foucault's approach to genealogy.

### Defining Foucault's genealogical injunctions

In *The Order of Discourse*, Foucault[35] articulated four methodological 'injunctions' that may help us to address the nature of genealogical inquiry. These injunctions were concerned with regulating one's analysis so that one is placed in the best position to view the conditions that delimit discourses and bring about their circulation.[42] First, genealogical inquiry encourages us to attend to the historical context in which one's study is situated.[6] Here the researcher takes on the role of 'cartographer',[43] mapping the study across a broad socio-political terrain – in my case across three critical moments in the history of physiotherapy practice. Secondly, the researcher is encouraged to explore the social, historical and political conditions under which statements come to count as true or false.[6] How, for instance, do discourses of legitimacy, orthodoxy and resistance come to be valued? Consequently discourses need to be explored not only as the effect

of particular forms of knowledge, but also in their own right as the things that knowledge contests. Thirdly, the researcher should consider the materiality and conditions of possibility inherent within discursive formations.[6] This is a critical point because this focuses the researcher's attention on the critical role played by actions and practices in defining the various subjectivities under scrutiny. Finally, one must move in and out of the text using the extra-discursive to 'drive the analysis of the discursive'.[13] By 'extra-discursive' I believe Hook is referring to the material practices and actions that result from the formation, correlation and transformation of discourses, rather than suggesting that there is anything necessarily 'beyond' discourse. Foucault himself, used the notion of a *dispositif* to express this point; a *dispositif* is a system of relations that can be established between heterogeneous elements, discursive and non-discursive practices; 'the said as well as the unsaid'.[39]

These methodological injunctions are sufficient as a first step in guiding the development of genealogical analysis, but they are only preliminary injunctions to delineate genealogical inquiry from archaeological. Foucault's approach to genealogical inquiry gains critical weight, however, when questions of power, knowledge, discourse and subjectivity are approached through a set of 'systems' that Foucault identified as mediating the role of power in the construction of knowledge and truth.[29] The first systems Foucault identified he called the 'systems of exclusion', which explore those approaches that seek to constrain what can be thought or practiced through relations of power.[6]

### Foucault's internal, external and philosophical systems of exclusion

Systems of exclusion function to define what can be thought, known or said at a particular time.[19] Foucault identified three main forms of exclusion; internal, external and philosophical. Internal systems of exclusion concern our belief that we are the instigators of new knowledge, rather than the *effect* of the recirculation of older, primary discursive constructions (particularly those pertaining to religious, scientific or juridical matrices of power). This belief in our originality has led to us overstating the importance of the author of this newfound knowledge.[19] (By author, Foucault is referring to the author of a particular statement, discourse or text rather than the author of this research document, *per se*). Foucault actively pursued an alternative view of the author function by reversing the nature of the question: rather than asking what discursive formations the author imbues, he asked how is the author formed and transformed as a consequence of the actions of the discourse?[19] Exploring these systems of exclu-

sion allowed me to focus on the recirculation of approaches towards massage that were colonised by the early founders of the 'legitimate' massage profession. In essence, it became clear that the early founders of the profession had not 'invented' new approaches or benefitted from new ideas, only that they had been able to corral a set of suitable techniques and operations that had been circulating, in some cases, for more than a century. Through their tactical operations, they were able to utilise these forms of knowledge to define themselves as a legitimate solution to the 'massage scandals' that had initially prompted their actions.

By contrast, external systems of exclusion include all overt attempts to prohibit certain ways of thinking, through the suppression of ideas and ways of speaking. These include the binary differentiations between what is considered reasoned and what is unreasoned or madness; and the differentiation between what might be considered truthful and what is seen as false.[19] These systems function as effective mechanisms of differentiation that enable us to normalise certain ways of thinking, speaking and being, whilst marginalising others. What comes to count as practically truthful, just as what comes to count as practically reasonable within a political or social system, is less about pure knowledge or truth and more about the function of truth as a constantly mutating, fluid expression of an array of power effects.[19] Often, this leads the researcher to explore the places where acts of resistance appear as ruptures or eruptions. In my own study, the emergence of a new private clinic in Auckland, New Zealand, heralded an attempt to break free from the constraints of conventional physiotherapy practice. It was the emergence of this clinic that prompted me to ask 'what is the clinic resisting?'

From here, I began to realise that there were established forms of practice that had been so quotidian that I had never before considered investigating them. Ruptures of this sort can, therefore, lead to the unpacking of a great deal of established thinking and reasoning around practices that we had previously taken for granted.

Foucault emphasised that the analysis of these systems represents an unrelenting scepticism towards the 'material conditions of possibility...the multiple institutional supports and various social structures and practices underlying the production of truth'.[44] Jessop's own methodological injunction argued that;

The study of power should begin from below, in the heterogeneous and dispersed micro-physics of power, explore specific forms of its exercise in different institutional sites, and consider how, if at all, these were

linked to produce broader and more persistent societal configurations. One should study power where it is exercised over individuals rather than legitimated at the centre; explore the actual practices of subjugation rather than the intentions that guide attempts at domination; and recognize that power circulates through networks rather than being applied at particular points.[44]

The third system Foucault called the philosophical systems of exclusion.[19] These concern the ways in which power effects are effectively concealed behind idealised notions of truth or universal logos. Foucault was concerned with how these various forms of exclusion collude to create an idealised notion of truth within Western society. In doing so these systems effectively conceal the power effects of discourse which comes to 'occupy only the smallest possible space between thought and speech'.[8] Power effects become invisible behind an array of rules, rituals, systems and procedures that then project truth as taken-for-granted or commonplace, implying that truth is stable and immutable.[6] The effect is to obscure from view the operations of power. In my case, I came to realise that physiotherapists were strongly positioned by biomechanical discourses that constrained their ability to critically evaluate cultural, economic, political, psychological, social and spiritual dimensions of health and illness. Biomechanics acted as a natural lens through which physiotherapists learnt to view their patients, concealing the matrices of power that were necessary to maintain the abstract purity of this approach. Foucault's interest was therefore directed towards destabilising the taken-for-grantedness of such truth claims; exposing the matrices of power effects at the material level where discursive and extra-discursive practices appear to present a uniform, uncontested face.[19]

These systems of exclusion have important implications because they focus on the conditions that constrain how statements construct particular subjectivities. By exposing these systems to scrutiny they are problematised, and it becomes easier to see how they make legitimated thought and action possible. They also allow us to explore the kinds of knowledge that are valorised and those that are marginalised, as well as scrutinising the ways in which people have sought to colonise particular modes of speaking about their thoughts and actions in order to adopt or privilege certain subject positions. They also allow us to expose the power effects that were previously concealed beneath the mass of technical operations, disciplinary technologies and material practices.

### **Foucault's methodological 'principles' and genealogical inquiry**

The second set of principles designed by Foucault to ensure

that relations of power, knowledge, discourse and subjectivity could be approached genealogically, were called 'rules' by Foucault, but rather than think of these in the normative sense, I applied these more as a set of guiding principles. They particularly concern the relationship between discourse and power and guide the researcher to analyse the material conditions of possibility, and the power effects that govern the operation of discourses in the construction of particular subjectivities. Each of these 'cautionary prescriptions' will be considered separately, beginning with the 'Rule of Immanence'.

The Rule of Immanence reminds us that power operates as a microscopic/local network that enmeshes people rather than being exercised *over* them.[13] The focus for analytic enquiry should, therefore, be the local centres of operation of power; the places where objects are defined, subject positions negotiated and concepts and strategies are exercised.[22] The focus falls on local texts, local statements and local practices; the examination papers handed out to students; the photograph that shows how massage ought to be practiced; the promotional pamphlet; or today's patient assessment.

The second methodological principal Foucault called the Rule of Continual Variation. This rule emphasises the importance of resisting the tendency to analyse power and knowledge as static entities.[13] Foucault's assertion was that power/knowledge and the subjectivities that ensued can never be seen as static.[22] This suggestion plays a vital role in shifting our thinking away from power and knowledge as something people have or don't have, to a consideration for the matrices of knowledge/power that define certain subjectivities. In my own work I explored the matrices of power effects governing physiotherapy conduct not as a monolith but as a practice, or more accurately, as an 'event'.

The focus for the third rule – the Rule of Double Conditioning, is upon the relationship between local material practices and the more 'global' questions to which they connect. Foucauldian approaches commonly emphasise 'ascending' analyses of power rather than the downward flow of power from above.[13] Thus, analyses often begin with local material practices, but seek to connect these practices with broader governmental concerns. In my case, the focus has been upon three historical moments wherein the local practices of the clinician were seen in the context of three political rationales: the birth of physiotherapy at the height of classical liberalism; the pursuit of orthodoxy during periods of welfare reform; and the emergence of new practices as a response to neo-liberalism.

Finally, the Rule of Tactical Polyvalence of discourse encourages the researcher to consider the possibility that discourses may occupy a number of different positions for practitioners that extend beyond the simple binaries of enabling and constraining, dominating and dominated.[19,34] Instead, Foucault argues that 'a multiplicity of discursive elements [can] come into play in various strategies'.[22] Here, I explored how certain discourses were in a competing or contradictory relationship with other discourses, resulting in a range of subjectivities being made available to physiotherapy practitioners. The *range* of subjectivities made available then becomes the focus for further analytic inquiry as it reveals something of the matrix of power effects operating to govern the emergent discourses (returning us again to the archive).

### Principles of reversibility, discontinuity and specificity

Having offered an overview of some of the genealogical rules that Foucault articulated as part of his methodological priorities, I now turn to three important methodological principals for analysing the relationship between matrices of power, ensembles of knowledge, and the creation of discursive formations. These are the principals of reversibility, discontinuity and specificity.

Foucault's principal of reversibility encourages us to change the way we view the relationship between discourses and power. Foucault argued that we should look for the 'numberless beginnings' of a particular event,[8] rather than consider that our present originated from one primary source. Here, power is not the result of this process, but rather the force that defines how discourses operate; 'our present is not theorised as the result of a meaningful development, but rather as an episode, a result of struggle and relations of force and domination' Foucault in *The Foucault Effect*. [45] In this way, 'physiotherapy' discourses may be seen as 'events' rather than a creative force from which we derive meaning. Critical histories of this sort, therefore, *reverse* the relationship between power and discourse seen in other theoretical approaches. In my own work, for example, I explored the material conditions of power associated with physiotherapists' pursuit of orthodox status. Orthodoxy becomes the goal, and I have attempted to expose the political conditions of possibility that give orthodoxy meaning for physiotherapists. This act of reversal exposes the machinery of power to scrutiny, and reveals, for example, what is concealed in historical accounts of physiotherapy practice.

Foucault's principal of discontinuity asserts that discourses should not be seen as trans-historical, unified or

homogeneous.[13] Instead the work of the discourse analyst should be directed towards an awareness of the mobile, fragmentary and historically contingent nature of discourse. This approach troubles the idea that discourses possess any particular linearity or causality. It also encourages us to focus on discourses *in series* rather than in a linear, progressive form. The principal of discontinuity encourages us to take a broad, 'horizontal' view of text generation and analysis, rather than applying a more hermeneutic approach to the excavation of a deep, but relatively narrow field of enquiry. Hook argues that these hermeneutic forms of analysis risk reinforcing 'exactly those forms of power that were initially being critiqued in the first place'. [13] Foucauldian discourse analysts seek to 'map discourse, to trace its outline and its relations of force across a variety of discursive forms and objects'. [13] Or as Tamboukou describes it;

Instead of going deep, looking for origins and hidden meanings, the analyst is working on the surface, constructing 'a polygon or rather a polyhedron' [45] of various minor processes that surround the emergence of the event'. [8]

For me, this principal features in the breadth of data sampled to obtain a broad appreciation for the actions taken by masseuses and physiotherapists in establishing their subjectivities. The emphasis was upon mapping power effects and discursive constructions rather than upon physiotherapists as the author or sole arbiters of truth.

The third principal is the principal of specificity, which reinforces the importance of not placing too much emphasis upon the linguistic and representational power of language when conducting discourse analysis. [19] Derek Hook argues that Foucault's work gains a 'unique epistemological strength' [6] when one considers the importance placed upon *the discursive effects* of the material, and *the material effects* of the discursive. [46] In undertaking a Foucauldian discourse analysis, we should place a great deal more emphasis upon the physical and material circumstances of discourse rather than a purely linguistic interpretation. Hook goes as far as to say here that these *extra*-discursive elements should be the main driving force for our discourse analysis, and in this way, we are less likely to slip into a narrow, linguistic analysis of our subject. [13]

Collectively, these methodological imperatives, principles and rules represent some of the key injunctions governing Foucauldian approaches towards archaeological and genealogical analysis. I will now bring these together to review four principles that heavily influenced my own approach to Foucauldian discourse analysis.

## Four methodological propositions

Foucault's methodological intentions are contained within a wide variety of texts, and are interwoven with the particular theoretical questions he was addressing at the time. Isolating these so that they may be drawn out and applied to other contexts can be a challenging enterprise. That being said, there has been a large body of work conducted in recent years to supplement Foucault's original intentions, some of which has shed useful light on to the ways other researchers have used Foucault's ideas in their own work. I close this paper now by offering a succinct summary of the principles that I have found to be instructive in conducting my own approaches to text generation and analysis.

### *First proposition: utilise a plurality of texts*

'Genealogy...requires patience and a knowledge of detail, and it depends on a vast accumulation of source material'. [47]

In undertaking historical enquiry, Foucault argued that one should look to 'map' the terrain upon which knowledge was formulated; explore its contours, and locate its many ruptures, fissures, formations and transformations. [44] Foucault used geological metaphors to emphasise the importance of focusing, in the first instance, upon the 'surface effects' that brought about new knowledge. [19] Extending this metaphor, Foucault spoke of archaeological inquiry as a way of excavating beneath the surface of these emergent discourses. [19] In practical terms, this means using of a wide range of texts, spread over a broad horizon, made up of different textual materials, from a diversity of sources. It may be necessary, for instance, to draw on texts from different countries, ranging over many events, epistemes or historical moments, whilst including a wide range of texts (documents, interviews, observations and reflections, for example) to expose discourses to sufficient scrutiny.

### *Second proposition: focus upon local, material practices*

Rather than seeking the effects of discourses, knowledge and power in grand theories or ideologies, Foucault argued that one should locate and explore texts in the locations where oppression, forms of discipline, regulations and constraints, binaries of separation, claims of originality, and self-evident truths were present. [9] As well as employing a plurality of texts, therefore, it may be necessary to focus on the immanence and immediacy of events in the conduct of the practices one is scrutinising. The locations where particular knowledges are produced and the locations where power relations are enacted should also be a primary concern. The

researcher should seek out places where material practices are inscribed, documented or stated, and focus on practices that seem obvious, or taken-for-granted, as much as those that loudly proclaim their presence.

*Third proposition: attend to the ruptures, fissures and tensions on the surface of discourses*

Foucault argued that rather than looking for continuities, which only reinforce our progressive image of history, we should explore the surface of emergence of new discursive forms by problematising tensions, emersions, fissures and ruptures in what might otherwise appear to be continuous discourses. Thus we should not look for a smooth, unruffled surface in excavating ensembles of knowledge and matrices of power, but rather we should look to explore how the practices we are interrogating reveal the contingency of local discursivities.

*Fourth proposition: drive the discourse analysis with extra-discursive elements*

Foucault's objections to linguistic, interpretative and historiographic analyses have been articulated repeatedly in recent years.[6,13,48,49] Derek Hook, in his analysis of Foucault's methodological approach, reinforced the importance of driving the generation and analysis of texts through their extra-discursive elements to avoid the mistake of placing too much emphasis upon textual relativism.[6] According to Hook, Foucault is partly to blame for this tendency to misinterpret his own methodological intentions,[50] since Foucault sought to collapse the boundaries between textual/material divisions, and between the discursive and extra-discursive; to complicate and problematise this artificial separation.[6] This has, however, led to some authors seeing every action, operation, technique or strategy only in linguistic terms. Hook re-draws this distinction and encourages us to 'substantiate critical textual assertions on the basis of materially-focused analyses, and vice versa'. [6]

**Closing remarks**

My intention in setting out to write this paper was to represent a process that was developed during the course of a doctoral thesis. I am acutely aware that, in defining some of these injunctions, I risk of being overly deterministic or oversimplifying the subtle nuances inherent in Foucault's approach to scholarship and critical inquiry. However, if a balance can be struck between the methodological pluralism that Foucault's philosophical frameworks demand, and the needs of researchers to be able to determine when they, and others, have been true to Foucault's methodological and theoretical

intentions, then I would argue that there is something to be gained in being clearer about the way in which one might 'do' Foucauldian discourse analysis. I have attempted to do this in this essay by setting out the approach I took to my analysis of the discursive construction of physiotherapy practice. It represents only one of very many possible approaches that might be taken to Foucauldian discourse analysis.

**References**

- 1.Potter J, Wetherell M. Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour. London: Sage; 1987.
- 2.Alvesson M, Karreman D. Varieties of discourse: On the study of organizations through discourse analysis. Human Relations 2000; 53(9):1125-49.
- 3.Petersen A, Bunton R. Foucault, Health and Medicine. London: Routledge; 1997.
- 4.Sawicki J. Disciplining Foucault: Feminism, power, and the body. New York: Routledge; 1991.
- 5.Yakhlef A. Towards a discursive approach to organisational knowledge formation. Scandinavian Journal of Management 2002; 18(3):319-39.
- 6.Hook D. Discourse, Knowledge, Materiality, History - Foucault and Discourse Analysis. Theory and Psychology 2001; 11(4):521-47.
- 7.Arribas-Ayllon M, Walkerdine V. Foucauldian discourse analysis. In: Willig C, Stainton-Rogers C, editors. The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology. London: Sage; 2008. p. 92-108.
- 8.Tamboukou M. Writing Genealogies: an exploration of Foucault's strategies for doing research. Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education 1999; 20(2):201-16.
- 9.Foucault M. Questions of Method: I&C; 1981.
- 10.Gutting G, editor. The Cambridge Companion to Foucault. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- 11.Newton J. Historicisms new and old: `Charles Dickens' meets marxism, feminism, and west coast Foucault. Feminist Studies: Feminist Studies, Inc.; 1990. p. 449.
- 12.Ballinger C, Cheek J. Discourse Analysis in Action: The Construction of Risk in a Community Day Hospital. In: Finlay L, Ballinger C, editors. Qualitative Research for Allied Health Professionals: Challenging Choices. Chichester: Wiley; 2006. p. 200-17.
- 13.Hook D. The 'Disorders of Discourse'. Theoria 2001; June:41-70.

14. Willig C. *Applied Discourse Analysis*. Buckingham: Open University Press; 1999.
15. Powers P. *The Methodology of Discourse Analysis*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2001.
16. Parker I. *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Individual and Social Psychology*. London: Routledge; 1992.
17. Nicholls DA, Cheek J. Physiotherapy and the shadow of prostitution: The Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. *Social Science & Medicine* 2006; 62(9):2336-48.
18. Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Pantheon; 1965.
19. Foucault M. *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock; 1972.
20. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock Publications; 1973.
21. Foucault M. Governmentality. *Ideology and Consciousness* 1979; 6:5-21.
22. Foucault M. *The History of Sexuality, Volume One: An Introduction*. London: Allen Lane; 1979.
23. Foucault M. *Society must be defended*. New York: Picador; 1997.
24. Armstrong D. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1983.
25. Armstrong D. Bodies of knowledge/knowledge of bodies. In: Jones C, Porter R, editors. *Reassessing Foucault: Power, medicine and the body*. London: Routledge; 1994. p. 17-27.
26. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness* 1995; 17(3):393-404.
27. Armstrong D. *A New History of Identity*. London: Palgrave Macmillan; 2002.
28. Rose N. Governing "advanced" liberal democracies. In: Barry A, Osborne T, Rose N, editors. *Foucault and political reason: Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. Chicago: University of Chicago Press; 1996. p. 37-64.
29. Rose N. *Inventing our selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
30. Rose N. *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
31. Nettleton S. *Power, Pain and Dentistry*. Buckingham: Open University Press; 1992.
32. Nettleton S. Inventing mouths: Disciplinary power and dentistry. In: Jones C, Porter R, editors. *Reassessing Foucault: Power, medicine and the body*. London: Routledge; 1994. p. 73-90.
33. Nettleton S. Protecting a vulnerable margin: towards an analysis of how the mouth came to be separated from the body. In: Davey B, Gray A, Seale C, editors. *Health and Disease: A Reader*. Philadelphia: Open University Press; 2001. p. 37-43.
34. Foucault M. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Allen Lane; 1977.
35. Foucault M. The order of discourse. In: Young R, editor. *Untying the Text: A Post-Structural Reader*. London: Routledge and Kegan Paul; 1981.
36. Mills S. *Discourse*. London: Routledge; 1997.
37. Davidson AI. Archaeology, Genealogy and Ethics. In: Couzens Hoy D, editor. *Foucault: A Critical Reader*. Oxford: Basil Blackwell; 1986.
38. Megill A. *Prophets of extremity: Nietzsche, Heidegger, Foucault, Derrida*. Berkeley, CA: University of California Press; 1985.
39. Foucault M. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. London: Harvester Press; 1980.
40. Foucault M. On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress. In: Rabinow P, editor. *The Foucault Reader*. London: Penguin; 1984. p. 340-72.
41. Halperin DM. *Saint Foucault: Towards a Gay Hagiography*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
42. Foucault M. The order of discourse. In: Shapiro M, editor. *Language and Politics*. Oxford: Basil Blackwell; 1984. p. 108-38.
43. Deleuze G. *Foucault*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1992.
44. Jessop B. From micro-physics to governmentality: Foucault's work on statehood, state formation, statecraft and state power. *Political Geography* 2006; 26(1):34-40.
45. Burchell G, Gordon C, Miller P. *The Foucault Effect*. London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
46. Foucault M. *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*. London: Tavistock; 1970.
47. Foucault M. Nietzsche, Genealogy, History. In: Bouchard DF, editor. *Language, Counter-Memory, Practice*. Ithaca: Cor-



nell University Press; 1977.

48.Flynn T. Foucault's mapping of history. In: Gutting G, editor. The Cambridge Companion to Foucault. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. p. 28-46.

49.Eldin, S. Mapping the present: Heidegger, Foucault and the project of a spatial history. London: Continuum; 2001.

50.Hook D. Analogues of Power: Reading Psychotherapy through the Sovereignty–Discipline–Government Complex Theory and Psychology 2003; 13(5):605-28.

#### *Acknowledgements*

*I would like to thank the reviewers who gave thoughtful comments on the first draft of this paper*

#### *Contact Information for Author:*

*David A. Nicholls, PhD, MA, GradDipPhys, NZSP  
Senior Lecturer  
Auckland University of Technology  
School of Physiotherapy  
Akoranga Campus, A-11  
90 Akoranga Drive, Northcote  
Private Bag 92006, Auckland 1020  
New Zealand  
Email: david.nicholls@aut.ac.nz*

# 5

## Résumé

Cet article est le fruit de la rencontre d'un père de famille, d'un travailleur de milieu et de chercheurs issus des sciences sociales et des soins infirmiers. Des voix, se concertant avec le désir de contribuer à l'amélioration de l'accueil de la souffrance masculine dans les milieux de la santé. Cet article postule que l'histoire de ce père en quête de soutien pour surmonter des difficultés associées au contexte de monoparentalité en milieu de pauvreté rejoint l'itinéraire suivi par plusieurs hommes à la recherche de soutien dans le système de soins de santé. L'approche proposée par les chercheurs s'inscrit dans cet axe des sciences sociales et infirmières qui favorise et valorise, dans le processus de soins, l'émergence de la parole des acteurs sociaux. Ce texte fait état des effets salvateurs des récits de vie dans un parcours de santé dans la mesure où ils offrent à des personnes souffrantes une occasion d'attester leur existence face à un système de soins de santé préoccupé par l'énoncé de données probantes et qui fait la sourde oreille aux données vivantes.

**Mots clés** adaptation des services, dépression, hommes, récit de vie, services de proximité, situation de crise

## Récit d'un homme en détresse : trajectoire labyrinthique d'un homme en quête d'aide

**BERNARD ROY,  
MARTIN CHARLAND &  
GILLES TREMBLAY**

### Introduction

À partir du récit d'un homme, père monoparental de trois enfants vivant en situation de pauvreté, nous désirons, dans le présent article, appuyer quelques-unes des recommandations du Rapport Rondeau publié en 2004.[1] Cet article est polyphonique. Il est le fruit de la rencontre de la parole émanant d'un père de famille, d'un travailleur de milieu et de chercheurs issus des sciences sociales et des soins infirmiers. Des voix, se concertant avec pour désir de contribuer à l'amélioration de l'accueil de la souffrance masculine dans les milieux de la santé. C'est dans le contexte d'une

enquête de terrain visant, entre autres, à soutenir les efforts d'intervenants d'un centre local de services communautaires (CLSC) soucieux de mieux atteindre une clientèle considérée comme difficilement joignable que le récit de Keven fut entendu. L'histoire de cet homme c'est d'abord celle d'un père de famille en détresse. L'histoire d'un homme en quête de ressources et de soutien pour l'aider à surmonter ses difficultés et sa souffrance associées au contexte de monoparentalité en milieu de pauvreté qui est le sien.

Nous postulons, dans cet article, que l'histoire de Keven rejoint transversalement et en plusieurs lieux l'itinéraire suivi par plusieurs hommes. Des hommes à la recherche de soutien et d'aide auprès des institutions du système de soins de santé et de services sociaux. Nous avons aujourd'hui accès à cette parole d'un homme en raison du fait que ce dernier a été, in extremis, sauvé d'un projet d'infanticide et de suicide parvenu à son imminence. Un « sauvetage » résultant de la proximité d'un travailleur de milieu ayant su offrir une oreille attentive, capable d'écouter, d'accueillir la souffrance de cet homme. D'un travailleur de milieu suf-

fisamment alerte et réseauté pour inscrire ce père en détresse dans un « système » qui, depuis la perspective de Keven, se montrait totalement inaccessible.

Plus tard, dans le cadre d'un processus d'enquête, Keven partagera son histoire avec le travailleur de milieu et un chercheur. De cette nouvelle rencontre se tisseront des liens entre cet homme et des intervenants communautaires, un organisme communautaire de soutien aux hommes et des chercheurs. C'est de cette rencontre qu'émane aujourd'hui cet article. Keven et son histoire sont désormais inscrits dans une dynamique visant à soutenir des intervenants oeuvrant au cœur d'organisation du système de santé dans leur accueil d'hommes se présentant auprès d'eux pour obtenir de l'aide. Le présent article s'inscrit dans cette volonté de trouver des débouchés d'applications aux enseignements tirés de cette portion du parcours de vie de Keven.

### Mise en contexte

À l'automne 2004, des gestionnaires d'un Centre local de services communautaires (CLSC) de la région de Québec réalisèrent un troublant diagnostic. Considérant la mission de leur établissement commandant l'offre de services de santé et de services sociaux de premières lignes à la population du territoire, ces gestionnaires, supportés par des intervenants du milieu, firent le constat suivant : de larges pans de secteurs particuliers de la population du territoire du CLSC faisaient peu ou pas du tout appel aux services offerts par les professionnels de l'établissement. Ce constat était d'autant plus troublant que la population identifiée était l'une des plus vulnérables du territoire couvert par ce CLSC. En fait, la population d'un important HLM (habitations à loyer modique) du territoire était particulièrement visée par cette prise de conscience issue d'un processus évaluatif. Ce constat était également la résultante d'appels à l'aide émanant d'intervenants oeuvrant directement dans ce milieu de vie qualifié de difficile.

Cette prise de conscience avait également permis de mettre en lumière le fait que, malgré de nombreux et répétés efforts, bien peu de professionnels de la santé et des services sociaux ne parvenaient à joindre les résidents de certains milieux. Devant ce constat, des acteurs du CLSC décidèrent de faire appel à une équipe de chercheurs associés à un centre de recherche universitaire. L'objectif visé par cette rencontre, entre chercheurs et intervenants du CLSC et du milieu, fut de mettre à contribution des universitaires préoccupés par les inégalités de santé à l'intérieur d'un processus de création de pratiques innovatrices au cœur de ce milieu marginalisé.

Si du côté du CLSC on visait à élaborer rapidement un pro-

gramme d'intervention spécifique à ce milieu, les chercheurs issus de l'anthropologie proposèrent d'entreprendre, dans un premier temps, une démarche d'écoute du milieu. Construit à partir de catégories et variables statistiques répondant aux exigences du regard clientéliste des milieux de la santé et des services sociaux, le portrait fait de ce milieu était exempt des perceptions et de la parole des gens vivant au cœur de ce milieu de vie. Lors de cette première rencontre, un certain consensus s'est construit entre intervenants et chercheurs. Le processus de décision enclenché initialement par le CLSC et l'Office municipal d'habitation (OMH) commandait maintenant et pour un temps un « lâcher-prise ». Tous se montrèrent favorables à l'enclenchement d'un travail d'ouverture aux perceptions et explications portées par des résidents de l'immeuble.

Les chercheurs, inscrits dans une perspective critique et appliquée de l'approche anthropologique, proposèrent une forme de mobilisation des acteurs sociaux directement concernés afin de mettre en place des conditions qui favoriseraient l'aboutissement d'un projet d'intervention qui ne serait pas, en bout de parcours, violemment rejeté par les résidents du milieu visé. Il apparaît essentiel ici de mentionner que la posture proposée par ces chercheurs associés au monde de l'anthropologie n'est pas le propre de ce champ disciplinaire. Ce qu'il y a de formidable dans les sciences sociales, est qu'elles sont suffisamment diverses et variées pour permettre, à la fois, de faire taire et de faire parler.[1] L'approche proposée par les chercheurs initiaux s'inscrivait, on s'en doute, dans cet axe des sciences sociales qui favorise l'émergence de la parole des acteurs sociaux.

La démarche initiale proposée s'inspirait des travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante[2] postulant que l'anthropologie peut apporter un complément à une démarche strictement épidémiologique. L'épidémiologie étant davantage une approche objectiviste désirant généralement faire l'économie du sujet, cette boîte noire inessentielle, dont seuls les discours, les signes exprimés concrètement, les gestes et les oeuvres réalisées sont objets d'intérêts. L'approche proposée plaçait le sujet au cœur de son regard et de ses préoccupations, les faits et données devenant alors inséparables, dans leurs conditions de production, des sujets humains vivants, des acteurs qui les produisent.[3]

Nous avons décidé de faire preuve d'une « raison sensible ». Une raison offrant les conditions favorisant l'expression de la parole puisque postulant qu'il est difficile de bâtir un discours scientifique et pratique sans être près, très près du sujet.[4] Un sujet, acteur social s'exprimant dans l'action et l'auteur de ses actes.[3] L'acteur social était ainsi positionné au cœur

de la quête de connaissance, comme expert et non seulement comme un client réceptacle de services. Nous avons opté pour une posture de chercheur de plein air et renoncé à celle du chercheur confiné qui est particulièrement allergique aux parasites, à l'intrusion des non-experts.[1]

Dans la démarche proposée, la participation constituait le maître mot. Mais pour qu'il y ait participation, certaines conditions se devaient d'être réunies. L'une d'elles consistait à établir un lieu et des conditions favorisant cette parole participative. S'il est facile de nous mettre en bouche le concept de participation, il semble plus difficile de mettre en place ses conditions d'opérationnalisation. Pour Ninacs,[5] spécialiste québécois d'une approche communautaire basée sur l'empowerment, la participation comporte deux volets: l'un psychologique (droit de parole et de participation aux décisions) et l'autre pratique (capacité à contribuer et à assumer les conséquences de sa participation). Ninacs estime donc impossible d'obtenir de la participation sans la mise en place d'un espace, d'un lieu, où celle-ci puisse s'exercer. Ici, il nous fallait créer un espace de parole. Une parole pouvant s'exprimer librement, sans crainte de jugement et assurée d'une reconnaissance.

C'est à partir de cette posture que nous avons entrepris une série d'entrevues avec le travailleur de milieu auprès de résidents de ce HLM de la ville de Québec. C'est par l'implication directe et intense de ce travailleur de milieu que les portes de ce milieu se sont « déverrouillées » et que nous sommes parvenus à entrer, rapidement, en relation avec des acteurs clés au cœur de ce lieu qualifié de difficile, voire même de dangereux.

### La rencontre de Keven

Ce processus d'entrevues aura significativement contribué à faire émerger un tout autre portrait de ce milieu de vie. À l'instar de Christopher McAll,[6] au travers des récits de vie, nous avons découvert des gens sensibles, porteurs de rêves et de projets ne correspondant nullement au portrait que nous nous étions fait d'eux à partir de l'écoute du profil basé sur les déficits que nous avaient présenté les intervenants du CLSC et de l'OMH.

C'est dans ce contexte que nous avons fait, pour la première fois, la rencontre de Keven. Ce dernier nous a fait pénétrer dans un univers insoupçonné. Le récit de Keven nous entraîne dans l'expérience d'un homme vivant en situation de monoparentalité avec trois enfants à sa charge. Mais ce qui retiendra notre attention sera le fait que Keven nous racontera une histoire révélant les appels répétés qu'il a faits aux services du CLSC et de l'inéquité de la réponse qu'il

aura reçue. En ce sens, l'histoire de Keven permet d'imager le parcours parfois sinueux de la demande d'aide des hommes[7,8,9] et les difficultés des services à bien décoder la détresse des hommes plus traditionnels.[10-13]

Le parcours de Keven, comme nous le verrons dans les pages suivantes, l'amènera à frapper à la porte du CLSC de son territoire. Mais, ces portes demeureront difficiles d'accès. En fait, aux yeux de Keven, son parcours au cœur du système de santé semble s'inscrire dans un labyrinthe duquel on sort totalement perdu.[14] Cette rencontre avec Keven nous a obligés à remettre profondément en cause le postulat même à l'origine de notre insertion dans ce milieu de vie. Était-il vrai que les résidents de ce HLM ne faisaient pas appel aux services du CLSC ? Plus encore, ce récit émanait d'un homme qui, de par sa seule appartenance de genre, était, d'entrée de jeu, inscrit dans une catégorie de gens faisant peu ou pas du tout appel aux services de soins de santé.

Le récit de Keven nous entraîna dans son parcours de demande d'aide infructueux qui débouchera dans une spirale infernale d'où émergera un projet d'infanticide et de suicide. Ce sont des conditions particulières qui contribueront à désamorcer le plan de Keven et qui lui permettront de trouver sur son parcours l'aide qu'il convoquait depuis des mois. Des conditions particulières que nous pouvons d'ores et déjà associer à la « proximité ».

### Le récit de Keven

Keven, un homme dans la quarantaine, est père monoparental de trois enfants. C'est au tournant de la vingtaine qu'il fonde un foyer avec la femme qui allait devenir la mère de ses enfants. Voulant prémunir ces derniers de la délinquance et des mauvaises influences du quartier qui l'a vu grandir et en accord avec les valeurs qu'il a reçues, selon lesquelles un homme doit subvenir aux besoins de sa famille et la protéger, il déménage en périphérie de la ville ; là où il croit que ses enfants seront à l'abri. Pour ce faire, il doit travailler le plus clair de son temps. Malgré tout, il dit que cette période fut la plus belle de sa vie, car ses rôles d'époux et de père étaient en adéquation avec le modèle traditionnel de la masculinité auquel il adhère à ce moment. Le père-époux subvient aux besoins de sa famille pendant que la mère -épouse éduque les enfants à la maison.

C'était le paradis : nous vivions ce qu'on appelle une vie normale : le père travaille et la mère s'occupe des enfants à la maison.

Leur foyer devenu trop petit pour accueillir le troisième enfant à naître, Keven doit revenir dans le quartier même dont il protégeait ses enfants pour y trouver un logement à

sa bourse. Les craintes qu'il redoutait se confirmèrent : exposés à des modèles qui leur étaient étrangers jusqu'alors, ses enfants s'approprièrent le langage vulgaire et grossier appris dans le quartier et côtoyèrent des problématiques tout autant étrangères : prostitution, délinquance et pauvreté. Sa relation de couple battit aussi de l'aile. Keven nous raconte que, socialisé à user de détours pour manifester ses émotions par les gestes et l'action, il verbalise difficilement l'amour qu'il a pour son épouse.

Keven, comme bien des hommes, n'avait pas perçu le fossé qui se dressait peu à peu avec sa conjointe. Ainsi, lorsqu'elle décide de le quitter, c'est la surprise la plus totale. Rappelons d'ailleurs que 60% à 77% des séparations sont initiées par les femmes.[15,16] Son univers s'écroule et il sombre dans un état dépressif. En proie à des problèmes financiers et à la souffrance psychologique, il doit agir. Il est alors confronté à un difficile choix représentant pour lui la confirmation d'un échec social : faire ou non une demande pour l'obtention d'un logement en Habitation à loyer modique (HLM).

Avant que j'arrive ici, j'avais une certaine position sociale et avec le divorce, je me suis retrouvé dans le trou et j'ai abouti dans un HLM. J'avais déjà cette perception et mon parcours me l'a confirmée.

L'arrivée au HLM lui est pénible. Cette transition est vécue comme un choc. Les relations sociales du milieu où il arrive lui apparaissent marquées par la méfiance et la suspicion. Il sent que dans ce milieu la règle d'or consiste à ne pas se raconter et à vivre chacun pour soi. Il sait dès lors que dans un tel milieu se raconter s'est s'exposer au qu'en-dira-t-on.

C'est un choc quand on arrive ici : personne ne te reçoit, tu ne connais pas les règles du milieu, c'est insalubre, il y a une grande concentration de famille, des enfants sont laissés sans surveillance même à des heures tardives. Je me suis dit : « Ah mon Dieu ! Dans quoi j'arrive ? ». En plus, je me suis fait apostropher par quelqu'un qui me dit de me méfier de tout le monde.

L'arrivée au HLM représentait pour lui la fin d'une vie, la déchéance, l'échec social. Pour Keven, il importe de saisir l'occasion de repartir du bon pied. Au départ, il espérait arriver dans un milieu où il serait inconnu de tous pour y vivre incognito et refaire sa vie. Mais ce n'est pas ce qui lui arriva. Trois personnes qu'il connaissait résidaient dans le même milieu, elles consommaient alcool et drogues. Dépressif, Keven était soumis à une médication. Fragilisé, on le convainquit qu'il valait mieux prendre quelque chose de « plus naturel » pour se soigner.

Je ne consommait ni drogue ni alcool, mais avec la dépression et les problèmes que j'avais, je prenais beaucoup de pilules. Ce n'était pas mieux. Alors, j'ai

commencé à fumer des « joints » et à boire un peu de boisson.

Cette tendance à « s'auto-médiquer » par la consommation d'alcool ou de drogues semble fréquente chez les hommes déprimés. De telle sorte que la comorbidité dépression et abus de substances est très fréquente.[17-19] En fait, il semble y avoir une forte relation entre la dépression et le sentiment de vivre un écart entre leur représentation de ce que devrait être un homme et ce qu'ils sont réellement.[20] Le modèle d'homme auquel référait Keven auparavant s'était écroulé.

Malgré tout, Keven tient le cap. Plutôt que de bénéficier d'une aide sociale à laquelle il a pourtant droit et qui lui permettrait d'assurer le bien-être de sa famille, il préfère travailler pour subvenir aux besoins de ses trois enfants. À cette époque, il y a plus d'un an que la mère des enfants ne s'en occupe plus d'aucune façon. Voulant se protéger d'éventuelles menaces juridiques, Keven entreprit des procédures pour avoir la garde légale de ses trois enfants. Le jugement lui fut favorable. La mère ne s'est pas opposée à la garde et n'a rien demandé témoignant ainsi de son désengagement parental. Corollairement, Keven est seul à la barre, malgré la lourdeur que représente cette situation nouvelle pour un homme habitué à une division traditionnelle des rôles.

J'ai toujours eu mes enfants avec moi. Jamais je n'ai eu de répit. J'étais continuellement avec mes enfants, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Malgré toutes les difficultés qu'il a traversées depuis la rupture conjugale, Keven demeure inébranlable dans sa volonté d'assumer ses responsabilités parentales. En l'absence de la mère pour contribuer d'une quelconque manière à l'éducation des enfants, Keven est confronté au double-standard (bien souvent assumé par les femmes) qui se traduit, au quotidien, par une double journée de travail. Dans la première, il doit assurer seul la subsistance de sa famille en transitant par l'économie marchande où il puise un salaire. Dans la deuxième, il tente d'effectuer l'ensemble des tâches liées à l'éducation des enfants et à l'entretien domestique. Après des heures de travail épuisantes, c'est dans ce qui lui reste d'énergie qu'il trouve l'élan nécessaire pour répondre aux exigences de sa deuxième journée. Keven s'épuise, mais les codes de la masculinité qu'il a fait sien imposent qu'il se débrouille par lui-même. C'est en cherchant une solution pour s'en sortir par ses propres moyens qu'il trouve dans les matériaux sociaux de son milieu de vie l'élément qui lui permettra de conjuguer ses deux journées de travail. Il est reconnu d'ailleurs que 87% des hommes en détresse consomment de l'alcool comparativement à 12% des femmes

dans la même situation.[7] C'est dans la cocaïne que Keven trouvera sa source d'énergie pour pallier à sa deuxième journée de travail.

Je devais me lever à 5h00 du matin pendant que les enfants dormaient pour me rendre au travail. Je revenais ensuite à la maison pour réveiller mes enfants à 6h30 et leur préparer à déjeuner. Les plus vieux se rendaient seuls à l'école. Moi j'avais tout juste le temps d'aller porter le benjamin à la garderie qui ouvrait à 7h00 avant de me rendre au travail pour 7h30. À la fin de ma première journée de travail, peu importe où j'étais dans la ville, je devais revenir à toute vitesse pour chercher le benjamin au plus tard à 17h30 parce qu'après cette heure les garderies chargent des frais supplémentaires. J'arrivais à la maison le soir pour y faire les tâches domestiques : le ménage, la lessive, le souper, les leçons, etc. Je me levais à 5h00 du matin et je travaillais jusqu'à 17h00. J'arrivais fatigué d'une journée de douze heures de travail et une autre journée commençait à la maison. Avec ce rythme de vie je n'avais plus d'énergie. C'est dans la drogue dure que je l'ai trouvée. Au début je consommais de la cocaïne pour me tenir éveillé pendant ma deuxième journée. Avec ça, le ménage, la lessive, les devoirs et les leçons se faisaient.

Il serait légitime que Keven demande de l'aide. Probablement parce qu'il a appris qu'un homme doit être fort devant les difficultés il demeurera inébranlable dans sa volonté d'assumer seul ses responsabilités. La perception d'un problème est quelque chose de hautement subjectif puisque « les comportements d'une personne sont influencés par la perception qu'elle a d'elle-même et de son environnement, ainsi que des apprentissages et de la socialisation ».[21] Une personne peut donc être dans une situation potentiellement difficile mais ne pas la percevoir assez grave pour demander de l'aide. Plus encore, les exigences de la masculinité sont telles que, non seulement la détection des symptômes tardent, mais longtemps l'homme traditionnel tente de nier le problème ou au mieux de le solutionner par lui-même.[7,8,22] Tout comme les normes et valeurs culturelles, l'ethnicité et la classe sociale, le genre est l'un des éléments qui influence l'étiquetage d'une situation comme problématique. La socialisation masculine implique la compétence, le succès et la réalisation de soi, la confiance en soi, l'agressivité, l'audace, la témérité, la quête de pouvoir, de contrôle, d'autonomie et d'indépendance. Ces attributs entrent en contradiction avec les situations problématiques qui impliquent la reconnaissance d'une vulnérabilité. La demande d'aide peut alors être interprétée comme un signe de faiblesse, voire de faillite, qui peut provoquer des sentiments d'impuissance et de perte de contrôle puisqu'un appel à l'aide revient à avouer une impuissance, un échec.[7,23]

## Le labyrinthe de la demande d'aide

L'exigence de la routine quotidienne que s'impose Keven pour maintenir un niveau de vie se rapprochant de ce qu'il avait auparavant l'épuise. Il reconnaît être dans une situation difficile et commence à admettre qu'il a besoin d'aide, qu'il ne peut pas s'en sortir par ses propres moyens. Il commence une démarche de demande d'aide :

J'ai commencé à chercher de l'aide ; une aide familiale qui aurait pu m'aider avec les tâches domestiques pour que je puisse récupérer un peu. J'ai consulté le bottin téléphonique mais je n'y ai rien trouvé. Partout où j'appelais, on me disait qu'il n'y avait rien pour les hommes. J'ai même appelé un organisme d'aide aux hommes, le seul dans la région. Je leur ai parlé de mon problème. Ils étaient en train de développer un programme pour les hommes dans ma situation, mais je devais attendre qu'il démarre.

Keven est rapidement confronté à l'une des réalités masculines au Québec : la quasi-absence de ressources adaptées aux besoins des hommes. En effet, le rapport Rondeau[11,24] met en lumière qu'il existe peu de ressources au Québec qui sont spécifiquement orientées vers les hommes. Un inventaire des ressources et des services en matière de prévention et d'aide aux hommes réalisé en 2003 révèle que « sur les deux mille huit cents (2 800) ressources présentes au Québec, 76 au total s'adressent exclusivement à une clientèle masculine, ont une approche spécifique de genre et ne sont pas assimilables aux ressources courantes du réseau des services sociaux ».[24] De plus, ces ressources sont confrontées à un sous-financement chronique de sorte qu'elles éprouvent toutes des difficultés financières qui se traduisent dans la pratique par un manque récurrent de ressources humaines spécialisées.

Keven cherche donc de l'aide sans en trouver. Dans ce contexte, il se sent de plus en plus isolé. Tout se passe comme s'il sentait que, parce qu'il est un homme, il est inconcevable qu'il souffre et qu'il ait besoin d'aide et pourtant sa détresse s'amplifie.

Finirais-je par trouver quelqu'un à quelque part qui pourrait m'aider ? Tous les appels que j'ai faits me référaient au CLSC. Désespéré, je m'y suis rendu. Après l'accueil, on nous dirige dans la salle d'attente avant de pouvoir rencontrer quelqu'un. Déjà après quinze minutes d'attente, je ne tenais plus sur ma chaise. Je commençais à tourner en rond dans la salle d'attente comme un chien dans sa cage en disant à la préposée de l'accueil de se dépêcher parce que j'avais réellement besoin d'aide. Durant tout le temps que j'y étais, il ne s'est rien passé. Personne n'est venu me voir pour évaluer mon cas ou simplement pour me calmer. Au moins, cela m'aurait fait voir qu'il y avait quelqu'un à quelque part qui pouvait enfin m'aider.

Je n'en pouvais plus d'attendre, alors je suis parti.

Depuis une perspective clinique nous pourrions reprocher à Keven d'être parti avant d'avoir rencontré un ou une professionnelle. Mais cela contribuerait à faire porter sur ses épaules ce qui apparaît comme le poids d'un problème social. Rappelons-nous qu'en période de crise, l'anxiété est forte et l'attente peut devenir insupportable. Par ailleurs, les codes de la masculinité interdisent la vulnérabilité et la faiblesse, [22,25] celles-ci devant être cachées. Le recours à autrui pour résoudre un problème peut être considéré comme un comportement « anormal », un signe de faillite, d'où une exigence particulière des hommes plus traditionnels en matière d'anonymat et de confidentialité. Cette dernière ne se limite pas qu'au contenu des échanges, elle s'étend au secret de la demande d'aide elle-même, laquelle est considérée comme une affaire personnelle et privée. Or, la réponse à la demande d'aide s'accompagne le plus souvent par une période d'attente dans une salle prévue à cette fin. Les individus y sont en contexte de co-présence, chacun sait que l'autre y est pour une raison spécifique liée à un quelconque problème. Dans ce contexte, l'attente dans ces salles peut représenter une entrave à la confidentialité de la demande d'aide et se traduire par une augmentation d'un sentiment d'angoisse lié au manquement aux codes de la masculinité. Le simple fait d'être dans la salle d'attente est un indicateur, ou un signe, que l'individu y est pour consulter un spécialiste. Le comportement de Keven dans la salle d'attente appuie ce qui précède. L'urgence de sa situation n'expliquerait pas à elle seule le sentiment d'isolement qu'il avait, le dévoilement public de sa vulnérabilité ajouterait également au caractère insoutenable de l'attente. Son départ n'a pas réglé la situation pour autant. Bien au contraire. La tension monte de plus en plus. Keven fait une autre tentative de demande d'aide au CLSC.

J'étais en train de m'engouffrer dans mes problèmes. Je devais savoir si j'étais normal. Je devais avoir de l'aide. Je devais rencontrer un psychologue, c'était urgent. Mais de psychologue, jamais je n'en ai vu. Au CLSC, il faut se présenter à l'accueil et expliquer son problème. J'ai expliqué à la préposée de l'accueil que je devais voir un psychologue parce que je n'allais vraiment pas bien psychologiquement et que j'étais en train de perdre le contrôle. Elle m'a répondu que je ne pouvais pas rencontrer un psychologue directement; je devais d'abord rencontrer un médecin qui lui me référerait au besoin.

Dans ce récit, lorsque Keven demande à voir un psychologue, c'est moins une personne appartenant à cet ordre professionnel qu'à une autorité compétente qui validerait sa souffrance qu'il demande à voir, une personne qui pourrait lui confirmer

que quiconque dans sa situation aurait besoin d'aide et de soutien et, surtout, qu'il n'est pas incompetent. En entendant le titre psychologue, l'intervenante à l'accueil enclenche les procédures: selon le protocole un « patient » doit être référé par un médecin pour rencontrer un psychologue. Tout se passe comme si nous étions devant un problème de dialogue entre deux interfaces qui ne peuvent se comprendre. Les hommes traditionnels consultent moins et lorsqu'ils consultent, ils arrivent souvent en crise et recherchent un expert qui saura les comprendre sans jugement. [7] Raconter sa souffrance à quelqu'un représente déjà un acte de courage, on comprendra alors qu'il pouvait être impensable pour Keven de devoir répéter ses lourds secrets à chacune des étapes du processus de triage et de référence propres à l'organisation technocratique du réseau de la santé et des services sociaux. Plus encore, à chaque fois, plane le sentiment de peur d'être dénoncé comme « mauvais parent » à la protection de la jeunesse et de perdre la garde des enfants.

Ce mode « masculin » de demande d'aide ne correspond pas aux normes culturelles habituelles d'expression de la souffrance qui est influencée, en partie, par l'histoire de la relation d'aide et de soin. Les rôles de soignants et d'aidants ont été historiquement dévolus aux femmes par la division sexuelle du travail et cela influence la culture des services et des organisations d'aide. En effet, plusieurs études tendent à démontrer que les comportements en adéquation avec les normes et les valeurs de ces services sont basés sur des critères principalement attribués au genre féminin. [7,8,11,26] Ceci modèlerait l'environnement social à l'intérieur duquel s'inscrit la trajectoire de demande d'aide en influençant tant les comportements que les modes d'interaction. Ce qui, en retour, « détermine les catégories de personnes qui offrent ou qui reçoivent de l'aide » (p. 63). [8] Les dispensateurs de services de santé et de services sociaux ont l'habitude d'intervenir auprès des femmes et sont moins à l'aise d'intervenir auprès des hommes, notamment en situation de crise. [8] À la source d'une dynamique particulière, cette situation rend le système de prestation de soins et de services sociaux le plus souvent sourd à la détresse et à la souffrance des hommes. [8] L'attitude et les comportements de la clientèle masculine ne cadrent pas avec les représentations sociales et culturelles du patient, client ou malade. On s'attend à ce qu'ils soient soumis, passifs et dépendants sauf que dans une situation de détresse, les hommes n'ont pas nécessairement tendance à se comporter de la sorte. La combinaison de cet ensemble de facteurs a plusieurs implications sur la trajectoire de demande d'aide des hommes. Elle se traduit par une absence de lieux sociaux et culturels pour

dire et exprimer la souffrance masculine et elle résulte en une difficulté à décoder les manifestations de la souffrance et de la détresse masculine puisque ces dernières ne cadrent pas avec les normes culturelles dominantes de leur expression. Finalement, elle résulte en des mécanismes qui contribuent implicitement à limiter l'accès de la clientèle masculine au réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant qu'un homme en quête de services sociaux sente que les ressources ne s'adressent pas à lui, comme en témoigne Keven :

C'est une situation que j'ai trouvé extrêmement difficile. Tous les téléphones que j'ai faits me réfèrent au CLSC et j'ai l'impression que si on n'est pas une femme on y attend longtemps. Je n'arrive pas à me l'expliquer, mais on dirait que l'aide se centre davantage sur les femmes monoparentales que sur les hommes monoparentaux. J'ai même consulté le babillard des ressources à l'accueil du CLSC. Toutes les brochures qui y figuraient présentaient des organismes qui viennent en aide aux femmes. Aucune ne présentait un organisme pouvant venir en aide aux hommes dans ma situation. On dirait que toute l'aide se centre sur les femmes et que pour les hommes il n'y a rien. Sauf pour des problèmes de violence ou d'alcoolisme, où il y a des organismes pour les hommes. Mais pour un homme qui n'a pas ces problèmes, il n'y a absolument aucune aide.

Ceci ouvre à d'autres aspects de la réalité masculine, notamment les représentations sociales des hommes et de leur accès au réseau de la santé et des services sociaux. Il est largement admis que les représentations véhiculées à l'égard d'un groupe social influencent le regard porté sur les individus qui le compose de même que sur l'interprétation de leurs comportements. Les exigences de la masculinité ne concernent pas uniquement les hommes, elles influencent également les attentes sociales liées à ce groupe. Même si la catégorie sociale des hommes peut souffrir autant que n'importe quelle autre catégorie sociale, l'expression d'un sentiment semble empêchée par un ensemble de préjugés véhiculés à leur égard. « Dans la société, bon nombre croient que les hommes ont tout, qu'ils forment le groupe le plus favorisé et qu'ils sont en position dominante, en position de pouvoir. Or, qui dit pouvoir sous-entend souvent *de gérer sa vie* » (p. 110).[8] Reprenant à leur compte les exigences de la masculinité hégémonique selon lesquelles les hommes n'ont pas besoin d'aide, puissants qu'ils sont à surmonter les difficultés par leurs propres moyens, les tenants de cette position soutiennent que les ressources de la société devraient être réservées aux personnes plus vulnérables. Une telle position contribue à reproduire un système de représentations qui assigne à un sexe une identité vulnérable, comme en témoigne l'écart entre le soutien offert aux femmes et aux hommes,[11]

et à l'autre une identité porteuse de pathologies, comme le suggère le réseau de ressources répondant à une clientèle spécifiquement masculine. Ce dernier s'adresse majoritairement à des hommes qui ont des comportements considérés pathologiques: violence, toxicomanie, alcoolisme, jeu. Cette construction de l'identité masculine, de même que la réponse aux difficultés rencontrées par les hommes réduites aux comportements pathologiques, génèrent un espace où sont évacués les hommes qui ne correspondent pas à ces critères et contribue à voiler la souffrance masculine et le tabou qui l'accompagne. Cette difficulté de relation avec les services laisse Keven seul dans une détresse qui s'amplifie. La spirale des idées de plus en plus noires se dresse devant lui.

J'ai compris qu'il n'y avait pas d'aide pour moi et que je devais me débrouiller seul. C'est à partir de ce moment que j'ai commencé l'engrenage de la drogue. Si seulement j'avais eu de l'aide à la maison, des répit pour me reposer un peu, jamais je n'aurais connu la déchéance que j'ai vécue et je travaillerais encore aujourd'hui. À la longue, rendu à ma deuxième journée de travail j'étais tellement épuisé que même la cocaïne ne me tenait plus éveillé. Il ne fallait pas que je dorme parce que je devais m'occuper de mes enfants et de la maison ; les enfants étaient encore trop jeunes pour s'occuper d'eux-mêmes ou pour faire les tâches domestiques. Il me fallait des drogues plus fortes, donc plus dures. Avec le crack, je ne dormais pas, mais je ne mangeais plus non plus. Je n'ai jamais abandonné mes enfants ; je faisais avec eux le trajet de la maison à l'école matin et soir. Mais je n'étais plus vraiment présent pour eux parce que la seule chose qu'on a envie de faire avec le crack, c'est de fumer du crack. La drogue pouvait me coûter de trois à quatre cent dollars par jour. Je ne payais plus ni le loyer ni les factures. Je n'achetais que le strict minimum de nourriture pour que mes enfants puissent manger. Tout mon argent allait dans la drogue, elle me coûtait près de deux milles dollars par semaine. J'étais dans une déchéance si totale que je commençais à penser au suicide et à emporter mes enfants avec moi dans la mort... C'était vraiment trop pour moi, j'étais sur le point de passer aux actes : je me serais vraiment suicidé après avoir tué mes enfants.

La double-absence d'un espace d'aide adaptée aux réalités masculines et de la reconnaissance de la souffrance masculine influe sur les demandes d'aide des hommes. La demande d'aide implique le dévoilement de soi et l'exposition de ses difficultés. Or, le dévoilement de soi appelle à un sentiment de confiance et de sécurité créé par le double mouvement d'ouverture et de proximité. Il engage une ouverture assez grande et manifeste pour favoriser un rapprochement, une mise à niveau avec l'autre dans l'interaction pour qu'une relation puisse se développer et que la personne puisse dévoiler et révéler une part de son intimité.[27] De même



que la confiance se construit dans et par la relation et qu'elle ne s'active que dans le lien social, de même que c'est l'expérience de cette relation qui en qualifiera le degré, allant de la défiance à la foi. Les mécanismes d'évacuation maintenant à distance les hommes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la fermeture sociale apparente à l'idée qu'un homme puisse souffrir contribue à placer ces derniers en situation de méfiance envers l'organisation des services de santé et des services sociaux.

L'expérience de Keven quant à l'organisation des services de santé et des services sociaux l'amène à penser qu'il n'y a pas d'aide pour les hommes et que ces derniers sont considérés comme des êtres porteurs de pathologies et potentiellement dangereux. La spirale dans laquelle Keven est engagé n'est certes pas sans lien avec les effets dévastateurs de la non-réponse à ses multiples mais infructueuses demandes d'aide. De son point de vue, les ressources du système lui sont inaccessibles puisqu'elles sont, pour ainsi dire, inexistantes. Il lui faudrait, de plus, se dévoiler à des inconnus dans un contexte d'inégalité puisqu'ils ont le pouvoir de lui retirer ses enfants. Se rompt réflexivement le rapport de confiance qui unit Keven et le système.

### Un dénouement dans la proximité

La trajectoire de Keven qui semblait le diriger tout droit vers un tragique et désastreux passage à l'acte sera profondément modifiée par sa rencontre avec un travailleur de milieu. En fait, il connaissait l'existence de cette personne depuis son arrivée au HLM puisque ce travailleur y oeuvrait depuis plusieurs années déjà. La présence de ce travailleur de milieu jumelée avec l'émergence d'un projet novateur avec le CLSC du territoire contribueront significativement au désamorçage de cette profonde crise que traversait cet homme monoparental. Il faut également souligner que l'intérêt du CLSC pour ce HLM particulier était intimement lié aux appels à l'aide qu'avait logés le travailleur de milieu ainsi qu'un intervenant qui oeuvrait, à l'époque, pour l'OMH. Travaillant directement dans le milieu de vie des résidants, ce travailleur de milieu avait logé des appels à l'aide pour que des institutions puissent le supporter dans son travail. Le CLSC du territoire qui cherchait à pénétrer ce milieu de vie répondit à l'appel. À partir de ce réseautage, des liens se sont tissés entre ce CLSC et les résidants du HLM grâce à l'appui de ce travailleur de milieu.

Dans les HLM où j'habite, il y a un travailleur de milieu. Il sort dans la cours, il parle de tout et de rien, il est là et il aide les gens. Je lui parlais toujours un peu. Il voyait que je dépérissais de jour en jour, mais il ne me posait pas trop de questions. Un matin, je suis sorti dans la cours et il y était. Je lui parlai de

mes problèmes et que je pensais sérieusement au suicide. Il me répondit qu'il pouvait m'ouvrir une porte au CLSC, mais que ce serait la seule et unique occasion. C'était ma chance et je l'ai prise. Le lendemain, j'avais un rendez-vous au CLSC. Ça a pris une journée, une seule journée. C'est formidable qu'il y ait des personnes comme ce travailleur de milieu qui soient capables d'ouvrir des portes aussi rapidement. S'il n'y avait pas de personne semblable, il y aurait beaucoup de personnes qui auraient de graves problèmes. Peu importe les besoins, il peut ouvrir les portes. Au CLSC c'est tout le contraire. Pour parler à quelqu'un il faut entrer dans le système et pour cela il faut attendre. C'est le problème que je constate parce que lorsqu'une personne a vraiment besoin d'aide, ça se voit. Et quand une personne est en détresse, l'aide doit venir rapidement parce que les conséquences peuvent être funestes.

La pratique du travail de milieu implique une présence continue sur le terrain. Cette présence ne se réduit pas à l'aire d'un local où s'offre des services à une population dans l'attente de la clientèle. Au contraire, elle implique d'investir le milieu pour en comprendre les manières de penser, de sentir et de faire. Elle engage un lien d'ouverture au milieu et d'écoute à ces manières d'être où le jugement, au sens sentencieux du terme, est évacué. De cette présence et de cette ouverture sans cesse renouvelées s'amorce, dans un double mouvement, un travail de proximité à l'autre dans la quotidienneté, qui s'inscrit dans la durée. En résulte un espace de confiance à l'intérieur duquel le travailleur de milieu est directement accessible. Aux confins des champs sociaux institués, le travailleur de milieu se situe à la marge des modes d'intervention traditionnels et peut dresser des ponts entre des sujets « en ruptures » et des structures sociales.[28] Figure de proximité et de confiance, le travailleur de milieu a joué le rôle de passeur entre Keven et les services du CLSC qui lui étaient jusqu'alors inaccessibles. De ce passage, l'aide du CLSC est parvenue à désamorcer la crise et le funeste plan de Keven. Maintenant, c'est un homme transformé qui parle :

Finally, l'aide est arrivée dès que j'ai rencontré le travailleur social du CLSC. En moins de deux jours, mes enfants étaient placés et je m'apprêtais à aller dans un centre de thérapie fermée de trois mois pour prendre soin de moi. J'y ai suivi la thérapie complète et je suis abstinent depuis six mois : ni alcool ni drogue, rien. J'ai des rencontres de Narcotiques Anonymes trois fois par semaine ; j'ai besoin d'être avec des gens sobres. J'ai changé tout mon entourage, je m'entoure que de gens qui ne consomment pas. J'ai beaucoup de soutien de ma famille et du travailleur de milieu aussi. Avec les enfants, les choses vont beaucoup mieux depuis qu'il y a deux travailleurs sociaux qui s'occupent d'eux et qui me conseillent, me donnent des trucs.

Une fois le lien créé, les hommes peuvent s'engager in-

tensivement dans le processus d'aide et de traitement. Les changements sont alors rapides et significatifs comme en témoigne l'histoire de Keven. La reconnaissance des forces de Keven, et en particulier de l'attention et l'amour voué à ses enfants, a permis de créer un lien thérapeutique aidant et de générer l'espoir que la situation puisse changer. Plus encore, pour Keven, cela a aussi permis de s'ouvrir sur des dimensions sociales. Ayant appris de cette pénible histoire, il espère aider d'autres hommes à s'en sortir et aider le « réseau » à améliorer ses services et plus particulièrement sa capacité à détecter adéquatement la détresse des hommes. La trajectoire labyrinthique suivie par Keven nous invite à reprendre les propos de Jacques Attali cités par Mario Paquet dans son ouvrage *Parcours de soins à domicile*.<sup>[4]</sup> « Traverser, ne serait-ce qu'une fois, un labyrinthe transforme la conscience pour toujours. Après s'être perdu, on a découvert toutes les portes de soi-même, on s'est exploré. « Voyageur traqué », on n'a pas trouvé la vérité, mais un chemin vers une question plus difficile. Dès lors qu'il a « rencontré la réalité de l'expérience », « l'homme labyrinthique ne cherche jamais la vérité, mais toujours seulement son Ariane ». Il ne débouche en fait que sur un chemin menant à un autre labyrinthe ». Mieux outillé, sans doute saura-t-il traverser les labyrinthes futurs de manière plus harmonieuse. Plus encore, il contribue, par son histoire, à aider d'autres personnes à trouver leur fil d'Ariane.

## Conclusion

Le parcours que Keven a accepté de partager avec nous est, de notre point de vue, riche d'enseignements. Il est riche en enseignements, mais aussi, nous en faisons le pari, la trajectoire de cet homme rejoint celles empruntées par d'autres hommes du territoire et d'ailleurs au Québec. L'écoute du récit de Keven nous a obligés à remettre en question la justesse de l'énoncé de départ du projet initié par le CLSC. Était-il vrai que les résidents du HLM visé par ce projet spécifique ne faisaient pas du tout appel aux services du CLSC ? Si, à partir du seul récit de cet homme, nous ne pouvions complètement réfuter la justesse de ce premier questionnement, nous pouvions tout de même le nuancer. Par ailleurs, le récit de Keven nous oblige à moduler notre compréhension des parcours empruntés par des hommes souffrants pour obtenir de l'aide et nous inscrit dans sa trajectoire d'homme monoparental une autre réalité qui, de notre point de vue, est et demeure méconnue.

Depuis la posture qui est la nôtre nous estimons que le parcours de Keven rejoint transversalement des réalités vécues par d'autres hommes de la société et qu'il permet d'éclairer les problèmes de l'interface offerte par le CLSC pour en-

tendre, recevoir et accueillir des demandes d'aide utilisant des langages, des modes de communication faisant parfois outrage aux règles culturelles dominantes au sein de ces institutions.

Le parcours de Keven appuie également une proposition que bien d'autres ont faite avant nous : l'importance de développer et de maintenir des approches de proximité et novatrices auprès de clientèles pouvant être qualifiées de vulnérables. Il ne s'agit pas d'une simple proximité géographique. Il s'agit d'une proximité permettant, entre autres choses, l'établissement d'un rapport d'égalité et de reconnaissance de l'expertise de l'acteur social. Et justement, le récit de Keven nous force à reconnaître la créativité de l'acteur social et son désir de trouver des alternatives et des solutions pour affronter les difficultés qu'il rencontre dans sa vie, même si les solutions trouvées et adoptées ne rejoignent pas celles que proposeraient des intervenants professionnels. Ce récit invite aussi à poursuivre la remise en question des modes d'intervention basés sur les « problèmes », les « incompétence », voire même la « dangerosité » et plutôt s'appuyer sur les forces, particulièrement dans le travail avec les clientèles plus vulnérables. Certains auteurs<sup>[29,30-32]</sup> ont souligné les effets salvateurs et thérapeutiques des récits de vie dans la mesure où ils offrent à des acteurs sociaux, vivant en situation de relative exclusion qui les prive de l'accès à un lieu de parole et de pouvoir, une occasion d'attester leur existence propre face à la société, en d'autres termes, à exister dans le regard de l'autre.

## Références

1. Callon M. Lascoumes P. Barthe Y. *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil; 2001.
2. Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 1990.
3. Réhaume J. Au cœur de la sociologie clinique : sujet charnel, lien social et acteurs sociaux. in : Mercier L. Réhaume J. (dir.). *Récits de vie et sociologie clinique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2007. p. 61-117.
4. Paquet M. *Vivre une expérience de soins à domicile*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2003.
5. Ninacs WA. *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique et communautaire au Québec*. Québec : Université Laval : Thèse de doctorat, Faculté des sciences sociales, École de service social; 2002.

6. McAll C. *Se libérer du regard : agir sur la pauvreté au centre-ville de Montréal*. Montréal : Saint-Martin; 2001.
7. Dulac G. *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille. École de service social : Université McGill; 1997.
8. Dulac G. *Aider les hommes... aussi*. Montréal: VLB; 2001.
9. Turcotte D, Dulac G, Lindsay J, Rondeau G, Dufour, S. La demande d'aide des hommes en difficulté : trois profils de trajectoire. *Intervention* 2002; 116:37-51.
10. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men : Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies* 2000; 9(1):81-142.
11. Rondeau G. (dir.) *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 2004.
12. Tremblay G, L'Heureux P. L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention* 2002; 116:13-25.
13. Tremblay G, L'Heureux P. Psychosocial Intervention with men. *International Journal of Men's Health* 2005; 4(1):55-72.
14. Attali J. *Chemins de sagesse : traité du labyrinthe*. Paris : Fayard; 1996.
15. Tremblay S. *Condition des pères et place des hommes dans la famille*. Document de travail. Québec: MFE; 2002.
16. Kiecolt-Glaser JK, Newton T.L. Marriage and health : his and hers. *Psychological Bulletin* 2001; 127(4):472-503.
17. Cochran S, Robinovitz F.E. *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*. Washington: APA; 1999.
18. Houle J. *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat. Montréal : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; 2005.
19. Lynch JL, Kilmartin C. *The Pain Behind the Mask: Overcoming Masculine Depression*. New York: Haworth Press; 1999.
20. Tremblay G, Morin M.-A, Desbiens V, Bouchard P. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Rapport de recherche. Québec : CRI-VIFF; 2007.
21. Saint-Arnaud Y. *Créer son propre modèle : devenir autonome*. Montréal : Le Jour; 1983.
22. Brooks GR. *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1998.
23. Turcotte D, Dulac G, Lindsay J, Rondeau G, Turcotte P. Attentes et appréhensions des hommes face à l'aide psychosociale. in : Rondeau, G, Hernandez, S. (dir.) *Entre les services et les hommes : un pont à bâtir. Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement tenu à St-Hyacinthe le 25 octobre 2002*. Montréal et Québec: CRI-VIFF, 2003. p. 15-19.
24. Dulac G. *Inventaire des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill (en annexe au Rapport Rondeau); 2003.
25. Pollack WS. *Real boys-Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House; 1998.
26. Perreault R, Dufresne A, Laurendeau M.C. L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur. *Sociologie et sociétés* 1985; XVII(1):83-91.
27. Charland M. *La confiance au cœur de l'exil : récits de réfugiés colombiens*. Québec : Université Laval, Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie; 2006.
28. Fontaine A, Duval M. *Le travail de rue... dans un entre-deux*. Montréal : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal; 2003.
29. Rhéaume J. *Citoyenneté dans l'action communautaire. Une étude de cas : Multicaf, Cahiers METISS* 2006; 1(1):9-23.
30. Roy B, Fecteau K. *Paroles et pouvoirs de femmes des Premières Nations*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2005.
31. Roy B, Veillette A. M. *Exploration du concept d'évaluation citoyenne dans une perspective d'application dans le système de services de santé et de services sociaux*. Québec : Le Conseil de la santé et du bien-être; 2005.
32. Brun P. *Le récit de vie dans les sciences sociales*, article extrait du dossier no 188 « L'écriture de la vie », novembre 2003, in *Quart Monde*. Disponible sur <http://www.revue-quartmonde.org/spip.php?article62>. Consulté le 5 janvier 2009.

*Pour contacter l'auteur:*

*Bernard Roy, Inf., PhD*

*Professeur adjoint*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Pavillon Ferdinand-Vandry*

*1050, avenue de la Médecine*

*Québec, Québec, G1V 0A6*

*Canada*

*Courriel: [bernard.roy@fsi.ulaval.ca](mailto:bernard.roy@fsi.ulaval.ca)*

*Martin Charland M.A.*

*Professionnel de recherche*

*Université Laval*

*École de service social et département d'anthropologie*

*Gilles Tremblay, Ph.D*

*Professeur agrégé*

*Université Laval*

*École de service social*

# 6

## Résumé

L'utilisation des mesures de contrôle (isolement et contention) est une pratique très controversée en psychiatrie, tant sur les plans thérapeutique que légal. Le projet de recherche dont il est question dans cet article vise à mettre au jour l'expérience subjective des infirmières et des patients, dans un objectif d'amélioration des pratiques cliniques. La valorisation du discours des patients, à travers une posture épistémologique interprétative, se heurte aux exigences peu adaptées de comités d'éthique de la recherche habitués aux caractéristiques de la recherche positiviste. Pourtant, c'est par la mise au jour des expériences des usagers que des progrès, tant au niveau clinique que juridique, ont pu être faits dans le passé. Aujourd'hui, la recherche doit servir à redonner une place aux patients, non seulement au sein de l'hôpital, mais également au sein de la société.

**Mots clés** contrôle, épistémologie interprétative, éthique de la recherche, patients, recherche qualitative

## Mesures de contrôle en psychiatrie: impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative

**EMMANUELLE BERNHEIM &  
CAROLINE LARUE**

### Introduction

La recherche en santé mentale est largement imprégnée du paradigme scientifique dominant en médecine, et elle se développe principalement autour de recherches positivistes utilisant des devis expérimentaux et des méthodes quantitatives de cueillette de données, mieux adaptée au questionnement médical. En 2006, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) rapportaient avoir investi plus de 450 millions de dollars en recherche biomédicale en 2005-2006, contre moins de 100 millions pour la recherche clinique, un peu plus de 50 millions pour la recherche sur

la santé des populations et moins de 50 millions pour les services de santé.

Pourtant les dimensions épidémiologiques et les études randomisées ne sont que des perspectives qui, lorsqu'elles sont utilisées seules, «limite le champ de vision» en dissociant la maladie du malade et en produisant «un objet et un savoir spécifique», réifié. Ainsi, il existerait une maladie en dehors de la parole du sujet.[1,2] En ce sens, les orientations de la recherche participent à la constitution d'une idéologie de la santé mentale, le discours idéologique étant entendu comme «un discours de l'oubli de la société et de l'histoire [...] [.] un discours de tous et de personne, un discours sans auteur. [III] est une façon de définir la vie sociale, d'en tracer les limites, d'en interpréter les problèmes et d'en indiquer les solutions» (p. 524).[3]

La maladie mentale n'est pas une interprétation naturaliste d'un phénomène qui se donnerait à voir, invariablement, à toute occasion, dans toute société. Ce n'est pas qu'un diagnostic du fait qu'il s'agit d'une réalité individuelle, et qu'une

partie importante de sa signification est subjective et se trouve enfouie dans la réalité des malades. La maladie mentale est aussi un fait éminemment social, dont la réalité dépasse considérablement les questions de traitement ou de médicament, puisqu'elle est interprétée tantôt comme un état, tantôt comme un statut, tantôt comme une étiquette. En ce sens, la recherche qualitative, par ses bases philosophiques, rejoint ces théorisations du fait social, puisqu'elle est traditionnellement reliée à des problématiques portant sur l'impact du contexte social et la complexité des situations. De la même façon, le postulat de la recherche qualitative concerne l'importance du discours des personnes impliquées, ce discours constituant une expertise. Il nous semble évident que la méthode qualitative – justement par son intérêt pour le discours ou les questions d'un sujet dont l'intégrité psychique est au cœur de la recherche – est idéale pour mettre au jour l'expérience d'une population négligée, pour dépeindre un portrait plus complet des personnes et des situations concernées. En donnant la parole aux patients, le chercheur choisit certainement d'éclairer la face cachée de la maladie mentale. Mais il fait plus que découvrir ce qui est resté dans l'ombre : il pose un geste remarquablement connoté, puisqu'il affirme en quelque sorte sa croyance en l'utilité d'un discours considéré comme irrationnel, réputé sans valeur à la fois du point de vue médical et scientifique.[4,5]

Plusieurs se sont intéressés à la stigmatisation que vivent les personnes souffrant de maladie mentale. En effet, le diagnostic psychiatrique lui-même, induit souvent une marginalisation tant juridique que sociale. Bien que nous ne développions pas sur ce sujet, il est évident que c'est dans ce contexte particulier que s'inscrit notre projet de recherche portant sur des patients en santé mentale. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous intéressons plus particulièrement à l'application des mesures de contrôle (isolement et contentions) en psychiatrie. L'utilisation de ces mesures, comme nous le verrons, est extrêmement controversée, tant du point de vue clinique que juridique. L'étude dont il sera question dans cet article vise à mieux décrire et comprendre les pratiques infirmières en la matière. Nous pensons qu'un projet portant sur les pratiques de soin ne peut être complètement possible et achevé qu'avec le concours des patients concernés. Ce n'est pas tant l'explication de l'épisode anecdotique qui est essentiel à la réussite d'un projet comme celui-là, mais plutôt la compréhension de l'expérience intime et sensible des sujets. Dans ce cadre, seule une position épistémologique interprétative nous permettra d'atteindre nos objectifs.

Nous présenterons en première partie le contexte médico-juridique entourant l'utilisation des mesures de contrôle, ainsi que la visée du projet de recherche. Nous aborderons ensuite l'intérêt central du point de vue des patients dans notre démarche, tant d'une perspective strictement clinique que juridique; il est à noter que pour ce faire, nous appuierons notre argumentation sur des recherches déjà complétées. En dernière partie, nous exposerons les difficultés éthiques liées à un tel projet, puisque ces difficultés sont partie intégrante du déroulement d'une recherche qualitative avec une population psychiatrique.

### **Les mesures de contrôle en psychiatrie: contexte médico-juridique et visée du projet de recherche**

Bien que l'utilisation de l'isolement et des contentions soit plus ancienne que la pratique asilaire, il semblerait que ce soit au cœur même de la discipline psychiatrique que le débat sur son intérêt a éclaté. En effet, la pertinence thérapeutique de l'utilisation de l'isolement et des contentions en psychiatrie est discutée par les milieux médicaux anglo-saxons depuis les années 1830; certaines de ces controverses aboutirent même à des politiques d'abolition des contentions mécaniques mises en place par les magistrats anglais dans une perspective plus large de modernisation et de réformisme. Mais ces initiatives restèrent marginales, et les mesures de contrôle furent largement employées jusqu'à aujourd'hui pour gérer les comportements agressifs, voire dérangeants. Le débat sur l'utilité de ces mesures n'existe en Amérique du Nord que depuis une trentaine d'années.[6]

D'un point de vue clinique, l'utilisation des mesures de contrôle se justifie le plus souvent, en situation de crise, par un argument sécuritaire. En effet, la mise en isolement avec ou sans contentions vise dans ces cas directement la protection des patients présents sur l'unité, du personnel, du patient concerné ou encore la dégradation du matériel. Mais elles peuvent également être utilisées lorsqu'un traitement pharmacologique est contre-indiqué ou pour procurer au patient une baisse de stimuli. Certains prétendent que l'efficacité thérapeutique des mesures de contrôle est supérieure lorsqu'elles font partie d'un plan de soin connu et consenti par le patient, dans lequel son comportement peut directement entraîner l'application des mesures; mais cette interprétation ne fait pas consensus. De la même façon, si les mesures de contrôle sont souvent présentées par les cliniciens comme une intervention de dernier recours, permises lorsque des interventions moins invasives ont échoué, d'autres considèrent au contraire que leur utilisation doit être

précoce, du moins dans la prise en charge des patients agressifs ou ayant tendance à l'automutilation.

Mais la valeur thérapeutique inhérente aux mesures de contrôle est très discutée. Non seulement elle n'aurait jamais été scientifiquement prouvée, mais les impacts négatifs, notamment sur la santé mentale et sur la relation thérapeutique, seraient tellement importants qu'ils annuleraient tout impact positif éventuel. Les études, en effet, souvent contradictoires, ne semblent pas démontrer d'effets bénéfiques incontestables. Au contraire, des risques identifiés sont liés à l'usage de l'isolement et des contentions. On parle de sentiment de peur, d'injustice et de confusion, qui peuvent se mêler à des souvenirs d'enfermement et d'abus physiques. Certains avancent même que l'expérience de mesures de contrôle peut entraîner une attitude négative envers l'institution psychiatrique, voire l'apparition d'un syndrome post-traumatique. En ce qui concerne plus particulièrement les contentions, on dénonce les blessures et les décès liés à leur utilisation.[7]

Les disparités d'utilisation des mesures de contrôle partout sur la planète ne semblent pas être appuyées de fondements scientifiques, mais témoigneraient plutôt d'une culture de soin différente, puisque les contentions sont plus utilisées au Canada qu'au Royaume-Uni, par exemple, sans preuve d'une plus grande sécurité, ni pour les patients, ni pour le personnel. C'est dans ce contexte que certains encouragent la mise en place de mesures de rechange qui seraient tout aussi efficaces sans entraîner les désagréments liés aux mesures de contrôle. Quelques pays adoptent d'ailleurs des politiques visant expressément l'élimination de l'utilisation de ces mesures.

Il semblerait que, si la philosophie thérapeutique est à l'origine de la controverse, on identifie également l'influence de facteurs structureaux – comme l'aménagement des unités et la surcharge de travail – ou encore la nature de la formation médicale ou infirmière comme étant à l'origine de l'utilisation des mesures de contrôle. Mais le questionnement sur l'efficacité thérapeutique de l'isolement et des contentions est aussi venu de l'extérieur, induit par la mise à jour des graves problèmes de sécurité des patients dont nous avons déjà parlé, mais également par un mouvement important de reconnaissance des droits des patients psychiatriques.

La reconnaissance de droits fondamentaux universels par le droit international, semble avoir contribué à la promotion des droits négatifs des personnes souffrants de maladie mentale, et notamment par rapport à la liberté et à la dignité. [8] Les droits négatifs se définissent comme des droits qui n'emportent pas d'obligation pour le gouvernement de lé-

gifier, mais qui plutôt visent à restreindre son action dans un champ donné. Dans les années soixante-dix, plus particulièrement, un mouvement de revendication important, porté par des juristes et des professionnels, a permis la reconnaissance d'un discours officiel axé sur la reconnaissance des droits, mais a évacué simultanément les enjeux liés à l'éthique. Il est à noter que les patients furent largement exclus des débats. McCubbin et Cohen rapportent d'ailleurs, qu'aux États-Unis, les rares patients à participer à la controverse le firent par l'intermédiaire des tribunaux et non par la voie politique.[9]

En ce qui concerne plus particulièrement les mesures de contrôle, il faudra attendre 1991 pour que l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations-Unies adopte les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale.[10] Le principe 11 prévoit expressément que l'isolement et les contentions ne peuvent être utilisés que «si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui». La durée de la mesure doit correspondre au temps strictement nécessaire à la prévention du dommage et «[t]outes les mesures [...], [ainsi que] les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient».

Au Québec, pourtant, le législateur n'interviendra qu'en 1998. L'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux énonce depuis que les mesures de contrôle ne doivent servir qu'à empêcher un patient de «s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions», que l'utilisation qui en est faite doit être «minimale et exceptionnelle» et que toute l'information concernant la mesure doit être colligée au dossier.[11] La procédure à suivre pour procéder à une mise en isolement avec ou sans contention doit être prévue par un protocole mis en place dans chaque établissement et une évaluation annuelle est également prévue.

Dans la foulée de ces changements législatifs, le Collège des Médecins du Québec mettra également à jour ses recommandations sur l'utilisation des mesures de contrôle, ce qu'il avait fait pour la dernière fois en 1989. Après avoir exposé la polémique au sujet de l'utilisation de ces mesures, les recommandations sont à l'effet que le médecin doit prendre une décision basée sur un jugement médical faisant appel à ses compétences et à sa prudence. Le médecin doit en outre s'assurer que «des mesures alternatives ont été envisagées» (p. 2).[12]

En 1999, au Canada, on évaluait la prévalence d'utilisation de l'isolement entre 1,9 % et 66 %.[13] L'énorme différence de

prévalence dépend, selon certains, de la philosophie de soin des différentes institutions. Aujourd'hui, malgré l'obligation légale de recueillir l'information, aucune donnée officielle n'est disponible au Québec, ce qui rend ardue la recherche dans le domaine. De plus, certains s'inquiètent de voir apparaître des répercussions négatives à l'obligation de colliger chacun des épisodes d'isolement, comme l'apparition de pratiques cachées, impossibles à superviser. Un des éléments cruciaux reste la difficulté de faire consensus entre les cliniciens sur les pratiques à mettre en place. Ainsi, malgré les Orientations ministérielles qui tendent à définir les grandes lignes de l'utilisation des mesures de contrôle, on note une disparité de pratique entre les établissements, notamment en ce qui concerne le matériel de contention utilisé.[14]

Au Québec, suite à la réglementation sur les mesures de contrôle, chaque établissement concerné a dû mettre en place, avant 2004, un protocole visant à promouvoir les mesures alternatives et à encadrer l'utilisation de l'isolement et des contentions. De plus, en 2006, le ministère de la santé et des services sociaux publiait un programme de formation ouvertement destiné à «instaurer un changement de pratique [...] afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement et, le cas échéant, d'en abrégé la durée».[15] Ce programme aborde des questions telles la communication, le consentement, la surveillance, ainsi que le processus décisionnel.[16] Plusieurs hôpitaux psychiatriques offrirent dans la foulée des formations sur les obligations légales, les mesures de remplacement et les nouveaux protocoles.

Le projet de recherche comporte deux volets. Le premier vise à décrire, puis à catégoriser, les interventions infirmières en matière d'isolement avec ou sans contention dans les unités de soins de deux hôpitaux psychiatriques. Le second porte sur le bien-être des patients et plus particulièrement sur l'impact des mesures de contrôle sur leur état de santé. Afin d'atteindre les objectifs identifiés, des entrevues semi-dirigées ont été menées avec des infirmières d'unités de soins ciblées sur les deux sites, ainsi qu'avec des patients ayant obtenu leur congé depuis au moins deux semaines d'une de ces unités et ayant vécu un épisode d'isolement avec ou sans contention durant leur hospitalisation. Le point de vue des patients sera exploré sous les angles comportementaux, cognitifs et psychologiques.

Une meilleure connaissance des pratiques – tant du point de vue des infirmières que des patients – permettra de faire des recommandations plus éclairées quant aux mesures à prendre pour le mieux-être des patients. Il est en effet essentiel de trouver conciliation entre les besoins liés à la gestion du quotidien d'une équipe de soin et l'expérience sou-

vent fragile des patients. Mais nous ne développerons pas sur ce sujet. En prochaine partie, nous préférons ouvrir la réflexion plus largement sur l'intérêt que représente le discours des patients dans une perspective critique clinique et sociopolitique.

### **L'intérêt central du point de vue des patients: perspectives critiques clinique et juridique**

Nous pensons que les opportunités exploratoires offertes par la recherche qualitative en santé mentale sont nombreuses et enrichissantes tant d'un point de vue clinique que sociopolitique.

On a souvent l'impression que toutes les composantes du système de santé mentale sont connues pourtant, il n'en est rien. [...] Les méthodes de recherche qualitatives sont particulièrement intéressantes pour dresser un portrait de ces milieux ou même de ces modes d'interventions (p. 106).[4]

En ce qui concerne notre projet, une meilleure connaissance des pratiques du point de vue des patients permettrait d'adapter les interventions dans le meilleur intérêt de la clientèle, et notamment du point de vue de ce qui a une retombée positive ou négative sur l'état d'agitation ou de désorganisation du patient au moment de la crise. Il semble évident que la réflexion sur le perfectionnement des pratiques de soin ne peut faire l'économie des croyances et des interprétations des patients quant à leur expérience de traitement. Comme nous n'avons pas encore rencontré de patients, nous développerons notre réflexion autour de thèmes abordés par les auteurs de différentes études sur les mesures de contrôle.

Citons d'abord l'étude de Palazzolo, qui a confirmé le fait que la perception des motifs d'une mise en isolement diffère de manière significative entre le personnel et les patients. À ce sujet, d'autres recherches ont démontré qu'une majorité de patients croient être mis en isolement à cause d'un refus de traitement, alors qu'autant d'infirmières disent au contraire que ce n'est jamais le cas. De la même façon, Palazzolo a identifié les sentiments exprimés par les patients avant une mise en isolement: colère, peur, désespoir et solitude, étant les plus souvent invoqués. Durant la mesure, certains patients rapportent des expériences hallucinatoires et, plus souvent, de l'anxiété. À la sortie de la chambre d'isolement, une proportion importante des patients souhaite quitter l'hôpital. D'autres, par contre, semble en tirer un certain avantage, et l'étude semble confirmer qu'il s'agit de patients présentant un trouble de comportement caractérisé par l'impulsivité. Or il est intéressant de savoir que d'autres études ont démontré que le personnel a, presque unanimement, une perception positive de l'expérience d'isolement des patients. En même



temps, une proportion importante de patients a l'impression que le personnel apprécie le sentiment de pouvoir que lui donne la décision de mise en isolement d'un patient, ce que nient la majorité des infirmières.[17]

Certains points sont pour nous particulièrement intéressants quant à l'amélioration des pratiques cliniques. D'abord, les différences de perception entre le personnel et les patients sur les pratiques de soin à toutes les étapes, et qui donne lieu à des interprétations erronées du traitement en lui-même. McElroy qualifie cette situation de «worlds apart», soulignant le manque de connaissance des soignants au sujet de la colère, de l'humiliation et de la douleur que peut provoquer l'épisode d'isolement chez le patient. Elle identifie ici un manque d'empathie qui nuit certainement à la relation thérapeutique.[18]

Car, ensuite, au-delà de l'utilisation des mesures de contrôle, il faut parler de l'alliance thérapeutique, base de toute intervention. Cette alliance, essentielle à la réussite du traitement entrepris, est actuellement caractérisée par trois critères : l'accord commun entre thérapeute et patient sur les buts du traitement et sur ses modalités de réalisation, le développement d'un lien de confiance mutuel et, enfin, la mise en place de la relation thérapeutique qui nécessite la reconnaissance de l'autonomie du patient et l'engagement réciproque dans le dialogue. Elle a également comme postulat qu'un problème donné a plusieurs solutions et qu'il faut s'adapter à chacun des patients par des approches diversifiées. Or, la perception des patients, non-seulement des raisons de la mise en place des mesures de contrôle, mais également des motivations ou de l'attitude du personnel, nuit au maintien de la relation thérapeutique, puisqu'elle implique une décision unilatérale de la part de l'infirmière et une perte de confiance du patient qui voit bien souvent la mesure de contrôle comme une punition, voire une forme de torture. Cet élément est central, puisque les patients psychiatriques, pour plusieurs raisons, opposent fréquemment des résistances au traitement. La santé des patients pourrait donc se voir compromise par une relation thérapeutique boiteuse.[19]

De plus, une étude de la satisfaction des patients de soins psychiatriques révèle qu'un des éléments essentiels à une bonne qualité de soin est le sentiment des patients d'être compris par le personnel. Plus particulièrement, les patients hospitalisés ont besoin d'un environnement stable et prévisible, au sein duquel ils peuvent se reconstruire. Le milieu hospitalier doit donc, idéalement, être appréhendé par le patient comme une structure de support. Mais, au contraire, l'expérience d'isolement semble perpétuer le senti-

ment d'exclusion sociale des patients, ainsi qu'une mauvaise image de soi :

[S]eclusion becomes a catalyst for negative feelings. It reproduces what the psychiatric hospital does on an ideological basis: the exclusion of a deviant population. It is not much the experience of the seclusion room that impact negatively on the hospitalized clientele but rather the absence of human contact between the nursing personnel and the isolated patient (p. 574).[20]

À la lumière des recherches déjà entreprises sur le sujet, il semble évident qu'une meilleure connaissance de la perception des patients permettrait de sensibiliser le personnel hospitalier aux conséquences néfastes que peut avoir l'application des mesures de contrôle sur la réussite du plan thérapeutique, et donc sur la santé des patients à long terme. Ce faisant, il serait probablement plus facile d'implanter des mesures de rechange et de voir diminuer l'utilisation de ces mesures. Dans les cas où l'isolement avec ou sans contentions s'avère vraiment nécessaire, des procédures minimales invasives, tenant compte des observations des patients, pourraient être mises en place. Nous conclurons, à la suite de McGuire, McCabe et Priebe, qu'un lien constant doit être établi entre la recherche qualitative et la recherche appliquée en soin de santé, dans une perspective d'amélioration des services aux patients.[21]

Ainsi, la réflexion sur les pratiques cliniques ne peut découler uniquement des avancements de la recherche épidémiologique ou expérimentale, et doit également être réflexive, dans la mesure où elle considère le point de vue des protagonistes comme constitutif des pratiques elles-mêmes. Cette réflexivité nécessite – à partir des discours des protagonistes – une position épistémologique interprétative, seule position par laquelle une perspective d'ensemble sur les situations est accessible. Ainsi, nous pourrions replacer l'expérience individuelle dans son contexte subjectif, repérer dans le discours des marqueurs de sens permettant une meilleure compréhension, et transférer nos interprétations dans des cadres de référence visant à revisiter les pratiques professionnelles. Tout le questionnement se situera donc autour de la signification des pratiques rapportée par les participants à la recherche. En même temps, cette réflexion doit mener à une conceptualisation des rôles de chacun, au sens de leurs interactions et de leurs décisions et à l'influence de leurs émotions et de leurs croyances sur les situations étudiées. La complexité et la multidimensionnalité des situations pourront être approchées par cette pluralité d'éléments. À partir de ces cadres de références théoriques, il sera possible de réfléchir à la mise en place de pratiques adéquates, tenant

compte de la perception des protagonistes – tant infirmiers que patients.

En même temps, les faits historiques auront démontré l'impact positif de la mise à jour du discours des patients dans la sphère sociopolitique, sphère qui contribue notamment à l'implantation de nouvelles pratiques cliniques. Prenons l'exemple incontournable de la publication en 1961 par un ex-patient du récit de son séjour à l'hôpital Saint-Jean de Dieu à Montréal.[22] La description des conditions d'hospitalisation inhumaine qui y sévissait a alerté l'opinion publique et poussé le gouvernement à mettre sur pied la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, mieux connue sous le nom de Commission Bédard, qui fera la lumière sur la gravité de la situation des malades enfermés dans ces hôpitaux. Dès l'année suivante, une réorganisation des soins de santé psychiatrique s'amorcera, notamment par une première vague de désinstitutionnalisation.

Nous voulons ici reproduire les derniers paragraphes de ce livre exceptionnel:

En levant le voile sur les conditions inhumaines et scandaleuses dans lesquelles on maintient 6000 êtres humains derrière les barreaux de Saint-Jean-de-Dieu [...] je me rends bien compte que je susciterai des critiques et que je m'expose aux jugements désapprobateurs de ceux qui ne veulent pas que ça change. [...]

Mais tout cela m'importe peu parce que j'ai la conviction profonde de défendre une bonne cause et de rendre éventuellement service à tous les malades mentaux que j'ai connus et estimés, et à tous ceux que je ne connais pas mais dont je sais qu'ils souffrent désespérément. [...]

On peut excuser une société de tolérer un scandale dont elle ignore l'existence. Maintenant, on sait (p. 141-142).[22]

Un autre exemple peut être tiré de l'expérience d'observation participante faite par Goffman à l'asile. Dans son étude, qu'il publiera également en 1961, il analysera l'institution psychiatrique du point de vue des patients, allant jusqu'à décrire ce qu'il appelle la «dépersonnalisation».[23] La méthode de Goffman fut bien plus tard qualifiée par Bourdieu de «produit le plus accompli d'une des manières les plus originales et les plus rares de pratiquer la sociologie».[24] L'analyse de Goffman, interprétative, si elle lui permit de théoriser l'asile en tant qu'institution totalitaire, s'attarda longuement sur le détail, sur l'intégration subjective par les patients du mode de fonctionnement de l'institution et des interactions qui en découlent. De la même façon, il élabora sur l'assimilation par le personnel des règles de l'institution totalitaire. Et c'est par la conceptualisation de cadres de référence sur les rôles de chacun et sur leur signification que Goffman en vint à

tirer des conclusions sur la dépersonnalisation. Si l'objectif poursuivi n'était pas le changement des pratiques cliniques, l'étude de Goffman aura pourtant eu des répercussions importantes sur celles-ci, par la mise au jour d'une réalité cachée et ignorée.

À l'époque de Pagé et Goffman, il est évident que le nécessaire dévoilement des conditions d'hospitalisation, à travers l'expérience subjective des patients, fut le point de départ de la lutte pour la reconnaissance des droits formels dont nous avons déjà parlé, mais également de la restructuration du système de soin de santé mentale. Aujourd'hui, évidemment, les enjeux ont changé puisque ces droits ont été reconnus et sont aujourd'hui théoriquement opposables par le patient. Les droits opposables peuvent être «invoqués par un plaideur à l'encontre de son adversaire; mais ils ont également une valeur qui ne peut être méconnues par les tiers [...] [qui sont] tenus d'en reconnaître et d'en respecter l'existence et même d'en subir les effets» (p. 638).[25] Théoriquement, donc, ils peuvent non seulement être revendiqués, mais également constituer, jusqu'à un certain point, la base des décisions prises par les tiers à l'égard des patients. Pourtant,, une complication importante surgit lorsque les droits des patients et l'évaluation de leurs besoins cliniques par le personnel sont en conflit; et la perspective des patients et celle du personnel sont particulièrement irréconciliables lorsqu'il s'agit de l'imposition de mesures involontaires comme les mesures de contrôle. Ensuite, nous souscrivons à l'idée de Tumeiski selon laquelle l'application des droits est directement liée à la valeur reconnue à un individu au sein de la société;[26] ainsi, le fait même de faire partie d'un groupe négligé contribue en soi à constituer une «catégorie particulière de citoyens».[27] Brody va jusqu'à parler de «dés-humanisation».[28] Et c'est ici que le discours des patients devient d'autant plus symboliquement fondamental: il est la clé de la citoyenneté, de l'humanité, dans le cadre des soins et au-delà. Donner la parole à quelqu'un, c'est reconnaître en lui la personne, avec toutes les implications sociales, juridiques et morales que cela comporte. Ce qui est nécessaire maintenant, et auquel doit participer la recherche en santé mentale, c'est un changement de regard sur les patients.

Mais il n'est cependant pas aisé de permettre l'expression du discours des patients. En effet, à vouloir protéger cette population particulière et les chercheurs qui pourraient entendre des propos choquants – les précautions mises de l'avant par les comités d'éthique de la recherche (ci-après CER), dans notre projet, ont eu pour conséquence de limiter l'accès aux patients. Alors que la rencontre d'infirmières pour décrire les interventions entourant l'épisode d'isolement a été relative-

ment aisée, nous avons éprouvé d'importantes difficultés à recruter des patients. Nous exposerons donc, en prochaine partie, notre compréhension d'une expérience avec un CER, pourtant familier avec les demandes concernant des patients.

### **Les problématiques éthiques liées à la recherche qualitative avec une population psychiatrique**

En commençant, il est important de préciser les caractéristiques de la population visée par le projet de recherche. Les participants devaient avoir obtenu leur congé de l'hôpital depuis au moins deux semaines; ils sont donc chez eux, chez un proche ou dans une ressource d'hébergement communautaire. Ils sont légalement aptes et doivent tous consentir volontairement à participer à la recherche. En général, ce sont des personnes qui vivent avec un diagnostic psychiatrique sérieux, le plus souvent la schizophrénie ou la maladie affective bipolaire, mais qui sont suffisamment stabilisées pour amorcer un processus de rétablissement. Nous avons souhaité les rencontrer suite à leur congé afin de leur permettre d'intégrer l'expérience d'isolement vécue en milieu hospitalier et d'opérer un certain recul sans toutefois, avoir eu le temps, de re-construire l'évènement. Il est évident que les membres de cette population correspondent jusqu'à un certain point à la définition de personnes vulnérables de l'Énoncé de politique des trois Conseil selon laquelle ces personnes sont «sans défense parce que leur capacité de faire des choix ou leurs aptitudes sont amoindries» (p. 13).[29] Il est à noter que la section de l'Énoncé concernant précisément les sujets de recherche vulnérables concerne plus particulièrement les personnes incapables de consentir à participer à la recherche ou des groupes de personnes plus fragiles, tant pour des raisons physiques (les femmes en âge de procréer) que psychologiques (les personnes âgées). Les trois Conseils soulignent tout de même la nécessité – et même l'obligation – de faire de la recherche avec ces populations particulières, vue comme conséquence de «l'engagement [du chercheur] à l'égard de la justice sociale» (p. 58).[29]

Préoccupées par la stigmatisation vécue par les hommes et les femmes que nous sollicitons, concernées par leur réhabilitation au sein du groupe social, nous reconnaissons les difficultés liées éventuellement à leur consentement, mais également à la sensibilité du sujet abordé et aux éventuelles répercussions que pourrait avoir l'entrevue sur leur bien-être. En ce sens, nous abondons dans le sens de l'Énoncé qui prévoit «l'instauration de procédures spéciales destinées à protéger leurs intérêts» (p. 13).[29] Il s'agit donc, pour nous, de rencontrer le participant là où il se sentira le plus à l'aise, d'instaurer un climat de confort et d'empathie et de le laisser

parler très librement de son expérience, de sa compréhension des évènements et des émotions qui y sont reliées.

Nous voulons cependant relater notre expérience avec le CER – qui est le même, rappelons-le, pour les recherches de nature expérimentale, épidémiologique et pour celles de nature compréhensive et interprétative – car nous croyons qu'elle démontre : 1) que les mesures justifiées dans le cadre de la recherche expérimentale sont discutables quant il s'agit de projets de recherche interprétatifs; 2) que, sous le couvert de la protection du patient présumé apte à consentir, se maintient une forme d'exclusion et de stigmatisation.

Les premières difficultés concernent le recrutement des patients. À l'origine, nous pensions qu'il aurait été plus fructueux de rencontrer les patients deux semaines après l'évènement, que le patient ait eu ou non son congé de l'hôpital. On sait en effet que les patients qui vivent ce genre d'épisode ont des troubles complexes pouvant nécessiter une longue hospitalisation. Attendre la sortie induit le risque de voir les souvenirs remplacés par une construction interprétée de l'évènement. Nous savions que pour rencontrer des patients hospitalisés, étant donné l'obligation d'aptitude à consentir, le CER exige l'autorisation du psychiatre ou de l'infirmière du patient pour confirmer l'aptitude à consentir et s'assurer que l'entretien n'amènera pas le patient dans un état de décompensation. Dans les faits, il s'agirait pour le chercheur ayant pris rendez-vous avec un patient de se faire confirmer l'aptitude de celui-ci au moment même de l'entrevue. Ici, curieusement, on induit une possible inaptitude d'un patient pourtant légalement apte. Est-ce en raison des mesures de contrôle, qui peuvent laisser supposer un moment d'inaptitude à consentir aux soins? Ou bien est-ce parce que ces patients ont un diagnostic psychiatrique? De toutes manières, cette obligation constitue une barrière importante entre le chercheur et le patient étant donné qu'un tiers détermine et sélectionne les clients qui pourront être rencontrés. Il a donc été décidé de rencontrer les patients après leur hospitalisation puisqu'ils sont alors réputés en processus de rétablissement.

Toutefois, pour contacter ces patients suite à leur hospitalisation, il faut compter sur la collaboration de l'hôpital pour savoir où vont les patients et quelle est la manière de les contacter. Par conséquent, les patients doivent être informés pour la première fois de l'existence du projet de recherche par l'infirmière qui prépare leur sortie. Celle-ci doit leur remettre un bref résumé du projet et nos numéros de téléphone afin qu'ils puissent nous contacter. Étant donné que l'application des mesures de contrôle relève des infirmières, que cet évènement a été générateur de tensions de part et d'autre,

il est très possible que cette situation induise un embarras, notamment pour des infirmières déjà en surcharge de travail. Devant cette difficulté, nous avons identifié une infirmière pivot qui a rencontré les patients des unités concernés et qui rencontraient systématiquement les patients lors du congé en leur exposant le projet et en leur demandant de consentir par écrit à ce que les chercheuses les contactent. Certains patients ont accepté l'invitation mais comme ils n'avaient pas accès au téléphone, nous avons dû faire appel aux intervenants assurant le suivi externe de la personne en fonction du plan de soin établi avant la sortie. La difficulté d'accéder directement au patient, sans intermédiaire hospitalier, a souvent nuit au projet, puisque, comme nous l'avons vu, les patients ayant vécu des mesures de contrôle ont des problématiques complexes, peuvent vouloir effacer cet événement traumatisant de leur mémoire ou peuvent notamment perdre confiance en l'institution psychiatrique et en son personnel. Ce lien étroit que le chercheur doit entretenir avec les intervenants a aussi des conséquences sur la crédibilité de l'indépendance du chercheur.

La seconde série de difficultés concerne le formulaire de consentement en lui-même. Ce formulaire, imposé par le CER, est un formulaire conçu d'abord pour correspondre aux exigences éthiques des essais cliniques expérimentaux, et ses précautions allongent sa longueur et contribuent à la perte d'attention du participant. La première difficulté concerne l'apposition du logo de l'hôpital et non d'un organisme éthique indépendant, sur le formulaire, ce qui induit les difficultés évoquées précédemment. Ensuite, il est fait mention dans le formulaire qu'un dossier de recherche sera constitué aux archives de l'hôpital. Ce genre de dossier sert à retracer les différentes recherches auxquelles a participé un patient et permet d'éviter que le même patient soit constamment choisi pour des essais médicamenteux ou de traitements. Si l'utilité de cette mesure est évidente en ce qui concerne la recherche clinique, elle ne nous apparaît pas justifiée en recherche interprétative. De plus, le formulaire de consentement informe le participant de ses recours possibles en cas de situation irrégulière à l'hôpital et spécifie que la confidentialité ne sera observée que conformément au cadre légal. C'est ici que nous devons introduire la problématique liée au discours des patients.

Une des préoccupations principales du CER concerne le dévoilement par les participants de pratiques illégales concernant une infirmière identifiée. De ce fait, l'engagement de renseigner la personne sur ses droits et recours et l'inclusion des références du comité de patients de l'hôpital dans le formulaire de consentement n'était pas suffisants. Le CER,

s'appuyant notamment sur les obligations déontologiques incombant à l'infirmière, voulait que la possibilité de dénoncer une pratique problématique rapportée par un patient soit accessible.[30] C'est ainsi qu'il fallut constituer un comité aviseur devant lequel nous pourrions rapporter anonymement les incidents impliquant une infirmière spécifique. Ce comité, sur la base de son expertise clinique et légale, déciderait de la pertinence du dévoilement de l'identité de l'infirmière. Dans ce cadre, la confidentialité ne peut être complètement garantie aux sujets de recherche, ce qui place le chercheur dans une position bien délicate: à ce sujet, les trois Conseils affirment d'ailleurs que «tout bris de confidentialité risque de nuire à la relation de confiance entre le chercheur et le sujet» (p. 47).[29]

En ce qui concerne ces difficultés d'ordre éthique, elles nous semblent être particulièrement liées au caractère impropre des mesures prises par le CER par rapport à la position épistémologique interprétative. Contrairement à la position positiviste plus répandue en médecine, la position interprétative est caractérisée par l'inclusion participative des sujets de recherche: ainsi la recherche se fait avec des sujets plutôt que sur des sujets. Au-delà des questions de consentement, d'anonymat et de risques potentiels, les difficultés éthiques liées à notre position épistémologique ne sont pas les mêmes que celles concernant l'expérimentation. En effet, dans ce genre de recherche, les valeurs du chercheur sont primordiales: comment perçoit-il son rôle de chercheur, quelle sont ses opinions personnelles sur sa problématique de recherche, sur les participants à la recherche et sur la conduite de la recherche? Une certaine introspection par le chercheur, bien que nullement prescrite par les règles éthiques de la communauté scientifique, est essentielle à une recherche de qualité. D'elle dépendra en effet le rapport du chercheur, en tant qu'expert, à son sujet, par exemple, mais également la transparence dans la saisie et l'analyse des données, puis dans leur diffusion. Lorsque la recherche se fait avec une clientèle vulnérable, le rapport chercheur-sujet devient d'autant plus fondamental et délicat. Une fois le consentement libre et éclairé obtenu, c'est d'abord le déroulement de l'entrevue ou de l'observation qui devient le véritable enjeu éthique. Le chercheur saura-t-il de lui-même mettre fin à une situation incommode à un participant? Permettra-t-il au sujet d'exprimer des propos à première vue inutiles? Puis, dans le traitement des données, acceptera-t-il de garder secret des éléments dont la diffusion pourraient nuire à un ou plusieurs de ses sujets? Rendra-t-il compte de manière objective de propos ou de préoccupation exprimés par les

participants à la recherche et qui lui semblent personnellement inacceptables?

Notre expérience au CER a suscité de nombreux questionnements: comment justifier des précautions qui nous semblent plutôt nuisibles à l'accomplissement de la recherche et peut-être excessive quant à la protection des sujets de recherche? Que peut-il réellement arriver de fâcheux à une personne apte à consentir, qui a obtenu son congé de l'hôpital, et qui accepte librement de raconter son expérience d'isolement en toute confidentialité? À certaines occasions, nous avons eu le sentiment que d'autres enjeux cachés étaient en cause tels la crainte que le chercheur dresse un portrait peu flatteur des interventions, que le chercheur manque de discernement dans son interprétation des propos recueillis, que la recherche nécessitant un traitement qualitatif de l'information est trop peu fréquente, trop peu scientifique pour que les outils des CER soient revus pour en tenir compte. Est-ce à cause du peu d'intérêt que présentent les questions posées, ou est-ce en lien avec la méthode choisie? Ces questions demeurent pour le moment sans réponse.

Le rôle de la recherche qualitative, apparaît comme étant essentiel dans la mise en place des nouvelles pratiques cliniques concernant les mesures de contrôle. Non seulement la recherche qualitative permettrait-elle d'ajuster adéquatement les protocoles et les formations visant l'application de ces mesures, mais elle pourrait également constituer la pierre angulaire de changements de pratique plus profonds. Et au-delà de la portée qu'induit la recherche sur les pratiques cliniques, il faut penser à ses éventuelles répercussions juridiques et politiques, puisque, pour que des droits soient porteurs de substance, ils doivent coïncider avec une réalité que seuls les protagonistes connaissent.

La reconnaissance de cette réalité constitue un bouleversement social important, bouleversement qui passe forcément par le changement de regard dont nous avons parlé, et par la considération du discours. Et c'est peut-être là que le rôle du chercheur est le plus urgent. D'une part, comme nous l'avons déjà dit, les rares patients à lutter pour la reconnaissance de leurs droits l'ont fait via les tribunaux, et non à travers la mobilisation politique, vu le manque de réceptivité pour leurs revendications. Le résultat, comme l'exposent très clairement McCubbin et Cohen, est un mélange d'interprétations excessives, voire erronées, des droits, par tous les acteurs concernés, y compris les juristes, peu sensibilisés ou intéressés. [9] D'autre part, du point de vue clinique, l'évaluation complète des pratiques et leur bonification, conformément aux besoins exprimés par la clientèle, ne peut mener qu'à une efficacité supérieure des soins. Le rôle des chercheurs ici, est

donc avant tout de produire des connaissances significatives pour les établissements, les intervenants, les patients, les juristes et les politiciens, notamment par la valorisation des différents discours impliqués.

## Conclusion

Pour terminer, il faut souligner l'apport prévisible de la recherche qualitative sur les patients eux-mêmes. Notons par exemple l'opinion de Chamberlin, une ex-patiente, qui questionne le nombre de patients, interrogés sur les mesures de contrôle dont ils ont fait l'objet, qui ont vraiment exprimé leur opinion.[31] Outre le phénomène que constitue le désir du sujet de recherche de satisfaire le chercheur par ses réponses, on peut se demander jusqu'à quel point, sachant tout ce que nous avons déjà évoqué sur la confiance, un patient se sent à l'aise d'exprimer son appréciation des soins qui lui sont prodigués pour son propre bien-être. Connaissant le statut social privilégié dont bénéficie la profession médicale, ose-t-il facilement remettre en question les décisions prises par des médecins ou des infirmières? En valorisant ce discours, peut-être réussirons-nous à donner aux patients la place qui leur revient, non seulement au sein du système de santé mentale, mais également au sein de la société dans son ensemble.

## Références

1. Clavreul J. L'ordre médical. Paris: Seuil; 1978.
2. Aiach P, Fassin D, Saliba J. Crise, pouvoir et légitimité. Dans Pierre Aiach et Didier Fassin (dir.). Les métiers de la santé. Paris : Anthropos; 1994. p. 9-42.
3. Lapeyronnie D. Le social ignoré ou le point de vue aveugle de la République. Dans: Beaud S Confavreux J et Lindgaard J (dir.). La France invisible. Paris: La Découverte; 2008. p. 520-31.
4. Grenier S. Paradoxes et opportunités de la recherche qualitative en santé mentale communautaire. Recherches qualitatives 2005; 1: 100-14.
5. Morin P. Ordre et normes : la psychiatrie obligatoire. Dans: Bouchard L. et Cohen D. (dir.). Médicalisation et contrôle social. Québec : Les cahiers scientifiques; 1995. p. 67-80.
6. Ryan CJ, Bowers L. An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13:527-32.
7. Weiss E. Deadly Restraint: A Nationwide Pattern of Death. Hartford Courant oct; 1998.
8. Déclaration universelle des droits de l'homme, Rés. A.G. 217 (III), Doc. Off. AG NU, 3e sess., supp. n°13, Doc. NU

- A/810 (1948) et Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Rés. A.G. 2200A (XXI), Doc. off. AG NU, 21e sess., supp. n° 16, Doc. NU A/6316 (1966).
9. McCubbins M, Cohen D. Les droits des usagers de services en santé mentale : le noeud étroit du pouvoir, de la loi et de l'éthique. *Santé mentale au Québec* 1998; 23:(2):212-24.
10. Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, Rés. A.G. 46/119, 46 GAOR, supp. n°49 à 189, Doc. NU A/46/49 (1991).
11. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2.
12. Collège des médecins du Québec. Recommandation concernant l'utilisation des contentions et de l'isolement. Québec : 1999, en ligne, <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/contention.pdf>, consulté le 7 janvier 2008.
13. Morin P, Michaud C. Mesures de contrôle en milieu psychiatrique: trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé mentale au Québec* 2003; 28(1):126-50.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la LSSSS – Contention, isolement et substances chimiques. Québec : 2002.
15. Ministère de la santé et des services sociaux, en ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b143c75e0c27b69852566aa0064b01c/96797d55255cc7fe8525726c0045582b?OpenDocument&Highlight=0,contention>, consulté le 7 janvier 2008.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme de formation: vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec : 2006.
17. Palazzolo J. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage de patients. *L'Encéphale* 2004; 30(3) :276-84.
18. McElroy E. Consumers of Psychiatric Services and staff: Worlds apart on the Issue of Seclusion. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173(5):287.
19. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2003; 17:339-46.
20. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 2004; 25:559-78.
21. McGuire R, McCabe R, Priebe S. Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2001; 36:557-64.
22. Pagé JC. Les fous crient au secours. Montréal : Les Éditions du jour; 1961.
23. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday; 1961.
24. Bourdieu P. La mort du sociologue Erving Goffman: le découvreur de l'infiniment petit. *Le Monde* 4 décembre 1982.
25. Cornu G. *Vocabulaire juridique*. Paris : Presses universitaires de France; 1987.
26. Tumeiski M. Problems associated with use of physical and mechanical restraints in contemporary human services. *Mental Retardation* 2005; 1:43-7.
27. Gendreau C. Nouvelles normes internationales et droits fondamentaux: un problème d'effectivité du droit dans la création du droit. Dans Coutu M, Bosset P, Caroline Gendreau C, Villeneuve D. (dir.). *Droits fondamentaux et citoyenneté – une citoyenneté fragmentée, limitée, illusoire*. Montréal : Thémis, 2005. p. 483-525.
28. Brody EB. The humanity of psychotic persons and their rights. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1995; 183(4):193-94.
29. Institut de recherche en santé du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa : 2005, en ligne : [http://pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005\\_F.pdf](http://pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf), consulté le 7 janvier 2008.
30. Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.Q. c. I-8, r.4.1.
31. Chamberlin J. An Ex-patient's response to Soliday. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173(5):289.

*Pour contacter l'auteur:*

*Emmanuelle Bernheim, PhD (cand)*

*Centre de recherche en droit public*

*Université de Montréal*

*Faculté de droit*

*C.P. 6128, succ. Centre-ville*

*Montréal, Québec, H3C 3J7*

*Canada*

*Courriel: [emmanuelle.bernheim@umontreal.ca](mailto:emmanuelle.bernheim@umontreal.ca)*

*Caroline Larue, Inf., PhD*

*Professeure adjointe*

*Université de Montréal*

*Faculté des sciences infirmières*