

# APO<sup>R</sup>RIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

# Sommaire/Content

2021: Vol.13, Numéro 2/Vol.13, Issue 2

Éditorial/Editorial

5 21 34 42

## ARTICLE 1

M SANTOS ZANCHETTA, A GEBREMARIAM, D AFTAB ANSARI, E HUANG, S LARCH-  
ANCHÉ, C PICOT-NGO, M COGNET, & S JOHN  
IMMIGRATION, SETTLEMENT PROCESS AND MENTAL HEALTH CHALLENGES OF  
IMMIGRANTS/REFUGEES: ALTERNATIVE CARE THINKING

## ARTICLE 2

S VALLÉE-OUIMET, M BENOIT, & P PARISEAU-LEGAULT  
UNE ANALYSE SITUATIONNELLE DU DISCOURS DES MÈRES AVANT CHOISI UNE  
ALTERNATIVE À L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF :  
ENJEUX POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

## ARTICLE 3

L BERNARD  
L'ESTHÉTIQUE DU ZOMBIE OU L'ART DU COMBAT DES  
INFIRMIÈRES CONTRE L'INFECTION

## ARTICLE 4

P PARISEAU-LEGAULT, E BERNHEIM, G OUELLET, & N SALLÉE  
LORSQUE LA MALADIE MENTALE S'INVITE AU BANC DES ACCUSÉS :  
ETHNOGRAPHIE DE LA COMMISSION D'EXAMEN ET DES ESPACES DE JUSTICE  
HOSPITALIÈRE

C'est en septembre 2008, à la suite de discussions avec la professeure Sylvie Lauzon, qu'APORIA – La revue en sciences infirmières a été officiellement lancée avec le soutien financier de la Faculté des sciences de la santé et du Vice-rectorat à la recherche et le soutien technique inestimable du Service des bibliothèques de l'Université d'Ottawa. Le tout premier numéro de la revue a été publié en janvier 2009. Près de 13 ans plus tard, APORIA continue de s'imposer en tant que revue scientifique bilingue et en libre-accès. Depuis son lancement il y a bientôt 13 ans, la revue n'a cessé de publier des textes critiques de grande qualité tant en français qu'en anglais. Pendant toutes ces années, APORIA s'est consacrée aux débats académiques en sciences infirmières et en sciences de la santé. La formidable équipe éditoriale du journal s'est engagée à promouvoir une perspective pluraliste de la science et à estomper les frontières entre les disciplines. À cet égard, APORIA a poursuivi ses objectifs en encourageant l'utilisation d'une gamme étendue d'épistémologies, de philosophies, de perspectives théoriques et de méthodologies de recherche. À l'instar de Deleuze et Guattari, l'équipe éditoriale d'APORIA a toujours été convaincue que la liberté n'est possible que dans la marge, un espace autonome, polémique et sans censure qui ne sacrifie rien à la rigueur scientifique et académique. Par conséquent, APORIA a toujours adhéré aux principes suivants: la liberté d'expression, la pédagogie critique, le rôle de l'intellectuel spécifique, la valorisation des savoirs locaux et la problématisation des discours dominants. C'est dans cette perspective qu'APORIA a vu le jour en septembre 2008 et qu'elle poursuivra son œuvre dans les années à venir.

La mise sur pied et la publication d'une revue scientifique d'une telle envergure nécessite temps, organisation et détermination; sans le soutien de collègues et amis, cette revue n'aurait pu voir le jour. J'en profite donc pour remercier publiquement : la professeure Sylvie Lauzon (maintenant retraitée) pour m'avoir encouragé à réaliser ce projet, l'ancien doyen de la Faculté des sciences de la santé, Dr Denis Prud'homme (maintenant recteur à l'Université de Moncton) et l'ex-vice-rectrice à la recherche, Dr Mona Nemer (maintenant scientifique-en-chef du Canada), pour l'attribution de fonds spéciaux afin de couvrir les coûts associés à la réalisation du site web, au design graphique et à la publicité. 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. Mes sincères remerciements

à l'équipe du Service des bibliothèques de l'Université d'Ottawa pour l'hébergement et la mise à jour de la revue. Un merci tout personnel à Jeanette Haterhill, pour sa disponibilité et sa flexibilité.

Après 13 ans aux commandes de cet incroyable véhicule de diffusion des connaissances, j'ai décidé que le temps était venu de « passer le flambeau » à la professeure Amélie Perron (Université d'Ottawa) qui agira désormais comme rédactrice-en-chef de la revue dès janvier 2022. Le professeur Pierre Pariseau-Legault (Université du Québec en Outaouais) se joint à l'équipe et remplacera la professeure Isabelle St-Pierre (Université du Québec en Outaouais) en tant qu'éditeur et le professeur Jean Daniel Jacob (Université d'Ottawa) travaillera de concert avec le professeur Patrick O'Byrne (Université d'Ottawa) à la production de la revue.

Je veux remercier du fond du cœur les professeur.e.s Perron, St-Pierre et O'Byrne pour leur dévouement exceptionnel pendant les 13 dernières années. Amélie et Patrick poursuivront donc la mission d'APORIA entourés, pour la suite, de Pierre et Jean Daniel. Je leur souhaite tout le succès escompté et suis convaincu que cette nouvelle équipe éditoriale aguerrie mènera la revue vers de nouveaux sommets. Merci à vous quatre de poursuivre les objectifs d'APORIA, revue incontournable en sciences infirmières.

Dave Holmes, Inf., PhD, FAAN  
Editeur-en-chef (fondateur)  
APORIA-La revue en sciences infirmières

**Abstract**

This paper discusses progressive thinking and clinical views on improving mental health practice for immigrants and refugees. It addresses policy, care delivery, professionals' attitudes, and immigrants' access to mental health care — all factors especially pertinent for practice in major immigration hubs. The data was gathered from invited presentations and discussions among participants at an international multidisciplinary symposium, including health and social scientists from Toronto (Canada) and Paris (France), major urban centres attracting large numbers of immigrant and refugees who constantly encounter challenges for their successful settlement. The focus is on alternative care thinking and innovative approaches for better care and understanding of these populations' health behavior. Recommendations on how to advance knowledge relevant for these two urban hubs of immigration were documented, underpinned by the consensus that economic disparities, societal and political forces, as well as cultural and linguistic factors, influence immigrants' and refugees' vulnerability regarding mental health stability.

**Key Words** immigrant health, immigrant settlement, international collaboration, mental health, refugee health

## Immigration, settlement process and mental health challenges of immigrants/refugees: Alternative care thinking

*MARGARETH SANTOS ZANCHETTA, ABINET GEBREMARIAM, DAVID AFTAB ANSARI, ELIZABETH HUANG, STÉPHANIE LARCHANCHÉ, CLÉMENT PICOT-NGO, MARGUERITE COGNET, & SHONE JOHN*

**Introduction**

At the dawn of the 21st century, health needs and problems have evolved considerably, alongside lengthening life spans, new trends in health behaviours, and unimaginable medical discoveries. According to Cognet (Symposium Opening Remarks, May 23rd, 2017), today's challenges reside within a triad comprised of global health, global economy, and local practices. A global health perspective involves uncovering

health problems that are situated beyond individuals to address human groups, and that transcend state and territorial borders to address transnational health concerns. Addressing health security within a global economy requires attending to neoliberal development policies and the imposition of norms from the dominant economic models. Local practices remain and will continue to remain within the context of a territory, a social space where a culture is materialized by locally accepted roots. This is evident in every situation of an ill individual within the singular, clinical encounter with a healthcare professional.

This context is particularly relevant given the global phenomenon of a high level of voluntary and involuntary migration of people. Acknowledging these challenges, an international multidisciplinary symposium was organized and attended by health and social scientists from Ryerson University (Toronto, Canada) and Université Denis Diderot (Paris, France). Both cities, Toronto and Paris, are major immigration hubs with high concentrations of resident migrants. Among the overarching themes of the symposium

*Health and Societies: Interdisciplinary Thinking within Interethnic Contexts* (May 23-26, 2017, Toronto, Canada), was immigrants' and refugees' mental health and social vulnerability in the settlement process.

A recent United Nations report indicated that there were 258 million international migrations in 2017, and the Global North hosted 57% of them.[1] Immigrant and refugees refer to foreign born or foreign citizens whose trends in moving to another country do unfold mainly within the four more common corridors: Asia-to-Asia; Europe-to-Europe; Latin America and the Caribbean to Northern America; and, Asia-to-Europe corridor.[1] Such international move is no more related uniquely for economic needs and related to age and gender since women accounts in 2017 for 48.4 per cent of all international migrants worldwide.[1]

Canada and France have been among the major destination countries for immigrants and refugees. According to the 2016 census of Statistics Canada,[2] there were 7.5 million immigrants in Canada, and of these 1.2 million immigrated between 2011 and 2016. Foreign-born individuals constituted 21.9% of the country's total population.[2] France officially had 6.2 million immigrants and 4.4 million foreigners,[3] of which 38% were Western European nationals, and 2.7 million were nationals from low- and middle-income countries in 2015.[4] For the whole of 2017, asylum applications reached 100,412, an increase of 17% compared to 2016. The requests mainly concerned Albanian, Afghan, Haitian, Sudanese, Guinean and Syrian nationals.[5]

The extant literature shows that migration-related experience provokes emotional and mental instability among re-settled immigrants.[6] Although there is a dearth of literature on the pre-migration mental health state of immigrants,[7] existing evidence has identified the peculiar risks and exposures that trigger mental health challenges along the migration trajectory. Individuals' vulnerability to depressive disorders may increase due to war trauma, violence, and forced displacement experienced in the pre-migration phase.[6,8-9] During the migration process, a dangerous migratory path, uncertainty about legal residence status in the host country, and different forms of structural violence tend to undermine the mental stability of immigrants.[8] In the settlement phase post-migration, social isolation, the transition toward a lower or lowest socio-economic status and dealing with cultural differences jeopardize the mental stability of immigrants. [8,10-11] The different forms of institutional and structural violence, language barriers, as well as difficulty accessing the healthcare system may culminate in emotional instability.[7-10,12]

Data on the mental health of migrant populations in France is scarce,[13] but according to the Comité pour la santé des exilés[14] psychological and psychiatric disorders are the main cause of serious morbidity among immigrants. Trends in psychiatric epidemiological research among immigrant populations in France suggest that there is an increased risk of psychosocial vulnerability associated with migration status and being an ethnic minority.[15] A study has shown that migrant status in France increases the risk of depressive disorders, bipolar disorders, post-traumatic stress disorder, substance and alcohol abuse and drug dependence, regardless of socio-economic status or geographical origin.[16] Immigrants, especially those who are undocumented, may develop a combination of psychological, social, and administrative vulnerabilities that have a significant impact on their mental health.[17] International evidence indicated that undocumented immigrants typically lack access to basic preventative, diagnostic services, resulting in undiagnosed diseases, or diseases diagnosed in later and more advanced stages.[18-20] Like other immigrants, these individuals may also encounter threats to their mental health and wellbeing such as family separation, exposure to traumatic events, discrimination, and loss of social status. The fact of having an "illegal" status restricts access to opportunities, obstructs societal integration, limits social support, and challenges immigrants' self-identity.[21] In Canada, the incidence of mental illness (post-traumatic stress disorder, depression) and the risk for psychosis and emotional issues is higher among refugees when compared to the overall national immigrant population.[22-23]

## Theoretical framework

The « structural vulnerability » theoretical framework is widely used in medical anthropology. It relates to the fact that health involves far more than just the presence or absence of disease, and that the social determinants of health – that is, the upstream factors and structural conditions that predispose certain individuals and communities to be healthy in the first place – are paramount to an individual's physical and mental well-being. Ethnographies have taken a critical look to how the social context of migration shapes chronic disease, mental health in particular.[24-26]

Until recently, public health policy related to immigration has seldom acknowledged social determinants such as housing and living conditions, access to welfare services, and administrative hardships. Medical anthropologists have therefore encouraged public health practitioners and policymakers to examine immigration "as both socially



determined and a social determinant of health”.[27, p376] Rather than depicting migrants as an at-risk population, which places responsibility on individuals, researchers argue it is preferable to identify immigrants as “structurally vulnerable”. [28] For professionals, recommendations for practice included relying on a “structural competency” approach that engages medicine with stigma and inequality.[26,29-31] This argument has been succinctly summarized:

It is not solely a matter of training and sensitizing individual health practitioners to ‘see’ their patients as structurally vulnerable, but also a question of establishing viable institutional practices that encourage health practitioners to fulfill their roles as genuine healers. Insisting that both health practitioners and the systems they work within include structural vulnerability as an etiologic agent in the presenting signs and symptoms that they daily confront pushes medicine to extend its purview towards becoming more fully social and more responsive to underserved populations.[28, p9]

From that perspective, multidisciplinary was highlighted as key approach to acknowledging “structural vulnerability” in health practices.[26,32] It is necessary to emphasize that in this paper, the multidisciplinary approach is defined as an approach that applies the concomitant professional provision of care and services, such as, by law, psychiatry, psychology, social work, nursing, etc. to address the particularities and needs of the immigrant and refugee populations.

Therefore, in this paper we discuss the conceptual integration of “social/structural vulnerability” in mental healthcare delivery models, based on the ideas exchanged by the Symposium participants (i.e., academics in the health and social sciences, business faculty, researchers, undergraduate and graduate students, as well as community stakeholders) and evidence that has emerged from research programs and practitioners’ experiences in both countries. The focus is on the role of a multidisciplinary approach that incorporates evidence from social scientific research in the delivery of primary mental healthcare for immigrant and refugee populations. Our analysis was guided by the question: From a synergy between the health and social sciences, what new ideas emerged from the dialogue between Toronto and Paris researchers and health practitioners for innovation in mental health care for immigrants and refugees?

## Methods

The raw material and data for analysis was the content of the Symposium’s invited presentations—a combination of presenters’ experiential knowledge and research program. Contents for analysis were retrieved from five of the round-

table discussions that were held on various aspects of the mental health of immigrant and refugee populations:

- Dimensions of vulnerabilities in health experiences (Round Table #2)
- Complex, chronic diseases in the context of immigration: situations lived by minorities (Round Table #4)
- Multidisciplinary methods and approaches: field experiences (Round Table #5)
- Foreseeing future collaborations between Toronto & Paris: discussion with Ryerson research collaborators (Round Table #6)
- Migration and settlement policies and experiences (Round Table #7)

To identify the targeted contents, the following procedures were used:

- Listen to the audio files of five round tables for retrieval of content on mental health issues in the discussants’ experiences, professional approaches, and policies. Attentive listening to grasp the emotional context of the discussions held among presenters and audience;
- Review of the audio files, transcribed to select the most illustrative parts of verbatim speech to be used in the manuscript;
- Review and summary of the Symposium’s final clusters of discussed ideas;
- Manual retrieval of content for analytical discussions;
- Review of connections between the main ideas shared and discussed in the Symposium with the professional practice of co-authors with immigrants and refugees in Paris and Toronto.

Upon selection of six presentations that addressed the target content, special attention was given to presenters’ experiential knowledge and scientific evidence as raw material for analysis. The analytical procedures were inspired by the method of thematic analysis[33] using the following steps: (a) transcribed texts were intensively read and emerging ideas noted; (b) a preliminary list of themes was prepared to guide further readings of the texts; (c) analytical concepts that highlighted affinities and contradictions among themes were highlighted, and defined the thematic axis; (d) reflections were logged during readings of the texts and attempts to group the themes with a focus on the key themes and content that tentatively answered the research/analytical question. From this analysis four analytical themes emerged: (a) Mental health

challenges post-migration; (b) Improving migrant populations' access to care: alternative care thinking; (c) The big picture: mental healthcare delivery, social context and public policies; (d) Immigration/Asylum, settlement process and mental health challenges: clinical perspective from Toronto and Paris.

## Results

Foremost it should be noted that prior to the Symposium no round-tables with prepared documents were held. During the Symposium sessions, the discussions were spontaneous within the scheduled duration of two hours each. The content primarily addressed comparisons between practice in Paris and Toronto, with reflexive remarks on transnational issues, and challenges and threats faced by immigrants/refugees regardless of their age, nationality, language, and sexual orientation. Review of the recorded discussions did not reveal any polarized positions, as evidence of the Symposium emotional climate and degree of consensus.

In the following sections, we present selected content that outlines our analysis and illustrates the four analytical themes, using direct quotations by various presenters. While comments from the audience were not part of this analysis, some of them were introduced here to corroborate some argumentative statements.

### Mental health challenges post-migration

The available evidence supports the link between migration and mental health challenges.[7-10,34] Building on Newbold's[35 p1366] contention that "the foreign-born is at increasingly greater rate of experiencing poor health relative to the native born over time", Dr. Kwame McKenzie's (psychiatrist, Centre for Addiction and Mental Health, Canada; Presentation title: Centre for Addiction and Mental Health's work -Round Table #6 ) presentation discussed how the "healthy immigrant" effect is lost over time among immigrants in Canada. While only 4% of immigrants arrive in Canada with long-term diseases or chronic illness compared to 9% of Canadian-born individuals, seven years post-arrival, immigrants are in worse health compared to the general population. He emphasized how social determinants of health such as unemployment, low-end jobs, workplace policies, low service use, language barriers, discrimination, and stigma associated with mental illness may increase risk for mental illness of immigrants, refugees, and ethno-cultural and racialized (IRER) populations in the province of Ontario, Canada. Recent immigrants are more likely to be unemployed, have a low income, and be in need of housing. In Canada, IRER groups are more exposed to the social forces that promote mental health problems, and have poorer access to treatment services and poorer outcomes. There are no plans in effect to deal with the existing barriers to service or promote more equitable access (Dr. K. McKenzie,

May 25 2017).

Based on her clinical practice as a midwife, Professor Manvi Handa (midwife, Ryerson University, Canada, Presentation title: Uninsured pregnant women: understanding vulnerabilities and addressing health care access - Round Table #2) analyzed the high incidence of psychiatric issues among uninsured pregnant newcomer women in Toronto, as an example of lived vulnerabilities and restricted access to healthcare for undocumented refugees.

Many newcomers are actually women of childbearing age. There is a high incidence of psychiatric disorders compared to general population, particularly around anxiety and depression, and much lower health-seeking behavior for psychological issues. So, individuals are more likely to suffer depression and anxiety and less likely to get help when they have those conditions. (Prof. M. Manda, May 23, 2017)

Dr. Simeng Wang (sociologist, National Center for Scientific Research, France, Presentation title: The use of alternative care in mental health: the case of Chinese immigrants undergoing psychiatric care - Round Table #4) presented a case from her ethnographic study in Paris where Chinese immigrants under psychiatric care also consult traditional Chinese medicine. Although many French-origin doctors are also trained in Chinese medicine, the patients preferred practitioners of Chinese origin.

It is quite rare to see a Chinese patient who consults a practitioner who is not of Chinese origin. This patient is looking for the prescriptions of the Chinese pharmacopoeia and acupuncture care. There are some patients in particular who talk about linguistic barriers that are felt in relation to French caregivers. There are some who prefer to speak or consult directly in Mandarin. As one of the patients said, "If it is someone who does not speak the Chinese language or who has never prepared Chinese food, how can I trust him? How can he treat me with the medicine that comes from my country?" (Dr. S. Wang, May 24 2017)

Dr. Wang emphasized the importance of introducing social science knowledge to health professionals, especially psychiatrists, and of incorporating ethnic and inter-cultural brokerage (including language brokerage) in therapeutic relationships.

### Improving care access for migrant populations: alternative care thinking

During the Symposium, participants argued that the conventional approach to cultural competence, when reduced to cultural expertise, leads to essentialist understandings of particular cultures and their conflation with race and ethnicity,[36,37] which is particularly problematic in primary mental healthcare for immigrants. Therefore, an alternative way of thinking, approaching and caring this population was endorsed by the participants and was identified as one of the



analytical theme.

Scholars have shown that more nuanced uses of cultural competence are required, especially in response to cultural diversity in psychiatric practice.[38-40] Given the complexity of cultural diversity, immigration, and settlement, the context of clinical encounters with culturally diverse clients provoke multiple layers of uncertainty among healthcare providers (HCPs) about how to best support clients with whom they do not share a language or culture. Clients may also have different narratives of their experience with mental illness, or extremely unstable living conditions—in terms of legal status, stability of housing and work, and connectedness in their host societies. Indeed, linguistic, cultural, and social factors can have a profound effect not only on the expression of mental suffering, but also treatment of mental illness.

The Symposium participants emphasized the various vulnerabilities that immigrants encounter regarding access to mental health care. From a policy perspective, Dr. McKenzie corroborated this observation by pointing out the absence of a government plan to deliver mental health services to IRER groups in a more equitable way. He particularly pointed out the need for a culturally competent healthcare system, which is acknowledged in the Canadian National Mental Health Strategy. This strategy could facilitate equitable access to care, though its implementation is questionable, as he said, “Nothing has happened since [its development]”. Taking culture into consideration, his research team has developed a culturally tailored Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) tool for anxiety and depression that can be adapted for different cultural groups (it has already been tailored for Caribbean, Francophone Caribbean, and African Francophone populations).

From a care delivery perspective, Dr. Elodie Grossi (sociologist, Université Denis Diderot, France, Presentation title: Racialized landscapes in mental health care in San Francisco Bay Area: The Department of Psychiatry in UCSF, 1980-2005 - Round Table #4) discussed how cultural competence has been thought to be achieved through the ethnolinguistic/ethno-racial pairing of clients and HCPs. In 2016, she conducted a socio-historical qualitative study that focused on the work conditions and the modalities of care developed within the Department of Psychiatry at the University of California, San Francisco, USA. Patients were categorized mainly by ethnicity (i.e., Asian origin, African Americans, Latinos, and Caucasians). HCPs from the same ethno-racial background would manage the patients.

One of the rationales for establishing the care management

by such “units” was to minimize the language barrier between HCPs and their patients and families (this argument could not be extended though for having a separate unit for African Americans who speak English). It was argued that such ethno-racial organization of care would help create and define a safe therapeutic space that is symbiotic with the patients’ macro-culture. The ethno-racial pairing was believed to facilitate a trusting relationship between the HCPs and patients and that psychiatrists would understand the cultural nuances of their patients. One of the study’s participating psychiatrists explained how the concept of culture was viewed as a proxy or tool to facilitate the effectiveness of care:

There are a lot of trust issues between the patients and the psychiatrists, and we do not have six months to work together and build trust, yet there is a need to find a way to engage to create a space...a relationship of trust fairly fast. Culture is a way to accelerate the efficacy of support....” (Dr. E. Grossi, May 24 2017)

Another argument was that psychiatric diagnosis evolves according to the culture and race of patients as identified in Grossi’s study. Another of Grossi’s study participants explained that at times there might be poor diagnosis or forced diagnosis when psychiatrists misunderstand behaviors that are not signs of mental deviance in certain cultures (for example, hearing the voice of God). Another participant in Grossi’s study made a clear distinction between cultural fluidity and biomedical certainty:

...diagnosis and drug management are different things. For the diagnosis, we can understand it, not in a physiological way but in a cultural way. On the other hand, for all medical prescriptions, we turn to biomedical [explanations].

While some practitioners in Grossi’s study agreed that cultural awareness diminished the likelihood of over-diagnosis or misdiagnosis of psychiatric illnesses,[41] their culture-matching approach stoked controversy, to the extent such ethno-racial segregation was denounced as “psychiatric apartheid.” Symposium presenters and participants reiterated that, particularly in North America, the concept of ‘cultural competence’ is influential in practice and education. It is believed that HCPs may attenuate the uncertainty they face regarding their patients’ practices, beliefs, and attitudes by enhancing their cultural knowledge and understanding in order to address their patients’ particular needs.[42]

Sociologists have offered classic descriptions of how uncertainty is inevitable in cross-cultural understandings, and have claimed that HCPs should define measures to attempt to manage it.[43,44] This is the basis for arguing that primary mental healthcare should move from an interdisciplinary (health) model to a social science-inclusive multidisciplinary

care delivery model.

Proposed as an innovative approach, Dr. Margareth Zanchetta (nurse, Ryerson University, Canada) and Mohamed Mohamed [6] (nurse, Toronto Public Health, Canada) presented their work with Dr. Stéphanie Larchanché and Dr. David Ansari, which illustrates how the mental health delivery model practiced at the Minkowska Centre in Paris (Centre Médico Psychologique Françoise Minkowska) go beyond simplistic notions of cultural differences. In this model, developing expertise in cultural understanding is considered to be more of a process of social construction, rather than based on the psychiatrist's scientific knowledge and technical skills. The Centre's multidisciplinary team intentionally adopted the concept of "mental suffering" rather than psychiatric diagnosis, taking into consideration cultural differences and social determinants (immigration trajectory, legal status, housing, employment, etc.) to understand health and illness. The focus at the Minkowska Centre is on analyzing how psychiatrists, psychologists, social workers, anthropologists, nurses, students and trainees use their professional skills. Until the mid-1990s, the care of immigrant and refugee patients in France was generally organized around their linguistic and cultural origin, following a culturalism approach (similar to the ethno-racial pairing logic described above by Grossi). [45] However, considering the ideological context of Republican France, which highlights universal values, such a culturalist approach became highly controversial. Recognizing the limitations of this approach and its stigmatizing consequences, for both patients and clinicians, the Minkowska Centre incorporated concepts and interpretations of illness derived from clinical medical anthropology (referred to as AMC in French: anthropologie médicale clinique) to guide the practice of health and social professionals who work with individuals from diverse cultural and linguistic backgrounds. [46,47]

This approach was based on Kleinman's model of illness, sickness and disease, [48] which values and incorporates the individual's own comprehension and expression of psychological suffering, including cultural representations that are articulated according to what some consider magical-religious, spiritual and/or traditional values, as well as the client's status and circumstances. Using this approach, the professionals together with clients at the Minkowska Centre explore language competence, immigration trajectory, exile history, notion of trauma, and medication regimen, as well as clients' expressions and understanding of their mental suffering. Cases are considered complex, not only due to their linguistic and cultural features, but also because of the negative, cumulative impact of social factors such as lack

of legal status, stable housing, unemployment, etc. Mutual learning occurs intra-team and knowledge confrontation helps to construct or deconstruct knowledge. This approach to mental suffering management is unique since it centers on the client's well-being and stresses cultural inclusiveness. The Minkowska Centre is also exceptional for the multidisciplinary profile of its mental healthcare team, including the presence of health anthropologists who contribute to the understanding of illness from ethnographic perspectives.

In addressing the emotional and mental suffering of individuals within their trajectory of international relocation, Kleinman's ideas, [48] which differentiate between disease and illness and their specific role in the cultural process of explaining sickness, are supportive of the multidisciplinary approach proposed in this paper. Kleinman's definition and conception of illness incorporates an individual's grassroots concepts as valid clinical realities, and stresses the role of an explanatory model (EM), of transactions in healthcare relationships, of cultural healing and cultural iatrogenesis, and the core adaptive task of healthcare systems. Taken together, this approach offers a meaningful theoretical framework for clinical practice, public health work and research.

According to Kleinman, [48 p88] disease signifies a "malfunctioning in or maladaptation of biological and/or psychological processes", and illness implies the experience of (perceived) disease and the societal reaction ascribed to the disease. Disease is generally associated with the EMs of HCPs and the conventional healthcare culture in which theories of disease causation and nosology are presented in an abstract manner, while illness is predominantly linked with the EMs of clients and their understanding of their illness within their cultural milieu and experience. A culturally-constructed struggle may arise when HCPs perceive sickness only as a disease and provide technical information and explanations for treatment, while clients require more than just assistance with managing their symptoms: they expect personally and socially meaningful explanations and psychosocial treatment. For example, an asylum-seeking patient suffering from PTSD, and interpreting the presence of her aggressor through flashbacks as a act of sorcery, may expect the mental HCPs to accompany her meaning-making journey through the symptoms, beyond providing medication. Meanwhile, it is paramount for the mental HCP to be able to distinguish between what they may readily interpret as a sign of hallucination based on a biomedical EM, and a culturally-specific way to interpret a symptom from the perspective of the client's own EM. This client-centred model of cognitive transactions in healthcare stresses the role that cultural understandings play in shaping

the decisions and evaluations of medical treatment – both for HCPs and for patients.[48]

Following the input of AMC, the Minkowska Centre revised its intake criteria so that individuals were no longer triaged or referred to the Centre’s clinicians solely on the basis of their culture or language of origin. In 2009, the Médiacor model was conceived and implemented by Dr. Rachid Bennegadi (psychiatrist) and Marie-Jo Bourdin (a social worker) in the Minkowska Centre.[47] Its goal is to facilitate efficient orientation of patients by focusing on person-centered care (rather than culture-centered care), thus making it less stigmatizing.[49] As the Médiacor model developed, Centre staff started providing support and feedback to the referring institutions, enabling them to evaluate their own social/clinical practices and make changes as needed.

Figure 1 illustrates the conceptual framework of the Médiacor model as a perspective for actions for mediation, reception and orientation.[49] Its operationalization unfolds by a circle of dialogue including client, family members, social service and health providers, and the Médiacor team.

The person-centered mental care approach of this model enables HCPs to move away from ethnocentrism and stigma toward contemporary applications of cultural competency. The core of the multilayer approach is the mental health of the individual and strengthening their self-defense mechanisms to promote their emotional/mental well-being. The interventions implemented according to this model are grounded in scientific evidence, the clinical care provided by psychotherapy, and the experiential knowledge of the HCPs and social service professionals.

Within these three major dimensions, interactions aim at the professional development and mobilization of technical

competencies. They are intertwined with clinical interventions that integrate various dimensions of the clients, namely their way of life, spirituality, life story, as well as biological aspects. In this model, culture is a paradigmatic concept to establish a concrete intercultural management project among clients’, families’ and professionals’ interests. In this model of caring, the transactional view of culture inspires professional training, informs the clinical framework, and shapes the helping process to promote clients’ coping skills and consequent resilience (for examples of ethnographic illustrations of how MEDIACOR is enacted, see Larchanché[26]).

Having been a research intern using the Médiacor model in 2016, M. Mohamed (Presentation title: Which professional expertise for intercultural care? Experiences of a mental health multi-disciplinary approach at the Minkowska Centre, Paris - Round Table #5) drew on his experiential knowledge to present his reflections about the possible ways to use a similar approach in Toronto to innovate practice with immigrants/refugees:

- Healthcare providers should be comfortable with the idea of building a trusting relationship based on person-to-person connection.
- Open dialogue about mental conditions does not undermine trust, patient’s adherence and family participation.
- Use of plain language ensures clear communication and respects the patient’s autonomy in choosing levels of intervention.
- Power sharing is possible and non-threatening to professionals.
- Truth is ethically shared and transparency is part of the

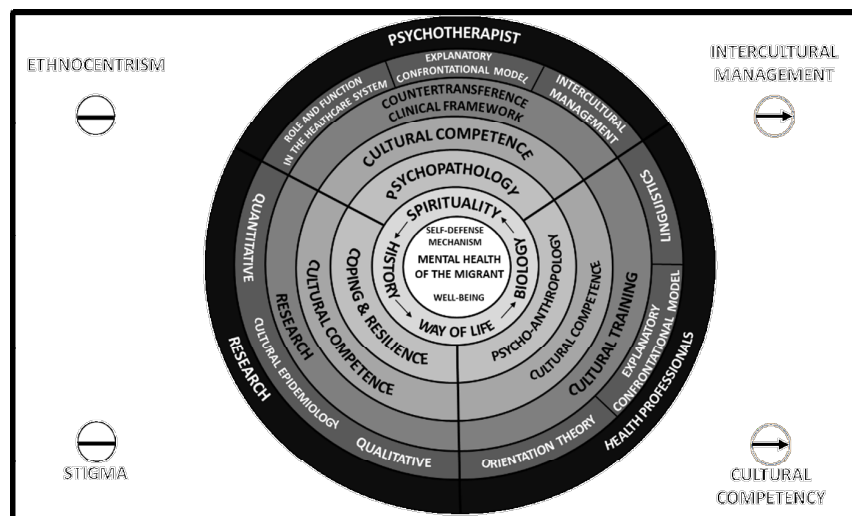


Table 1: Immigration/asylum, settlement process and mental health challenges: a clinical perspective from Toronto

Settlement process challenges	Awareness of mental health	Search for treatment due to psychiatric diagnosis	Access to health care
<p>-Individuals typically face a lot of hurdles in terms of seeking appropriate treatment.</p> <p>-Housing: refugee status individuals typically start settling in Canada in group shelters with upwards of 600 individuals. It can take up to a year before they are able to get reasonable accommodation.</p> <p>-This clustered housing situations leads to greater exposure to infections and unhygienic living conditions.</p> <p>-Group housing also adds to hopelessness and housing insecurities, which result in added mental anguish and plausibly more mental health issues.</p>	<p>-Mental health is a highly stigmatized concept for many immigrant communities (notably, Asian, African, Eastern European and South American ones).</p> <p>-Considerable fear about community/familial blow-back from being associated with psychiatric conditions.</p> <p>-Fundamental lack of knowledge regarding mental health in immigrant communities.</p>	<p>-Reluctance in accepting medical diagnosis.</p> <p>-Preference for pharmacological intervention over psychological therapy (like cognitive behavioural therapy, psychotherapy, dialectal training etc.).</p> <p>-Psychotherapy is viewed in a negative light → the connotation is that it is a pseudoscience and the diseases associated with them are not legitimate.</p> <p>-When taking pharmacological treatments, there is often non-compliance with dosing regimens.</p> <p>-Difficult management of expectations regarding “cure”.</p> <p>-Families typically struggle to understand degenerative diseases such as Parkinson’s and Alzheimer’s diseases.</p> <p>-The belief is that there should be a complete cure and the person should get back to baseline health.</p> <p>-Often frustration when a loved one fails to return to their “normal selves.”</p> <p>-Often avoid seeking treatment.</p> <p>Contact is lost during follow-up process and procedures.</p>	<p>-Refugees with Interim Federal Health Program (IFH) have coverage for clinical visits and medications. However, not all clinics will accept IFH; therefore, these refugees are diverted to charitable free clinics who will see them and then be reimbursed for services via the government.</p> <p>-Undocumented immigrants, immigrants waiting for provincial health cards and refugees without IFH do not have coverage for clinic visits or medications and will incur the financial burden associated with those events.</p> <p>-Individuals must seek care from non-profit charitable clinics who will see them for free.</p> <p>-Only 11 clinics in Toronto are no-cost, with limited hours of operation, and limited resources to assist the refugee/undocumented immigrant population, with a waiting time longer than 2 hours.</p> <p>-Difficulty of commuting is the single biggest barrier to seeking help (2-3 hours via transit).</p> <p>-Little access for immigrant/refugees located in rural communities.</p>

work philosophy.

-Young children can take part in the decision-making process.

In this presentation, Dr. Zanchetta added that such an approach can allow clients to create a more trusting relationship with health/social professionals because of the openness of the process, its transparency, and the supportive environment that allows them to benefit from questioning or challenging EMs.

### The big picture: mental healthcare delivery, social context, and public policies

If social vulnerability is a concrete, non-measurable indicator of sensitivities and response of a given group to threats and risks,[50] understanding social vulnerabilities is incomplete without taking into account the structural factors that affect many immigrants, both documented and undocumented.

In this context, Dr. John Shields (political scientist, Ryerson University, Canada, Presentation title; Migration and settlement policies in Canada - Round Table #7) pointed out that

...in Canada, immigration policy rhetoric resonates the values of the political party in power. In the past decade, the Conservative party, for instance, accentuated immigrants’ self-reliance in terms of settlement and integration, cutting funding for the settlement budget, as well as social and health benefit packages.

Such macro conditions introduce issues of structural violence and their effects. A physician and anthropologist, Farmer[51] illustrated how large-scale social forces, such as poverty and racism, can be translated into individual experiences of disease and distress. During the settlement phase, structural violence is most apparent where larger political forces directly or indirectly affect immigrants’ and refugees’ mental health outcomes and their access to healthcare services.[47]

Table 2: Immigration/asylum, settlement process and mental health challenges: a clinical perspective from Paris

Settlement process challenges	Awareness of mental health	Search for treatment due to psychiatric diagnosis	Access to health care
<p>-Increasingly restrictive immigration and asylum policies negatively impact immigrants' hosting conditions, which in turn negatively impacts their mental health.</p> <p>-The 'Dublin regulation' leads some asylum seekers to find themselves in liminal situations where they are unable to apply for asylum when their entry was recorded in a different European country. The 'Dublined' are thus threatened with deportation to the country of first entry, and without access to housing or other social services.</p> <p>-Housing shortages for refugees cause some asylum seekers to experience precarious housing conditions or homelessness. Some are housed in other regions of France where access to healthcare and social services is more limited, in part due to lack of interpreter services.</p> <p>-Emergency housing services are recurrently saturated, and even priority candidates such as families with children struggle to access housing.</p>	<p>-Mental health is a highly stigmatized concept for many immigrants.</p> <p>-Mental healthcare is not considered a priority when the social and administrative situation is precarious.</p>	<p>-Occasional cultural confrontations around the meaning and origins of psychological/psychiatric disorders.</p> <p>-Relevance of psychotherapy debated: social issues come at the forefront, more pressing to clients than their own state of health.</p>	<p>-Asylum seekers have universal health coverage, while undocumented immigrants have access to State Medical Aid (starting in the 4th month of residence).</p> <p>-Are eligible to access state-funded health services, but face challenges in mental healthcare because of sector-based organization: some clinics may turn down referrals when there is no proof of stable residence. Only a few mental health clinics are not sector-based (such as Minkowska).</p> <p>-A majority of hospitals and clinics are reluctant to resort to professional interpreters in France, which limits healthcare access for non-Francophone immigrants.</p> <p>-Most transcultural clinics and interpreter services remain centralized in the Paris area, which limits healthcare access for immigrants in other regions.</p>

Elaborating on this impact, Dr. K. McKenzie discussed some of the policy, planning and resource allocation-related concerns in relation to mental health services for immigrants in Ontario, Canada:

There is no plan to actually serve other (immigrant) populations in an equitable way... Our work shows [there is] an increased risk [among] immigrants compared to non-immigrants.... We spend less money on mental health services [for immigrants than non-immigrants]. (Dr. K. McKenzie, May 25 2017)

Throughout the Symposium, immigrants' and refugees' mental health issues were intensively discussed within the perspective of a cluster of clinical ideas. Among them was the psychology of suffering; the need to re-frame the physician-client relationship from the client's perspective and to recognize challenges established by cultural insensitivity and power dynamics; the process of negotiating cross-cultural differences while regarding expectations of the communication of medical information; as well as the strategies needed to reach out to these dispersed populations.

### Immigration/Asylum, settlement process and mental health challenges: clinical perspectives from Toronto and Paris

The Symposium led us to review the clinical perspectives of mental health services through the lens of daily practice in Toronto and Paris. Tables 1 and 2 present the major features of the clinical perspectives, as witnessed by the co-authors who are also practitioners. Three key actions are proposed to address the issues in listed in the Toronto context: (1) Develop initiatives that are culturally sensitive, which would go a long way in knowledge and skill development; (2) Design electronic health sources in various languages, as appropriate; and (3) Adopt an integrated approach that includes family members, which would also be fruitful in educating all stakeholders involved. The key actions proposed to address the issues listed in the Paris context are: (1) Promote more extensive and frequent interprofessional and interagency collaboration initiatives (an example would be the monthly Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Périnatalité in the Aquitaine region); (2) Develop health interpretation and mediation, in accordance with recommendations of the Haute Autorité



de Santé (High Health Authority), and in a multidisciplinary research perspective; and (3) Train social/health professionals on the transcultural competence model that promotes the multidisciplinary collaboration model described above, and work with interpreters.

## Discussion

The Symposium presenters and other participants discussed how refugees, asylum seekers, and conventional and unconventional immigrants are exposed to high risk for certain mental health ailments such as post-traumatic stress disorder, depression, psychosis and other perceived biological, emotional and cultural illnesses. Some of the greatest challenges for these populations living in host countries are the understanding and right channels to find an appropriate solution for their health issues. In the post-migration context, these challenges can be due to an individuals' lack of knowledge about their entitlement to care, their understanding of the host country's healthcare system, reading and spoken communication barriers, differing belief systems and cultural expectations for health care, and even a general lack of trust in professionals and authorities. This can present a seemingly complex set of problems that leaves many individuals without the proper guidance to obtaining appropriate, effective care that would sufficiently address their desired outcome.

Since appropriate professional guidance requires some sensitivity to the client's mental suffering, refining HCPs' technical competence is required, particularly their cultural competence.[52] While a version of cultural competence has been widely adopted and systematically integrated into medical training for professionals from several disciplines, especially in North America,[38-41] the dominant notion of cultural competence has drawn criticism and inspired critiques and debates among clinicians and social scientists for several reasons. Culture has been wrongly perceived to be a static assortment of traits shared by all members of a particular group.[36,39] Individuals have been perceived to be the bearers of culture, whereas HCPs and other social service professionals have been increasingly challenged to reflect on their own professional and personal background.[40,53-54] This fixed notion of culture has led to a 'one size fits all' approach where cultural competence training is assumed to meet the needs of a heterogeneous population.[39,41] Culture has also been seen as a barrier to care that needed to be overcome, and an emphasis on cultural factors has overshadowed attention to the social determinants of health and the consequent health inequalities experienced by patients.[27,30,36,39,55,56]

Cultural competence has been defined as HCPs' understanding of cultural and social factors' that influence the health beliefs and behaviors of clients/patients, along with an understanding of how these factors interact at multiple levels of health delivery systems.[57] Some extended cultural competence may occur in cross-cultural encounters[39,57] added to one's cultural knowledge and understanding. As a result, alternatives to the dominant notion of cultural competence have been proposed, based on developing critical consciousness,[58] cultural humility,[59-61] cultural responsiveness,[62] cultural safety,[39] and structural competence.[31,63]

Scholars of immigration, notably those who examine restrictive immigration policies and deportation, describe how the status of illegality is experienced with the persistent and ongoing risk of apprehension and deportation.[64-67] These authors describe how undocumented immigrants live in fear of being apprehended, which seeps into their everyday actions so that any activity, no matter how mundane, potentially becomes illegal. Similarly, social science researchers in France have highlighted the difficulties encountered by newcomers in terms of access to housing and obtaining a permanent residence permit which is a prerequisite for access to other services and resources.[13,68] Institutional discrimination and the processes by which the State creates obstacles to the extension of residence permits and to obtaining refugee status exert violence in those populations that deteriorates their mental health.[69,70] The structural violence of reception policies in France is concretized in particular by the acceleration of evaluation procedures within the administration.[71]

Taking these perspectives together, restrictive immigration policies and the conditions of illegality represent a form of structural violence which may prevent immigrants from using the healthcare services they are entitled to, which in turn may lead to deteriorating mental health. In France, the care of precarious immigrants and refugees suffering from mental disorders is confronted with the saturation of the Medico-Psychological Centers.[72] In this context, language barriers are the main problem for non-French speakers (Allophones), non-English speakers and newcomers.[73] A study of 385 French general practitioners showed that communication problems were one of the main difficulties they encountered (55%) in the care of precarious immigrants.[74] Yet, there is no public interpreting service in France except for a few interpretation services provided by non-profit organizations.[73] Faced with the difficulties of psychiatric care for immigrants, a project to coordinate progressive psychiatrists has been developed in Rhône-Alpes in order to overcome the phenomenon of saturation within public care



Table 3: A new multidisciplinary research agenda

Proposed research topics
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Addictions in the experiences of immigration and asylum seeking</li> <li>-Alternative forms of knowledge production about the disclosure of mental health issues by and with immigrants and refugees (e.g., poetry)</li> <li>-Configuration of social inclusion when targeted in mental health services for culturally diverse populations</li> <li>-Deconstruction of the image of race and culture and their effects on mental health</li> <li>-Gender and religious effect(s) on perceptions of mental and physical health</li> <li>-Images/art by patients plus other forms of expression</li> <li>-Pathways of patient immigration/refugee journey</li> <li>-Review of construction of knowledge in current paradigms</li> <li>-Suffering as a cultural representation of patient experiences</li> <li>-Technological disruption and mental health</li> <li>-Use of art in mental health therapy</li> </ul>

structures. This project highlighted several organizational difficulties, including ongoing very limited access to freelance interpreting.[75]

In Canada, former and current immigration policies determine the number and category of immigrants admitted to the country, as well as their settlement and integration experiences.[76] Historically, Canada’s immigration policy was shaped by the country’s self-interest (economic, demographic and cultural) rather than humanitarian ideals. Towards the end of this decade however, Canada took a major turn adopting “anti-racist, pro-human rights” value and introduced a new immigrant selection and integration approach. Until the end of the twentieth century immigrant selection was based on: human capital assets, family ties, or humanitarian reasons. [77,78] Since the beginning of the 21st century, the country’s immigration policy took a new direction, aligning itself with a neoliberal political economic approach which influenced immigrant selection and integration based on “free market” economic principles. During the previous Conservative regime immigration policy was geared towards “promoting corporate profitability and reducing federal government expenses”. [78 p107] Under this neoliberal perspective, refugees and asylum seekers are considered “expensive newcomers” who take advantage of Canada’s healthcare and social support services.[78 p108]

Yet research indicates that immigrants, especially those with chronic diseases, use fewer healthcare resources than native-born, although they have coverage under the country’s universal health insurance scheme (universality refers to the entitlement of all eligible residents to insured services). [35,79,80] It should be noted however, there are a number of uninsured medical services deemed of less “medical necessity”. [81] Among the mental healthcare services not covered or partially covered by provincial health insurance plans, and identified as systemic barriers to accessing care,

are counselling services and mainstream community health services. For immigrants with precarious employment, the difficulty of taking time off work to access care adds to the challenge of service utilization.[82] Immigrants’ utilization of health services in general is also affected by the inability to access primary care physicians, long waiting times for diagnosis and treatment, as well as a mandatory waiting time to enroll in a provincial health insurance plan.[81] Other than individual factors, such as lack of awareness of mental health issues, a prolonged state of having a low income and social exclusion, as well as inadequate culturally appropriate services, are prominent barriers to the use of mental health services among Ethiopian, Chinese and South Asian immigrants in Canada.[83-85]

This paper translated the scientific evidences reported the Symposium presenters and their research program and also partially conveyed the ideas exchanged among them and the attendees. The summary of the multiple sets of ideas transformed as knowledge has limitations. The first limitation refers to the short duration of dialogue among the participants about possibility, limitations and challenges regarding the transfer of the shared knowledge between Paris and Toronto researchers and practitioners that may restrain knowledge applicability to the field. The second limitation refers to no-access to primary research data that limited our interpretation of the full extent of the reported evidences as components of the presenters’ material.

### Future research recommendations

As discussed earlier, although overall mental health service utilization is low among immigrants, evidence suggests access to care is disproportionately even lower among immigrant women, children, adolescents, and seniors.[8] For instance, although immigrant women are two to three times at greater risk for postpartum depression compared to their native-born

counterparts, they displayed reluctance in seeking services or disclosing their emotional state to non-family members.[8]

Foreseeing new studies in collaboration among researchers located in Paris and Toronto, Symposium participants who were interested in the theme “Mental Health and Immigration” wanted to explore it in the context of sex and gender. Several new research topics were proposed, which undoubtedly will require a multidisciplinary research team. Table 3 introduces a new research agenda for this scholarly joint work.

Knowledge exchanged during the Symposium and corroborated by research evidence shows that economic disparities, societal and political forces, as well as cultural and linguistic factors, underpin immigrants’ and refugees’ mental health stability. There is a growing trend and discourse to recognize culture and cultural diversity in care delivery models.[86] Yet, this trend has limitations in practice to sensitize and educate social and health professionals beyond a biomedical reductionist approach. As mental health instability in this population is related to larger structural forces, individual experiences are articulated in unique ways. A socially diverse, multidisciplinary care delivery approach is a sensible responsive alternative.

Readers are warned to consider a questionable success of medical anthropology to do so. While anthropology as a discipline may have had little impact on medicine thus far, the growing popularity of MD/PhD programs over the past two decades, for which anthropology constitutes the second top choice as selected PhD discipline (chosen by 22% of MD/PhDs) seems to highlight a change of direction.[87] In fact, a recent survey reports that: “In general, MD-PhDs in the social sciences and humanities have careers that fit the goals of agencies providing public funding for training physician-investigators: they are involved in mutually-informative medical research, clinical practice, and teaching –working to improve our responses to the social, cultural, and political determinants of health and health care”.[87] In that perspective, we have yet to measure how the “clinical gaze” evolves in the coming years, as physicians trained in anthropology and in other social sciences hold important leadership positions in health institutions (such as Jim Yong Kim, President of the World Bank, or Camara Jones, Medical Officer at the Center for Disease Control and Prevention and President of the American Public Health Association), and as global health approaches continue to flourish in medical training programs around the globe.

Additionally, programs for undergraduate health students have shown promise in raising critical awareness of structural vulnerabilities and their impact on health outcomes. Whereas

previous research has tended to focus on medical students and junior doctors, recent studies have identified that by learning concepts in medical anthropology, such as structural vulnerability, undergraduate health students may be better suited to identify racial disparities in conditions such as heart disease and childhood obesity.[88,89] These anthropological concepts undergraduate students learn reflect the kinds of values and skills that educational bodies, such as the Medical College Admissions Test (MCAT) and the American Association of Medical Colleges (AAMC), consider to be core competencies. Clinicians trained in concepts in medical anthropology have also demonstrated the ability to respond to the ways that structural discrimination manifests in patients. For instance, Hansen and colleagues[90] identify how psychiatrists trained in structural competency and cultural humility, for example, have successfully addressed the mental health effects of hate crimes based on race, sexuality, religion, immigration status, and their intersections.

## References

1. United Nations. International Migration Report. New York: Department of Economic and Social Affairs/Population Division 2017. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017.pdf>. Accessed 28 November 2017.
2. Statistic Canada. Immigrant population in Canada, 2016 Census of Population. Oct 2017. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2017028-eng.htm> Accessed 27 March 2018.
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Population Étrangère et Immigrée en France en 2015 - Données Annuelles de 1921 à 2015. Institut national de la statistique et des études économiques 2018. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757>. Accessed 9 June 2018.
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Répartition des Étrangers par Nationalité en 2015. Institut national de la statistique et des études économiques 2018. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381750>. Accessed 9 June 2018.
5. Office français de protection des réfugiés et apatrides. 2018. Les Données de l'Asile 2017 à l'OFPPRA. Paris: Office français de protection des réfugiés et apatrides. Available from: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-2017-a-l>. Accessed 9 June 2018.
6. McKenzie K, Agic B, Tuck A, Antwi M. The Case for Diversity:

Building the Case to Improve Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-cultural and Racialized Populations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada 2016. Available from: [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/case\\_for\\_diversity\\_oct\\_2016\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_eng.pdf). Accessed 23 March 2018.

7.Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health* 2013; 17(1-2): 17-53.

8.Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(12): E959-E967.

9.Robert A, Gilkinson T. Mental Health and Well-Being of Recent Immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Immigrant Integration (LSIC): Government of Canada* 2012. Available from: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/reports-statistics/research/mental-health-well-being-recent-immigrants-canada-evidence-longitudinal-survey-immigrants-canada-lsic.html>. Accessed 28 March 2018.

10.Islam F, Khanlou N, Tamim H. South Asian populations in Canada: migration and mental health. *BMC Psychiatry* 2014; 14(154): 1-13.

11.Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2015, 17(6): 1895-1905.

12.Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy* 2015; 8: 175-83.

13.Desgrées du Loû A, Lert F. *Parcours: Parcours de Vie et Santé des Africains Immigrés en France*. Paris : La Découverte, 2017.

14.Comité pour la santé des exilés. *Rapport d'observation et d'activité du Comède. Rapports annuels*. Paris: Comité pour la santé des exilés 2017. Available from: <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>. Accessed 9 June 2018.

15.Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 2017; 175(6): 577-82.

16.Guardia D, Salleron J, Roelandt JL, Vaïva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois

générations successives de migrants: résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale* 2007; 43(5): 435-43.

17.Chambon N, Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue Française des Affaires Sociales* 2016; 2: 123-40.

18.Fernández A, Rodriguez RA. Undocumented immigrants and access to health care. *Journal of the American Medical Association - Internal Medicine* 2017; 177(4): 536-7.

19.Médecins du Monde. *Legal Report on Access to Healthcare in 12 Countries*. Paris: Médecins du Monde 2015. Available from: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/mdm-legal-report-on-access-to-healthcare-in-12-countries-3rd-june-20151.pdf>. Accessed 5 April 2018.

20.National Association of County and City Health Officials. *Statement of Policy: The Health of Documented and Undocumented Immigrants*. Washington: NACCHO 2013. Available from: <http://archived.naccho.org/advocacy/positions/upload/99-02-Health-of-Documented-and-Undocumented-Immigrants.pdf>. Accessed 9 June 2018.

21.Siemons R, Raymond-Flesh M, Auerswald CL, Brindis CD. Coming of age on the margins: mental health and wellbeing among Latino immigrant young adults eligible for Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA). *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017; 19(3): 543-51.

22.Agic B, McKenzie K, Tuck A, Antwi, M. Supporting the Mental Health of Refugees to Canada. *Mental Health Commission of Canada* 2016. Available from: [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-01-25\\_refugee\\_mental\\_health\\_backgrounder\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-01-25_refugee_mental_health_backgrounder_0.pdf). Accessed 25 March 2018.

23.Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *Canadian Medical Association Journal* 2015; 9: E279-E286.

24.Haas BM. *Suffering and the Struggle for Recognition: Lived Experiences of the U.S. Political Asylum Process [Dissertation]*. San Diego: University of California San Diego; 2012. 469 p. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/7pd0w87k#page-483>. Accessed 28 July 2020.

25.El-Shaarawi N. Living an uncertain future: temporality, uncertainty and well-being among Iraqi refugees in Egypt. *Social Analysis* 2015; 59(1): 38-56.

26.Larchanché S. *Cultural Anxieties: Managing Migrant Suffering in France*. 1st ed. New Brunswick: Rutgers University

Press, 2020.

27.Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health* 2015; 36: 375-92.

28.Quesada J, Hart LK, Bourgois P. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology* 2011; 3 (4): 339-62.

29.Kirmayer L, Guzder J, Rousseau C. (eds). *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Springer, 2014.

30.Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 2006; 3(10): e294.

31.Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine* 2014; 103: 126-33.

32.Hansen H, Braslow J, Rohrbaugh RM. From cultural to structural competency-training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(2): 117-8.

33.Paillé P, Mucchielli A. *L'Analyse Qualitative en Sciences Humaines et Sociales*. (4e-éd.). Paris: Armand Colin, 2016.

34.Silva MA, Paris M, Añez LM. CAMINO: Integrating context in the mental health assessment of immigrant Latinos. *Professional Psychology: Research and Practice* 2017; 48(6): 453-60.

35.Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine* 2005; 60(6): 1359-70.

36.Carpenter-Song EA, Schwallie MN, Longhofer J. Cultural competence reexamined: critique and directions for the future. *Psychiatric Services* 2007; 58(10): 1362-5.

37.Santiago-Irizarry V. *Medicalizing ethnicity: The Construction of Latino Identity in a Psychiatric Setting*. Cornell University Press, 2001.

38.Good MD, Willen SS, Hannah SD, Vickery K, Park LT. *Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity*. Russell Sage Foundation, 2011.

39.Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry* 2012; 49(2): 49-64.

40.Willen SS, Carpenter-Song E. Cultural competence in action: "Lifting the hood" on four case studies in medical education. *Culture, Medicine, & Psychiatry* 2013; 37(2): 241-52.

41.Hickling FW, Paisley V. Issues of clinical and cultural competence in Caribbean migrants. *Transcultural Psychiatry* 2012; 49(2): 223-44.

42.Kai J, Beavan J, Faull C, Dodson L, Gill P, Beighton A. Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. *PLoS Medicine* 2007; 4(11): e323.

43.Fox RC. Training for uncertainty. In: Merton R, Reader G, Kendall P (eds). *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

44.Parsons T. *The Social System*. London: Routledge, 1991.

45.Sargent C, Larchanché S. The construction of "cultural difference" and its therapeutic significance in immigrant mental health services in France. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 2009; 33(1): 2-20.

46.Paris C. Association Française et Eugène Minkowski-Centre Française Minkowska-Parcours de soin et santé mentale. *European Psychiatry* 2018; 30(8): 86-87.

47.Larchanché S. MEDIACOR: médiation, accueil et orientation des populations migrantes et réfugiées. *Perspectives sanitaires et sociales. Cahiers de l'innovation* 2014; 44: e114. Available from: <http://novap.fehap.fr/candidats/mediacor-mediation-accueil-orientation-populations-migrantes-refugiees/>. Accessed 9 June 2019.

48.Kleinman, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books, 1989.

49.Bennegadi R. Cultural competence and training in mental health practice in Europe: Strategies to implement competence and empower practitioners. International Organization of Migration. Background paper 2009. Available from: [http://www.minkowska.com/sites/default/files/mental\\_health\\_practice\\_background\\_paper1.pdf](http://www.minkowska.com/sites/default/files/mental_health_practice_background_paper1.pdf). Accessed 9 June 2018.

50.Cutter SL, Finch C. Temporal and spatial changes in social vulnerability to natural hazards. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2008; 105(7):2301-6. Available from <https://www.pnas.org/content/105/7/2301>. Accessed 9 June 2018.

51.Farmer P. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus* 1997; 125(1): 261-83.

52.Fox R C. Cultural competence and the culture of medicine. *The New England Journal of Medicine* 2005; 353(13): 1316-9.

53.Jenks AC. From "lists of traits" to "open-mindedness": emerging issues in cultural competence education. *Culture,*

Medicine, and Psychiatry 2011; 35(2): 209-35.

54. Shaw S J, Armin J. The ethical self-fashioning of physicians and health care systems in culturally appropriate health care. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 2011; 35(2): 236-61.

55. Castañeda H. "Over-foreignization" or "Unused potential"? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. *Social Science & Medicine* 2012; 74(6): 830-8.

56. Holmes S. *Fresh fruit, broken bodies: Migrant farmworkers in the United States*. University of California Press, 2013.

57. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003; 118(4): 293-302.

58. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine* 2009; 84(6): 782-87.

59. Fisher-Borne M, Cain JM, Martin SL. From mastery to accountability: cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education* 2015; 34(2): 165-81.

60. Hook JN, Davis DE, Owen J, Worthington Jr EL, Utsey SO. Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology* 2013; 60(3): 353-66.

61. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1998; 9(2): 117-25.

62. Sue S, Fujino DC, Hu LT, Takeuchi DT, Zane NW. Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(4): 533-40.

63. Ali A, Sichel CE. Structural competency as a framework for training in counseling psychology. *The Counseling Psychologist* 2014; 42: 901-18.

64. Coutin SB. Deportation studies: origins, themes and directions. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2015; 41(4): 671-81.

65. Drotbohm H, Hasselberg I. Deportation, anxiety, justice: new ethnographic perspectives. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2015; 41(4): 551-62.

66. Fassin D. Policing borders, producing boundaries. The governmentality of immigration in dark times. *Annual Review*

of Anthropology 2011; 40: 213-26.

67. Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine* 2012; 74(6): 858-63.

68. Geeraert J. Healthcare reforms and the creation of ex/included categories of patients—"irregular migrants" and the "undesirable" in the French healthcare system. *International Migration* 2018; 56(2): 68-81.

69. Fassin D, Kobelinsky C. Comment on juge l'asile. *Revue française de sociologie* 2012; 53(4): 657-88.

70. Le Défenseur des droits. *Les Droits Fondamentaux des Étrangers en France*. Paris: Le Défenseur des droits 2016. Available from: [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170\\_ddd\\_rapport\\_droits\\_etrangers.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf). Accessed 9 June 2019.

71. d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires* 2009; 1282: 66-75.

72. Chambon N, Zeroug-Vial H, Carbonel N. L'interprétariat en santé mentale: les enjeux de la formation. *L'Autre* 2017; 18(3): 362-68.

73. Comité pour la santé des exilés. *Soins et Accompagnement Migrants/Étrangers en Situation Précaire. Guide Comède*. Paris: Comité pour la santé des exilés 2015. Available from: <https://www.comede.org/guide-comede/>. Accessed 9 June 2018.

74. Sainte Marie CF, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique* 2015; 27(5): 679-90.

75. de Feraudy J M, Petrouchine R, Monet A. Le migrant précaire et le psychiatre en libéral. Des pratiques aux marges pour un public à la marge? *Rhizome* 2017; (1): 50-6.

76. Shields J, Bauder H. *Immigrant Experiences in North America: Understanding Settlement and Integration*. Canadian Scholars' Press, 2015.

77. George U, Chaze F, Doyle R. *Immigration and settlement in Canada*. BookSurge Publishing, 2007.

78. Siemiatycki M. Continuity and change in Canadian immigration policy. In: Bauder H, Shields J (eds). *Immigration Experiences in North America*. Canadian Scholars Press, 2015; 93-117.



79. Beiser M. The health of immigrants and refugees. In: Bauder H, Shields J (eds). *Immigrant Experiences in North America: Understanding Settlement and Integration*. Canadian Scholars' Press, 2015; 312-42.
80. Beiser M, Hou F. Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. *International Journal of Public Health* 2014; 59(3): 541-47.
81. Wang L. Immigrant health services and health care. In: Bauder H, Shields J (eds). *Immigrant Experiences in North America: Understanding Settlement and Integration*. Canadian Scholars' Press, 2015; 343-66.
82. Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019; 28(1): 152-61.
83. Fenta H, Hyman I, Noh S. Health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2007; 9(4): 349-57.
84. Lai DW, Surood S. Types and factor structure of barriers to utilization of health services among aging South Asians in Calgary, Canada. *Canadian Journal on Aging* 2010; 29(2): 249-58.
85. Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant Minority Health* 2015; 17(6):1895-905.
86. Hansson E, Tuck A, Lurie S, McKenzie K, for the Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: issues and options for service improvement. 2010. Available from: [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key\\_Documents/en/2010/Issues\\_Options\\_FINAL\\_English%2012Nov09.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/en/2010/Issues_Options_FINAL_English%2012Nov09.pdf). Accessed 9 June 2018.
87. Holmes SM, Karlin J, Stonington SD, Gottheil DL The first nationwide survey of MD-PhDs in the social sciences and humanities: training patterns and career choices. *BMC Medical Education* 2017; 17(60). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0896-1>
88. Metz J, Petty J. Integrating and assessing structural competency in an innovative prehealth curriculum at Vanderbilt University. *Academic Medicine* 2017; 92(3): 354-359. doi:10.1097/ACM.0000000000001477
89. Petty J, Metz J, Keeys MR. Developing and evaluating an innovative structural competency curriculum for pre-health students. *Journal of Medical Humanities* 2017; 38(4): 459-471. doi: 10.1007/s10912-017-9449-1
90. Hansen H, Riano NS, Meadows T, Mangurian C. Alleviating the mental health burden of structural discrimination and hate crimes: the role of psychiatrists. *American Journal of Psychiatry* 2018; 175(10): 929-933. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080891>

*Acknowledgements*

*The authors thank Dr. Gesine Sturm for reviewing the early draft of this manuscript and Dr. Sylvia Novac for editing it. The Symposium was possible due to funding provided by Ryerson University, Consulat Général de France à Toronto, Institut Humanités & Sciences de Paris, INSERM-Instituts thématiques, and Université Paris Sorbonne-Cité. Local sponsors were Canadian Nursing Students Association-Ryerson Chapter, Collège Boréal de Toronto, Centre Francophone de Toronto, and Reflet Salvéo - French-Language Health Planning Entity. Publication was supported by Ryerson University, Faculty of Community Services-Writing Week Initiative.*

*To contact the authors:*

*Margareth Santos Zanchetta, Ph.D.  
Ryerson University  
Daphne Cockwell School of Nursing  
Faculty of Community Services  
288 Church St. office DCC 539  
Toronto, ON M5B 1Z5  
Canada  
E-mail: mzanchet@ryerson.ca*

*Abinet Gebremariam, M.A.  
Ryerson University  
Daphne Cockwell School of Nursing  
Faculty of Community Services*

*David Aftab Ansari, Ph.D.  
The University of Chicago  
Department of Comparative Human Development*

*Elizabeth Huang, M.A.  
Ryerson University  
Daphne Cockwell School of Nursing  
Faculty of Community Services,*

*Stéphanie Larchanché, Ph.D.  
Université Sigmund Freud  
Centre Minkowska and Sigmund Freud*

*Clément Picot-Ngo, Ph.D.(c)  
Université Paris-Diderot  
Faculté de Médecine*

*Marguerite Cognet, Ph.D.  
Université de Paris 7 (Paris-Diderot)  
Laboratoire URMIS (UMR IRD & CNRS)  
IHSS, Département de sciences sociales*

*Shone John, M.D.  
Royal Shrewsbury Hospital*





## Résumé

Les avantages de l'allaitement maternel sur la santé des nourrissons sont établis par de nombreuses études scientifiques. Par contre, des sentiments de culpabilité et d'échec peuvent être ressentis chez les mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif. Cet enjeu soulève l'importance de comprendre le vécu de ces mères qui évoluent en marge des politiques publiques et des pratiques de soin actuellement en faveur de l'allaitement maternel exclusif. Cette recherche qualitative présente l'analyse situationnelle des parcours de neuf mères ayant choisi des alternatives à l'allaitement maternel, interrogées sous forme d'entrevues semi-dirigées. Les résultats décrivent les processus décisionnels du choix alternatif à l'allaitement, situent ce choix à travers un ensemble de soins culturellement congruent à l'allaitement et positionne ce choix au regard de la norme sociale de l'allaitement. La discussion présente les processus de négociation et de résistance mobilisés par les mères concernant les différentes normes reliées à l'allaitement.

**Mots clés** allaitement, autonomie, processus décisionnel, analyse situationnelle, féminisme

## Une analyse situationnelle du discours des mères ayant choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif : enjeux pour la pratique infirmière

*SANDRINE VALLÉE-OUIMET, MONIQUE BENOIT, & PIERRE PARISEAU-LEGAULT*

### Introduction

Les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé des nourrissons et des mères sont inéluctablement établis dans la littérature scientifique.[1,2] À cet effet, de nombreuses organisations internationales dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)[3] et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)[4] encouragent formellement l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois en plus de suggérer fortement de poursuivre l'allaitement, par la

suite, jusqu'à 2 ans ou plus. Dans cette visée, différentes recommandations gouvernementales telles que celles véhiculées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux[5] et regroupements professionnels dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec[6] ou l'Ordre des Sages-Femmes du Québec[7] appuient ces lignes directrices favorables à l'allaitement maternel exclusif. Ces instances internationales, provinciales et professionnelles produisent ainsi des normes qui participent au développement ou au maintien d'une culture favorable à l'allaitement maternel exclusif.

Au Québec, l'Initiative amis des bébés (IAB) est un exemple d'outil permettant de faire de l'allaitement exclusif une norme dans les milieux de soin tel que promu tant par l'OMS[3], l'UNICEF[4], le MSSS[5] que l'OIIQ[6]. Afin d'atteindre cet objectif, visant à faire de l'allaitement la norme dans les milieux de soins, les infirmières sont incitées à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel exclusif.[6] Par conséquent, les infirmières se retrouvent au centre de discours et de pratiques reposant sur la promotion de la santé

du nourrisson à l'aide de normes portant sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif.[6]

La littérature scientifique suggère déjà la présence d'une tension entre le discours de l'allaitement maternel exclusif et les approches tolérant une alternative à ce type d'alimentation du nourrisson favorisant d'autres modes pour le nourrisson. Cette tension a pour effet de soulever plusieurs enjeux éthiques au sein même de la pratique infirmière. Dans un premier temps, le rôle de promotion de l'allaitement maternel exclusif chez le personnel infirmier[6] présente un risque de dissonance lorsqu'il se heurte à une approche de soins qui se veut centrée sur la mère, si cette dernière rencontre des difficultés d'allaitement ou ne choisit pas l'allaitement maternel exclusif pour son nourrisson.[8] Subséquemment, l'infirmière risque aussi de contraindre la relation de soin entretenue avec la patiente[9] ayant pour effet d'entraver la qualité de l'accompagnement lui étant offert.[10,11,12,13]

Plusieurs études qualitatives récemment menées sur le sujet montrent l'existence d'un sentiment de culpabilité chez les mères ne choisissant pas l'allaitement maternel exclusif[14,15,16,17,18,19,20] voire même, un sentiment d'échec [21,19]. L'étude exploratoire de Hvatum et Glavin[12] suggère que ces sentiments de culpabilité, de honte et d'échec s'expliquent par le désir des mères à se conformer aux normes favorables à l'allaitement maternel exclusif. De plus, la transmission d'informations éclairées sur le choix du mode d'alimentation du nourrisson est un enjeu éthique soulevé dans la littérature.[22] En ce sens, l'accessibilité de l'information et la modification de la disponibilité des informations sont des stratégies de santé publique utilisées par le gouvernement visant à favoriser l'adoption de comportements de santé sains.[23] En l'occurrence, cette stratégie génère un certain contrôle sur l'acquisition, l'utilisation, la rétention et la transmission d'informations véhiculées au grand public.[23] Conséquemment, l'étude de Fallon et ses collaborateurs[10] stipule que seulement 36 % des mères de leur échantillon (601 mères) qui avaient choisi le biberon se sentaient soutenues par les professionnels de la santé. En d'autres termes, cette tension entre les standards de pratiques favorables à l'allaitement soulève des enjeux éthiques pour l'infirmière quant à la transmission d'informations éclairées sur les choix d'alimentation du nourrisson[22] additionné à l'accompagnement des femmes à l'égard leurs prises de décision alternative à l'allaitement exclusif.[20]

Cette recherche qualitative a pour but de comprendre les tensions éthiques et cliniques à l'œuvre lorsque les pratiques de soin favorables à l'allaitement maternel exclusif se heurtent

aux choix alternatifs des mères à cet égard. Elle s'appuie sur la théorie des soins transculturels de Madeleine Leininger[24] et l'approche méthodologique s'inspire de la démarche d'Adele Clarke[25] afin d'analyser le discours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif. L'analyse situationnelle est une approche itérative qui tient compte de la perspective principale de la personne, acteur social central à l'étude, afin d'observer l'ensemble de l'univers social dans lequel la personne évolue.[25] Cette recherche vise à répondre à la question suivante : comment le choix d'une alternative à l'allaitement maternel exclusif est-il discursivement construit par les mères lorsqu'il se confronte aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales? L'objectif principal est d'explorer comment s'articule le choix du mode d'alimentation du nourrisson par les mères qui optent pour une alternative à l'allaitement maternel exclusif. L'objectif secondaire vise à décrire l'influence des normes associées à la performance parentale et maternelle sur la prise de décision des mères à l'égard du mode d'alimentation du nourrisson. L'objectif tertiaire est de décrire les effets d'un tel choix sur l'expérience générale de la maternité telle qu'elle est mise en discours par les mères.

## Cadre théorique

Le cadre de référence infirmier utilisé pour cette analyse est celui du soin transculturel de Leininger.[24] L'utilisation de ce cadre de référence vise principalement à comprendre les enjeux socioculturels des pratiques d'allaitement à travers le processus de maintien, de négociation et de restructuration du soin dans une culture de soin ou l'allaitement est présenté telle une norme. Dans sa pratique, l'infirmière peut préserver les soins culturellement congruents qui sont favorables à l'allaitement pour les mères qui souhaitent allaiter, accommoder les soins pour les mères qui formulent un choix partagé ou expriment des contraintes, ou finalement restructurer les soins pour les mères qui choisissent de ne pas allaiter. Dans cette visée, les participantes qui font des choix alternatifs à l'allaitement maternel exclusif évoquent une sous-culture. Les discours des participantes ont permis d'observer le pluralisme normatif de la culture de soin favorable à l'allaitement au sein duquel différentes normes se rejoignent ou se heurtent avec une force variable. La théorie de Leininger apporte une compréhension socioculturelle des pratiques d'allaitement des mères lorsque ces dernières s'éloignent des normes caractérisant les pratiques de soin favorables à l'allaitement. À travers les nombreuses initiatives visant à promouvoir l'allaitement, dont l'IAB, l'infirmière doit assister à certaines formations portant sur l'allaitement, offrir un apprentissage de qualité portant sur l'allaitement, adhérer

au contrôle des publicités à l'égard des formules lactées, favoriser la mise en place des dix conditions pour un succès de l'allaitement, etc.[5] Par conséquent, ces éléments évoquent des représentations non matérielles de la culture favorable à l'allaitement, éléments convoités de concert avec Clarke.[25]

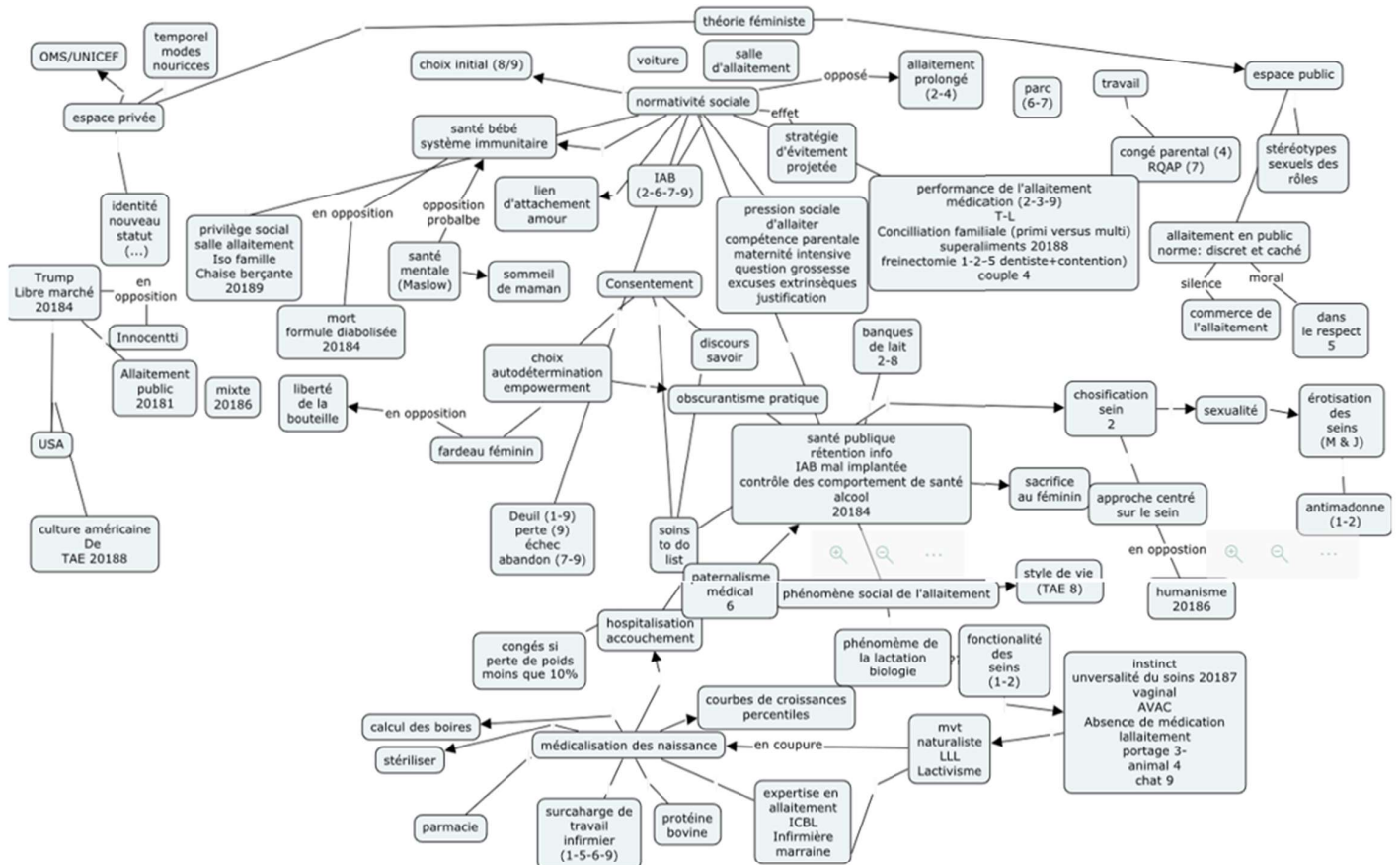
### Approche méthodologique qualitative inspirée de la théorisation ancrée

L'approche de type qualitative convoitée pour cette recherche est fondée sur l'analyse situationnelle du discours de mères qui ont choisi un mode alternatif à l'allaitement maternel exclusif. Cette approche développée par Adèle Clarke met l'emphase sur la perspective de personne comme élément central de l'analyse afin d'observer l'ensemble de l'univers social dans lequel elle évolue.[25] Cette analyse tient compte des discours, des silences et de l'influence du non humain qui évoque, entre autres, les produits culturels, la technologie, les animaux, les médias, et tant d'autres objets ayant une influence sur les représentations des personnes sur le monde vécu.[25] L'analyse des données s'opère à partir de trois styles de cartographies principales que Clarke[25] présente comme étant les cartes situationnelle, positionnelle et du monde social/arène. Ces cartographies visent à décrire l'ensemble

des éléments inhérents à la situation d'étude (exemple la figure 1) ainsi que les liens qui s'opèrent entre ceux-ci, les mondes sociaux ainsi que leurs chevauchements et les prises de position ou les absences de prise de position.[25] Le tout s'opère à partir d'une analyse du discours inspirée de la théorie foucauldienne, une importance marquée pour le non-humain et une considération importance pour les silences.[25] L'analyse situationnelle s'inspire des théories féministes duquel découle des concepts sensibilisant à l'objet d'étude dont la maternité intensive[17] ou le sacrifice féminin de la maternité.[26]

### Collecte des données

Pour participer à cette étude, les participantes devaient avoir choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif et avoir accouché au Québec après 2008, date à laquelle le Ministère de la Santé et des Services sociaux s'est octroyé le mandat de certification des établissements IAB.[5] L'année 2008 représente ainsi une date symbolique en ce qui concerne la culture de pratique favorable à l'allaitement maternel au Québec, malgré que l'on constate l'existence de telles pratiques bien avant cette date. Le recrutement s'est effectué durant l'été 2018 avec l'aide d'une affiche virtuelle présentée



sur les réseaux sociaux. Ce type de recrutement passif visait une participation libre et volontaire. À cet effet, un formulaire de consentement a été signé pour chacune des participantes et leur anonymat a été respecté au cours de cette recherche qui a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Des questionnaires sociodémographiques (tableau 1) et des entrevues semi-dirigées d'une durée approximative d'une heure trente ont été menés auprès des participantes de cette étude. Les entrevues ont été enregistrées sous forme audio et ont ensuite fait l'objet d'une transcription des verbatim. La confidentialité a été assurée par la codification des prénoms et noms des participantes. L'utilisation de réflexions personnelles d'introspection, la rédaction d'un journal de bord et l'apport de rapport post-entrevue sont des outils qui ont été utilisés afin de maximiser la réflexivité entourant cette problématique. Les résultats ont été analysés simultanément à la collecte des données sous forme de cartographie et d'analyse thématiques extraites à même les transcriptions du verbatim des entrevues. Au total, 14 expériences d'accouchement ont été partagées par les neuf participantes âgées de 26 à 40 ans, dont quatre primipares. Finalement, quatre participantes ont décrit l'alternative à l'allaitement maternel exclusif comme étant de la formule lactée exclusivement tandis que pour cinq des participantes, elle consistait en un mélange entre du lait maternel, obtenu par mise au sein ou extraction, et de la formule lactée.

## Résultats

Les résultats de cette recherche ont permis d'extraire trois principaux thèmes, qui sont : 1) le maintien des normes culturelles de l'allaitement maternel exclusif; 2) l'ajustement et la négociation des pratiques d'allaitement; et, 3) l'allaitement maternel exclusif comme enjeu de performance maternelle. Ce présent article vise à présenter les deux premiers thèmes obtenus avec l'aide de l'analyse des verbatim et des cartographies.

### 1. le maintien des normes culturelles de l'allaitement maternel exclusif: un enjeu de négociation du soin.

Ce premier thème présente principalement la construction du choix alternatif à l'allaitement maternel exclusif. Cette construction du choix évoque le choix initial, les contraintes décisionnelles, ainsi que le processus parfois complexe et difficile d'éclaircissement du choix.

*Choix initial.* D'abord, le choix du monde d'alimentation du nourrisson en période de préconception s'exprimait, pour la plupart, par un désir initial d'allaiter : « J'ai fait beaucoup de lectures sur le sujet et moi je m'étais toujours dit que j'allais allaiter mes enfants » (P8). Les deux principaux motifs évoqués étaient l'apport de l'allaitement sur la santé du nourrisson et sur le lien d'attachement. Pour la participante suivante, la santé du nourrisson était présentée de façon dichotomique à la maladie et l'allaitement diminuerait ainsi les risques que l'enfant soit malade : « Au niveau de la santé de l'enfant,

Données sociodémographiques	Nombre / %	
Âge en 2018		
-Entre 26 et 30 ans	4	44,0%
-Entre 31 et 35 ans	1	11,0%
-Entre 36 et 40 ans	4	44,0%
Dernier diplôme scolaire obtenu		
-Secondaire	1	11,0%
-Collégial	2	22,0%
-Baccalauréat	4	44,0%
-Maîtrise	2	22,0%
Statut matrimonial		
-Conjoint de fait	7	78,0%
-Mariée	2	22,0%
Durée du congé parental		
-De six mois à un an	7	78,0%
-Plus d'un an	2	22,0%
Nombre d'enfants		
-Un enfant	4	44,0%
-Deux enfants	5	56,0%

c'était que ça (l'allaitement) favorise les anticorps et que les enfants risquaient moins d'être malades » (P7).

*Contraintes décisionnelles.* Dans la littérature scientifique, comme dans l'espace public, il est possible de retrouver une association entre l'image de la bonne mère et l'allaitement.[14,15,17,27,9,28] À cet effet, les mères qui veulent répondre aux injonctions favorables de la maternité détiendraient à première vue un espace décisionnel amoindri.[29] À cet effet, les participantes de cette étude remettaient en question le caractère libre du choix qui était fait à l'égard du mode d'alimentation du nourrisson. En conservant leur liberté de choisir, elles devaient malgré tout négocier les contraintes symboliques associées aux injonctions sociales de la bonne maternité. La déception relative au choix du biberon est présentée par cette participante, qui dénote une contrainte bien réelle contribuant à nuancer la décision exercée: « On dirait que si tu te gardes une porte ouverte pour l'allaitement, le biberon est comme en dépit. Mais jusqu'où tu te rends, dans le fond ? » (P9). Cette perception de choix imposé semble aussi s'expliquer par la présentation de la supériorité du lait maternel retrouvé dans le discours de plusieurs participantes. Tel que : « La formule c'est moins bon. Le fer dans l'allaitement, c'est mieux » (P7). Dans cette visée, Thomson et al.[30] stipulent que le fait de donner le biberon entraîne le sentiment de ne pas agir dans le meilleur intérêt de son enfant naissant afin de lui assurer un *bon départ*. Cette notion de *bon départ* se retrouve au sein même de l'IAB, qui dépeint l'allaitement comme une pratique assurant « à chaque enfant, le meilleur départ possible dans la vie ».[5] Cette présentation évoque la conception de la maternité intensive qui présente le rôle de la mère telle une dévotion complète du plein potentiel de l'enfant.[17] Cette présentation de la maternité entraînerait une forme de performance qui n'est pas toujours compatible avec les autres sphères de la vie, dont la vie familiale.[28]

La représentation sociale du lait maternel comme étant supérieur aux autres modes d'alimentation s'illustre bien dans les propos de cette participante : « On avait justement lu beaucoup sur le lait maternel, c'est la meilleure des options » (P4).

*Éclaircissement du choix.* Dans le discours de toutes les participantes, les bénéfices de l'allaitement étaient présents. À ce sujet, plusieurs éléments étaient évoqués dont la simplicité : « Moi je trouvais ça (l'allaitement) simple et efficace » (P6) et l'aspect pratique de l'allaitement : « C'est pratique, tu as tout le temps du lait à la portée de main, à la bonne température » (P5). En contrepartie, les désavantages de l'allaitement se retrouvaient peu dans le discours des participantes. Pourtant,

les participantes ont toutes nommé l'impact négatif que pouvait avoir l'allaitement sur la santé mentale des mères. Pour cette participante, les impacts se retrouvaient tant sur le plan physique que mental : « J'aurais aimé que ça (l'allaitement) fonctionne, mais j'ai fait le choix. Entre être épuisée pour pouvoir donner du lait (maternel), choisir d'être une maman plus en forme et plus patiente» (P8). Toutefois, la fatigue ou encore le temps que nécessite l'allaitement n'étaient pas énoncés directement sous forme de désavantage de l'allaitement. Certains avantages de la formule lactée donnée par le biberon ont été soulevés dont un retour au travail plus rapide, le partage des boires avec l'autre parent et une plus grande liberté d'action. D'ailleurs, l'étude de Nihlén Fahlquist[19] présentait des propos de participantes qui associaient l'allaitement au manque de liberté d'action. Selon Badinter, l'allaitement à la demande du bébé brimerait le droit à la femme d'avoir du temps pour elle-même et le biberon proposerait un compromis libérant la femme de son rôle de mère afin de concilier ses besoins individuels à ceux du bébé.[26] Les propos de cette participante évoquent bien cette association entre la liberté d'action et l'utilisation du biberon :

Si je voulais sortir, j'avais quand même la liberté de pouvoir laisser (le bébé) à papa, ou mes parents, ou peu importe. Sans me sentir mal ou (me) dire (qu') il faut que je sois revenue dans une heure parce qu'il a soif (P2).

Finalement, les désavantages de la formule lactée donnée par le biberon relaté par plusieurs participantes regroupaient principalement : la logistique de la préparation, les coûts et le manque d'information en général. Plusieurs études soulèvent le manque d'information générale sur l'utilisation des formules lactées.[10,12,31,18,32] Certaines mères vivaient même une insatisfaction lorsqu'elles cherchent à obtenir de l'information portant sur les formules lactées auprès du personnel médical.[13] L'extrait suivant illustre cette insatisfaction :

Tu n'as pas de soutien non plus. Moi j'ai une amie pour qui l'allaitement n'avait pas fonctionné. Donc je me suis beaucoup référé à elle, mais l'infirmière du CLSC ne m'avait pas guidé sur comment augmenter les quantités de lait dans le biberon (...) même le pédiatre ne savait pas trop quoi me dire. Tu manques un peu de ressources (P9).

Selon Gostin[23], la santé publique détiendrait un certain contrôle sur les informations transmises et les comportements à adopter (ou éviter) afin d'optimiser la santé. La formule lactée s'inscrit culturellement tel un choix qui induit un certain niveau de risque pour la santé des bébés.[17,29] L'association symbolique de la formule lactée aux risques pour



la santé peut s'expliquer par l'absence de présentation des désavantages de l'allaitement, voir même des avantages du biberon dans les discours des participantes. Dans cette visée, la présentation des bienfaits de l'allaitement et des risques de la formule lactée évoquerait une rationalité qu'opère la santé publique dans la rétention et la distribution d'informations au regard des comportements favorables (allaitement) ou risqués (formule lactée) pour la santé.[30,33]

## 2. Ajustement des pratiques d'allaitement : entre restructuration et persuasion

Le second thème émergent des résultats présente une tension entre deux paradigmes actuels qui coexistent dans les soins offerts aux parturientes en milieu hospitalier. Cette cohabitation de paradigmes, soit la médicalisation des naissances et la culture de soins favorable à l'allaitement, crée des confrontations dont la force est variable et dont les effets sur le vécu des mères sont palpables lorsque leurs discours sont étudiés. Le premier paradigme de la médicalisation des naissances offre, à titre d'exemple, un contrôle de paramètres, dont les ingestions du bébé qui aurait historiquement été facilité avec l'implantation de la formule lactée.[34] Toutefois, la huitième des dix conditions pour un succès de l'allaitement maternel, qui constitue aussi un critère d'accréditation des établissements certifiés par l'IAB, prévoit d'encourager l'allaitement à la demande du bébé.[5] L'allaitement à la demande serait ainsi en rupture avec le calcul de la quantité de lait ingéré par le bébé et cadré selon un horaire. Tout comme Rivard[35] le propose, l'extrait suivant illustre la coexistence de ces deux paradigmes qui cohabitent au sein des guides informatifs remis aux parents : « Mes amies qui allaitent se font demander la quantité de lait que bébé boit (...) C'est écrit dans le Mieux-Vivre, un bébé de tant de mois est (censé) boire tant de quantité. Mes amies qui allaitement me le disent : mais je ne sais pas qu'elle quantité (il boit). » (P2). Ces discours contradictoires ont pour effet de créer de l'incertitude pour certaines mères, qui a été exprimée de la manière suivante par une participante : « Le discours n'est pas toujours uniforme. Pour certains parents, c'est difficile de s'y retrouver et ça peut même créer du stress, parce que tu ne sais plus à qui te fier » (P5).

*Influence des pratiques de soins médicalisées sur le vécu des mères.* La plupart des participantes ont fait référence à l'existence de pratiques spécialisées en allaitement, ce qui témoigne de la mise en place d'un discours d'expertise professionnelle en la matière. D'ailleurs, le développement d'une expertise en allaitement serait une des visées de la médicalisation de la nutrition du nourrisson.[34] Le terme

« spécialiste » a été évoqué à plusieurs reprises: « On a vu une pro en allaitement (...) la spécialiste en allaitement » (P1). [Et] « Une infirmière en lactation, elle était spécialisée là-dedans » (P8). De cette expertise pouvait découler un discours d'autorité professionnelle dont les injonctions centrées sur la responsabilisation maternelle ont produit un sentiment de culpabilité chez cette participante :

Il (le pédiatre) regarde sur la courbe (de croissance), puis il me chicane : Oui, bien là ton enfant, il ne prend pas assez de poids. Tu n'allaites pas assez. Bien là, comment ça, je n'allaites pas assez ? En même temps, je me disais : comment on fait pour allaiter plus ? (P4)

Le discours d'expertise sur l'allaitement auquel adhèrent les professionnels de la santé était, pour une autre participante, un enjeu de pouvoir qui positionne la mère dans une situation de soumission à l'autorité. Les mots « influençable », « ne connais pas » et « embobiner » font l'éloge d'un manque de contrôle perçu par celle-ci :

Parce que si tu es moindrement influençable, et que tu ne connais pas ça, et que, disons, soit quelqu'un qui n'a pas d'éducation, soit quelqu'un qui ne connaît pas du tout le milieu médical, bien tu te fais embobiner là-dedans. Facilement (P6).

Différents enjeux de pouvoir entre l'expertise médicale et l'autonomie des mères émergeaient des discours des participantes. Ainsi, l'absence de contrôle sur la situation et l'emprise du cadre médical était bien présentée par cette participante, qui attribue la fin de l'hospitalisation aux critères unilatéralement définis par l'autorité médicale. L'allaitement représentait un enjeu pour l'obtention du congé de l'hôpital pour la participante suivante, puisque la prise de poids du bébé était insatisfaisante selon les paramètres médicaux établis : « Il (bébé) faut qu'il mange. Il a perdu presque deux livres. Vous ne me laissez pas sortir de l'hôpital s'il ne prend pas de poids, mais vous refusez qu'il prenne autre chose que le sein » (P6). Cet extrait présente la cohabitation entre les approches de médicalisation de soin et celles plus favorables à l'allaitement exclusif de laquelle découle également un processus de culpabilisation systématique des mères qui se retrouvent au cœur de ces tensions.

Pour représenter ces enjeux de pouvoir, la forme symbolique a été utilisée par une participante: « Elle (l'infirmière) est arrivée avec ses gros sabots dans notre chambre pour nous expliquer (la mise au sein) » (P1). Cet extrait représente l'infirmière par sa rudesse tout en la positionnant telle une figure d'autorité qui explique la mise au sein aux femmes devenues mères. Pourtant, une approche rude et directive des professionnels de la santé serait associée à un support négatif et défavorable au développement de la confiance en soi chez les mères.[36]



Le langage non verbal de l'infirmière responsable de ses soins a aussi été soulevé par cette participante: « Je revois l'infirmière dans la porte de la chambre qui dit : Vous choisissez de donner le biberon. Avec (...), les mains sur les hanches. Je dis oui. Bien, elle dit, on n'en a pas ici » (P9). Dans cet extrait, le choix des mots rend explicite l'absence de disponibilité quant au choix alternatif à l'allaitement additionné aux enjeux de pouvoirs exprimés par différentes stratégies informelles et persuasives telles que l'attitude et l'utilisation d'une posture d'autorité. La transgression de certaines limites personnelles de la part des infirmières envers les participantes a aussi été soulevée. Certaines interventions auxquelles ont été soumises les participantes ont été vécues de façon intrusive et irrespectueuse de leur espace privé. Une participante présentait cette intrusion par rapport à la notion de soi, notamment parce que son consentement n'a pas été recherché avant d'effectuer un soin sur elle-même et sur son enfant: « Puis une infirmière, qui te touche le sein, prend ton bébé comme ça, c'est, à moi. C'est mon enfant. Ne prends pas mes choses » (P7). Pour cette autre participante, c'est le sentiment de dépossession de son corps qui exprimait cette intrusion, soulevant par le fait même une forme d'objectification du sein, ici construit comme un objet détaché du corps féminin dont la fonction unique serait de nourrir le bébé :

Un moment donné, à l'hôpital, je me disais, ok, mon corps ne m'appartenait plus. La première fois, l'infirmière avec le tire-lait elle m'a ouvert la jaquette. Prit le sein. Ramasser le tire-lait. (...) Moi j'avais mal, je voulais juste m'en aller chez moi, c'était juste ça, donc pogne les, mes seins, à la limite, fais juste nourrir (P9).

La perméabilité des frontières entre les espaces privé et public dans un contexte d'allaitement est également

présentée par ce sentiment d'intrusion dans la vie familiale des participantes. Le sein de la participante, généralement confiné à la sphère privée, serait ainsi politisé et investit des injonctions sociales associées à la maternité et à l'allaitement. Cette déconstruction du corps rappelle le paradigme de la médicalisation des naissances qui vise un contrôle de paramètres spécifiques, la lactation, dissociée de l'allaitement comme pratique corporelle, culturelle, sociale et comme un rituel familial.[34] Le pouvoir, le savoir et l'autorité du personnel médical représentent ici la sphère publique, mais également l'autorité professionnelle investit des discours de la santé publique portant sur l'allaitement maternel.

*Effet de la culture du soin favorable à l'allaitement sur le vécu des mères.* Différentes représentations de la culture de soin favorable à l'allaitement se retrouvaient dans les discours des mères. Certaines nommaient, par exemple, l'autorité perçue des instances gouvernementales: « Santé Canada préconise l'allaitement par rapport à la formule [lactée] » (P1). Pour d'autres, l'idéologie favorable à l'allaitement présente au sein de l'environnement culturel était soulevée. Cette participante fait directement référence à l'IAB :

Je trouvais dommage aussi que les hôpitaux ont la bannière, amis des bébés. C'est, amis des bébés, mais, selon l'allaitement. C'est amis des bébés pour l'allaitement, mais pour moi amis des bébés c'est de s'adapter aux besoins du bébé et de la maman (...) je trouve que ça ne reflète pas la réalité. Bien, ça reflète la réalité d'un environnement où l'on prône que l'allaitement exclusif. Mais ça ne reflète pas la réalité d'une maman qui n'est pas capable d'allaiter, ou que ça ne fonctionne pas avec son bébé, ou qui veut juste autre chose. Ça ne reflète pas cette réalité-là. Mais ça reflète la réalité des hôpitaux qui prônent l'allaitement exclusif (P2).

Tableau 2. Instruments de maintien pour l'allaitement

Données socio-démographiques	Logistique
Cuillère :	Puis une heure après avoir allaité, tu dois tirer ton lait. Puis ce que tu aurais récolté, faut le donner à la cuillère. (...) Une cuillère en plastique. De cafétéria. Un peu tranchante sur le bord. (...) Voyons donc. C'est un bébé. Je n'étais pas prête à ça. (...) Voir que je vais lui donner le peu (de lait recueilli, puis il (le bébé) se débattait. (...) De toute façon, j'en avais tellement pas, c'est ça qui est ridicule (P9).
Contenant à médicaments :	Ils ont essayé ça, le gobelet, la petite affaire de médicaments. C'est ce qui a le mieux marché. Puis c'est vraiment un hasard, c'est l'infirmière qui a dit c'est assez. Mais elle ne voulait pas essayer le biberon (P6).
Seringue :	Je tirais le colostrum, en fait je prenais le colostrum avec des massages, dans un petit cup (récipient) qui donnait puis, après cela, il (le personnel hospitalier) le mettait dans une seringue, et puis on lui donnait avec le doigt (P2).
Téterelle :	Ils (le personnel hospitalier) m'ont dit, bon prends une téterelle. Mais une téterelle, c'est comme une tétine en silicone, que tu mets, pour qu'il y ait un bout qui colle. Ça ne marchait pas, le petit (bébé) s'enrageait parce que ça arrachait. Ça ne tenait pas. On a dit, ok, tirer le lait ça ne fonctionnait pas non plus. Et puis, on s'est mis les deux (couple) à pleurer (P7).

Un des critères d'accréditation IAB en milieu hospitalier est le taux d'allaitement fixé à 75%.<sup>[5]</sup> À cet effet, une des participantes remettait en question l'existence de ce taux à atteindre : « Un moment donné, je me suis demandé s'il n'avait pas une cote sur le nombre de mères qui allaitent » (P9). Les résultats de l'étude de Hunt et Thomson<sup>[11]</sup> suggèrent que les mères ont parfois l'impression que le personnel médical utilise une approche fonctionnelle et théorique de l'allaitement dans le but de répondre à certaines directives. Pour cette participante, la culture de soins favorable à l'allaitement a eu un effet de contrôle de l'information et une absence conséquente de support à sa décision :

Elle (l'infirmière) est venue, nous voir et nous a dit : on le savait, que tu ne pouvais pas allaiter, mais on ne pouvait pas te le dire. On savait que ça ne marcherait pas. Mais on est tellement pro-allaitement. (P7)

Lakshman et ses collaborateurs<sup>[21]</sup> proposent que certains professionnels de la santé n'offrent aucun support portant sur le biberon en période postnatale, ce qui fait écho aux propos de cette participante: « Dès que cette personne-là a pris sa décision (référant aux mères), qu'elle (l'infirmière) soit en accord ou pas avec toi, il faut que tu la respectes. Ça devient du respect de l'humain » (P6). Dans un autre ordre d'idée, plusieurs instruments visant à maintenir l'allaitement maternel exclusif se retrouvaient dans la culture de soins favorable à l'allaitement. L'utilisation d'une cuillère, d'un contenant à médicament, d'une seringue et d'une tétérille faciliterait cette culture. Cependant, la logistique de ces outils était, pour un grand nombre des participantes, laborieuse et insatisfaisante (tableau 2).

À titre d'instrument incorporé aux pratiques de soins favorables à l'allaitement, le tire-lait se retrouvait au centre de plusieurs discours des participantes. En l'occurrence, le tire-lait aurait permis, avec la médicalisation des naissances, de dissocier la lactation du phénomène de l'allaitement<sup>[37]</sup>, de rendre facultative la mise au sein dans le désir de donner du lait maternel à son nourrisson ou de quantifier les boires.<sup>[38]</sup> Une participante de cette étude se positionnait en rupture

avec la façon dont était utilisé le tire-lait en milieu hospitalier.

Je n'ai jamais, jamais, jamais, jamais, tiré mon lait pour le (bébé) faire boire. On dirait qu'ils (le personnel hospitalier) m'ont vraiment écœuré. C'est comme s'ils m'avaient coupé le goût. Ils m'ont écœuré en me levant la nuit, en m'obligeant (P6).

Irrémédiablement, le biberon était soit ignoré, mis sous silence ou présenté dans une perspective de peur. Cette peur faisait référence au risque d'un refus ultérieur du sein chez le nourrisson. En ce sens, la neuvième condition pour un succès de l'allaitement maternel, critère de certification de l'IAB, propose d'interdire les tétines aux bébés allaités au sein.<sup>[5]</sup> Dans cette visée, offrir le biberon ou la suce à son bébé pouvait susciter de la culpabilité chez certaines mères :

C'était que si je donnais la suce, il (le bébé) allait s'habituer et il n'allait plus vouloir faire l'effort de téter. Donc, à partir du moment où moi je lui donne une suce, moi je lui donne un biberon, puis que suite à cela, il ne tète plus, c'est de ma faute (P3).

Cette confusion entre le sein et la tétine s'expliquerait par la différence dans le développement des habiletés motrices orales exigées pour un allaitement comparativement à la succion d'une tétine.<sup>[39]</sup> Toutefois, pour cette participante, cette peur allait à l'encontre des expériences positives associées à la maternité.

On te fait tellement peur du fait que le bébé ne reprendra pas le sein. S'il (le bébé) a goûté à un biberon. Puis moi là-dessus ça n'a pas été ça. J'ai un 100 % de vécu où mes deux bébés ont repris, 100 % le sein (...) On te fait peur avec la suce, puis avec ci, puis avec ça. (...). C'est ridicule parce qu'on empêche des femmes de vivre des beaux moments, je pense (P6).

Cette mise sous silence du biberon, affirme une autre participante, rendrait ainsi tout échec de l'allaitement exclusif impossible : « Jamais qu'elle (l'infirmière) ne m'a dit : Écoute, si vraiment tu vois que ça ne marche pas, tu peux aller vers des biberons. Jamais! Cela n'a jamais été une possibilité proposée. Jamais, jamais. Jamais » (P9). Pourtant, Jones et Stoppard<sup>[40]</sup> présentent le transfert d'informations alternatives à l'allaitement, dont l'utilisation du biberon, telle

Tableau 3. Cohabitation des paradigmes de la culture de soin favorable à l'allaitement et de la médicalisation des naissances

	Culture de soin favorable à l'allaitement	Médicalisation des naissances	Tensions issues de la cohabitation des deux paradigmes
Focalisation	Femme	Sein	Enfant
Processus	Allaitement (social)	Lactation (biologique)	Nutrition
Approche	Holistique	Technique	Centrée sur l'enfant
Principe directeur	Autonomisation	Assujettissement au savoir expert	Assujettissement normatif

une pratique favorable à un processus décisionnel éclairé. Cette prise de décision éclairée nécessite par conséquent d'entrevoir et de considérer pleinement les difficultés de l'allaitement maternel exclusif, plutôt que de représenter cette (im)possibilité comme un échec personnel.

Finalement, différentes études critiquent l'approche biomédicale de l'allaitement et proposent que les besoins des mères soient davantage au centre des soins.[41,42,43,10] L'approche centrée sur la personne a été très significative dans le parcours d'une participante. Ses propos exposent les dimensions relationnelles octroyant par le fait même un accompagnement individualisé :

On s'entend-tu que dans le milieu de la santé, tu en fais des affaires en deux heures. Tu en pèses des bébés. Puis elle (l'infirmière) s'est assise et elle m'a écoutée. Puis elle m'a donné des conseils et a vraiment fait une super job (P6).

L'analyse des résultats de cette section présente une tension importante au sein du discours des participantes. Cette tension s'expliquerait notamment par la cohabitation des deux paradigmes : la médicalisation des naissances et de la culture de soins favorable à l'allaitement exclusif[35] (tableau 3). Cette cohabitation aurait pour effet d'induire un sentiment de culpabilisation ou d'incertitude chez plusieurs participantes. Les frontières entre les discours dominants sont fluides et communicatives[25] soumettant une rencontre parfois harmonieuse et parfois discordante.

## Discussion

Au sein des discours provenant des expériences des mères de cette étude, le choix d'une alternative à l'allaitement exclusif se confronte à un ensemble hétérogène de normes sociales et de pratiques institutionnelles, qui se heurtent, ou s'arriment selon une force variable. Selon une compréhension culturelle du soin, ces discours se regroupent principalement sous l'ordre de: la confusion, l'accommodation, l'appréhension, ainsi que la justification.

*La confusion.* Les résultats proposent une rencontre entre deux mouvements d'influence dans les institutions de santé qui offrent des soins de périnatalité (la médicalisation des naissances et la culture de soin favorable à l'allaitement). La cohabitation de ces deux mouvements pouvait faire vivre de la confusion aux participantes. Les résultats soulèvent une dissonance dans l'anamnèse de l'infirmière qui, dans sa pratique, doit favoriser l'allaitement afin d'être culturellement congruente à la culture de soin et qui cherche à la fois à contrôler certains paramètres médicaux, dont les ingestions du bébé. En effet, les mères qui avaient allaité durant

l'hospitalisation demeuraient perplexes et confuses lorsque les infirmières leur demandaient la quantité de lait ingéré par le bébé. Une étude propose en ce sens que les mères peuvent vivre de la confusion, voire de la colère, devant les conseils contradictoires des professionnels de la santé.[20] Conséquemment, il pourrait être pertinent pour les infirmières de surveiller les différents signes proposés par Ross[44] (nombre de mictions, comportement du bébé après la tétée, quantité et couleurs des selles, état des seins, prise de poids du nourrisson, etc.) plutôt que de questionner les mères sur la quantité de lait donnée chez celles qui font des allaitements avec mise au sein.

*L'accommodement.* Le discours d'expertise en allaitement qui découle du savoir dominant positionnait certaines mères de cette étude en situation d'apprenantes. Différentes stratégies informelles et persuasives dont les attitudes, l'utilisation d'une posture d'autorité ou encore par le choix des mots permettait de présenter les enjeux de pouvoir entre l'infirmière et la patiente.

Des silences percutants jaillissaient de cette sélection linguistique telle que l'absence de présentations des désavantages de l'allaitement. Ce silence reflète ainsi une rationalité assumée, de la part des acteurs et actrices investis d'un rôle en santé publique visant à souligner les informations favorables à l'allaitement exclusif et minimiser l'importance des informations pouvant nuire à l'atteinte d'un tel objectif. Informer les mères des avantages de l'allaitement tout en mettant sous silence les désavantages de l'allaitement expose une forme de contrôle de l'information qu'opère la santé publique afin de minimiser les comportements jugés risqués pour la santé.[17] Dans cette visée, l'allaitement serait présenté comme un choix sécuritaire et la formule lactée serait socialement présentée tel un comportement risqué pour la santé ou s'écartant du meilleur intérêt du nourrisson.[15,17,29] Pourtant, certains auteurs proposent que la santé publique doive davantage miser sur l'éducation afin de fournir les outils nécessaires pour favoriser des prises de décisions éclairées.[33] De plus, la santé publique devrait aussi différencier les objectifs d'informer et de convaincre les populations, car la persuasion évoque un paternalisme défavorable à l'autonomie des mères, dont les effets néfastes sur leurs expériences d'allaitement et de non-allaitement ont été démontrés par cette étude.[45] En somme, une approche infirmière centrée sur la personne ainsi qu'une plus grande présentation des alternatives à l'allaitement maternel ainsi que leurs avantages pourrait favoriser l'autonomie des mères.

*L'appréhension.* Le vécu associé à l'allaitement peut être caractérisé par différentes craintes chez les mères, qui sont

expliquées par l'attitude autoritaire du personnel soignant et qui peuvent également inciter les mères à s'autocensurer, voire mentir aux infirmières à l'égard du mode d'alimentation choisi. D'abord, cette appréhension dans un contexte de soins va à l'encontre des propriétés attendues du consentement aux soins, qui doit être formulé librement et en connaissance de cause.[46] Ensuite, les connaissances à l'égard des informations portant sur l'allaitement maternel doivent permettre à la patiente d'exercer son pouvoir décisionnel et l'espace relationnel dans lequel évolue cette dernière doit faciliter cette prise de décision. Ainsi, la pondération qu'effectuent les mères vis-à-vis les éléments qu'elles jugent importants ne peut être faite qu'en ayant une connaissance générale de tous les enjeux concernés par une situation, dans un contexte exempt de craintes relié au choix qui sera réalisé. Dans un contexte de soins culturellement congruent à l'allaitement maternel, l'approche de Leininger[24] présente une ouverture au processus décisionnel des mères. Cette ouverture permet à l'infirmière une négociation et parfois même une restructuration du soin culturellement congruent afin de rendre compte des perspectives partagées ou dissonantes de la soignée.[24] Dans cette perspective, il devient possible pour l'infirmière qui adhère pleinement à la culture de soins favorable à l'allaitement d'offrir des soins individualisés qui répondent aux besoins de la parturiente. Or, négocier ou restructurer le soin offert aux femmes qui choisissent une alternative à l'allaitement maternel exclusif permet de tendre vers une congruence culturelle. En contrepartie, maintenir un soin favorable à l'allaitement maternel exclusif chez les mères qui choisissent une alternative à l'allaitement octroie une dissonance de soin et peut contribuer à l'iniquité des relations de pouvoir entre l'infirmière et la parturiente. En conséquence, cette iniquité s'exprime à certains égards par un discours d'appréhension. L'enjeu n'est donc pas de remettre en question l'importance de l'allaitement maternel exclusif, mais d'assurer la mise en œuvre de pratiques flexibles et respectueuses du vécu des mères.

*La justification.* Dans la littérature scientifique et auprès des participantes de cette étude, les bénéfices de l'allaitement ont été soulignés à grands traits. Actuellement, peu de mères ignorent que l'allaitement est le choix optimal pour la santé des nourrissons.[47] Conséquemment, toutes les participantes de cette étude avaient choisi initialement l'allaitement. Ce choix initial expose l'influence de la norme actuelle qui est favorable à l'allaitement dans leur processus décisionnel. Dans cette visée, cette adhérence à la norme peut octroyer une forte pression chez les mères et Bayard[47] s'interroge sur la moralité de cette norme, qui aurait pour effet d'instaurer une ligne de partage entre les « bonnes » et les « mauvaises » mères. De

plus, Knaak[15] suggère qu'un choix alternatif à l'allaitement maternel exclusif soit actuellement perçu comme étant moralement déviant au sein des sociétés contemporaines. La pression sociale d'allaiter son nourrisson a été soulignée par plusieurs mères de cette étude, ce qui illustre bien cette ligne de partage à la fois symbolique et subjective. Dans de telles circonstances, les injonctions morales associées à la maternité auraient un effet marqué sur le choix que font les mères à l'égard du mode d'alimentation du nourrisson. La pression des instances officielles et du discours d'expertise a aussi pour effet de positionner l'allaitement au-delà d'une simple décision individuelle, puisqu'elle implique également et directement le bien-être du nourrisson.[15] Dans la société actuelle, la valorisation du lait maternel et la dévalorisation des formules lactées participeraient au conditionnement des croyances et des décisions au regard du mode d'alimentation du nourrisson choisi.[15]

### Avantages et limites de la recherche

L'originalité de cette recherche s'appuie principalement sur l'apport du cadre conceptuel infirmier de Leininger[24] présenté sous l'angle de la normativité sociale de l'allaitement afin d'en faire une analyse situationnelle.[25] Cette approche théorique a permis d'observer les enjeux culturels de l'allaitement afin de mieux comprendre les particularités du processus de négociation ou de restructuration du soin lorsque des mères choisissent des alternatives. À cet effet, cette étude fait l'état d'expériences de mères qui habitent un pays industrialisé octroyant des enjeux d'allaitements bien différents des pays en émergence. Bien que le modèle théorique de Leininger[24] ait permis d'observer les enjeux culturels de l'allaitement maternel, ce dernier présente certaines limites, la plus évidente étant la considération de la sociologie des genres participant à ce phénomène. Néanmoins, la contribution de l'analyse situationnelle comme méthode de recherche a permis de mettre en lumière la diversité et la complexité de la construction des rapports identitaires au seuil d'une représentation de la maternité véhiculée comme étant naturelle et instinctive. Dans cette visée, le modèle théorique de Leininger[24] ne permettait pas à lui seul de tenir compte des tensions identitaires retrouvées dans les concepts sensibilisants de la maternité intensive[17] ou du sacrifice féminin de la maternité[26] puisqu'il ne propose pas l'analyse directe des discours portant sur l'allaitement, un des principaux vecteurs de cette norme dite biologique de la maternité, maintes fois déconstruite par les théories féministes, spécialement par Badinter.[24]

Les résultats de cette recherche visent un avancement des

connaissances en sciences infirmières sur un phénomène peu étudié et positionnent l'allaitement tel un enjeu qui s'inscrit dans un contexte global et culturel afin de comprendre le phénomène avec ouverture. Cependant, l'état des connaissances est peu développé sur le sujet ce qui soumet une limite quant à la quantité d'articles scientifiques pertinents et récents. Les résultats de cette étude qualitative détiennent un petit échantillon et ne visent pas la généralisation du phénomène à l'ensemble de la population des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif. Ces résultats permettent d'apprécier les discours qui réfèrent à des limites normatives et éthiques relatives aux injonctions sociales ciblant l'allaitement. La documentation des discours des participantes de cette étude possède également l'avantage de fournir différentes pistes de réflexion afin de contribuer à l'émergence de pratiques plus sensibles, adaptées et respectueuses du vécu des mères qui font le choix d'une alternative à l'allaitement exclusif. Malgré son efficacité notable, le recrutement en ligne demeurerait limité aux personnes présentes sur les réseaux sociaux et qui ont une facilité à lire et s'exprimer sur cette plate-forme. De plus, pour certaines mères, les expériences de naissances dataient de quelques années ce qui peut altérer potentiellement la mémoire de certains souvenirs. Finalement, l'ensemble des recherches recensées ainsi que l'échantillon de l'étude ne présentaient que des couples hétérosexuels. À cet effet, Lee[48] soulève l'importance d'apporter une sensibilité aux communautés LGBTQ+ dans les études portant sur l'allaitement.

## References

1. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific. Journal of Public Health* 2016; 28(1): 7-14.
2. Colen CG, Ramey D M. Is best truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social, Science and Medicine* 2014; 109: 55-65.
3. Organisation mondiale de la santé. Allaitement maternel exclusif. 2021. Disponible sur [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/fr/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/). Consulté le 23 avril 2021.
4. UNICEF. Allaitement. 2021. Disponible sur [http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html). Consulté le 23 avril 2021.
5. Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. Initiative des amis des bébés. 2021. Disponible sur <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/amis-des-bebes/>

Consulté le 23 avril 2021.

6. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. 2015. Disponible sur <http://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf>. Consulté le 2 novembre 2020.
7. Ordre des Sages-Femmes du Québec. Philosophie et normes de pratique. 2020. Disponible sur : <https://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/> Consulté le 2 novembre 2020.
8. Goberna-Tricas J, Banus-Gimenez R, Palacio-Tauste A., Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care service and experienced by women. *Midwifery* 2011; 27: 231-237.
9. Murphy E. "Breast is best": infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health and Illness*. 1999; 21(2): 187-208.
10. Fallon V, Komninou S, Bennett K M, Halford J C G, Harrold J A. The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Maternal and Child Nutrition*. 2017; 13(4): 1-14.
11. Hunt L, Thomson G. Pressure and judgement within a dichotomous landscape on infant feeding: a grounded theory study to explore why breastfeeding women do not access to peer support provision. *Maternal and Child Nutrition*. 2017; 13(2): 1-13.
12. Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 26(19-20): 3144-3155.
13. Wirihana L A, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women and Birth*. 2011; 25(3): 135-141.
14. Chabrol H, Walburg V, Teissedre F, Armitage J, Santrisse K. Influence of mother's perceptions on the choice to breastfeed or bottle-feed: perceptions and feeding choice. *Journal of Reproductive and Infant*. 2004; 22(3): 189-198.
15. Knaak S J. Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society. *Health, Risk & Society*. 2010; 12(4): 345-355.
16. Labbok M. Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: the physician's role. *Journal of Human Lactation*. 2008; 24(1): 80-84.
17. Lee E. Living with risk in the era of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health, Risk and Society*. 2008; 10(5): 467-477.



- 18.Mander R. Baby friendly-motner friendly? Policy issues in breastfeeding promotion. *Midirs Midwifery Digest*. 2008; 18(1): 104-108.
- 19.Nihlén Fahlquist J. Experience of non-breastfeeding mothers. Norms and ethically responsible risk communication. *Nursing Ethics* 2016; 23(2): 231-241.
- 20.Redshaw M, Henderson J. Learning the Hard Way: Expectations and Experiences of Infant Feeding Support. *Birth Issues in Perinatal Care*. 2012; 39(1): 21-29.
- 21.Lakshman R, Ogilvie D, Ong K K. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch. Dis Child*. 2009; 94(8) : 596-601.
- 22.Chumova, M. Le guide pratique mieux vivre avec notre enfant : témoin des discours et représentations autour de l'allaitement. In : Bayard C, Chouinard C (eds). *La promotion de l'allaitement au Québec*. Montréal: les Éditions remue-ménage, 2014; 45-65.
- 23.Gostin L O. *Public health law: power, duty, restraint*. (2e ed). Los Angeles: University of California Press, 2008.
- 24.Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3): 189-192.
- 25.Clarke A, Friese C, Washburn R. *Situational Analysis. Grounded theory after the interpretative turn*. California : Éditions Sage, 2018.
- 26.Badinter E. *Le conflit, la femme et la mère*. Paris: Flammarion, 2010.
- 27.McBride-Henry K. The influence of the "They": An interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qualitative Health Research*. 2010; 20(6): 768-777.
- 28.Spencer R L, Greatrex-White S, Fraser D M. 'I thought it would keep them all quiet'. Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: an interpretive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(5): 1076-1086.
- 29.Striley K M, Field-Springer K. The bad mother police: theorizing risk orders in the discourses of infant feeding practices. *Health Communication*. 2014; 29(6): 552-562.
- 30.Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. Shame if you do – shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal and Child Nutrition*. 2015; 11(1): 33-46.
- 31.Lee E. Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociology of Health and Illness*. 2007; 29(7): 1075-1090.
- 32.Thomson G, Dykes F. Women's Sense of Coherence related to their infant feeding experiences. *Maternal and Child Nutrition*. 2011; 7(2): 160-174.
- 33.Wolf J. Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of health Politics, Policy and Law* 2007; 32(4): 59.
- 34.Eden A R. New professions and old practices. Lactation consulting and the medicalization of breastfeeding. In Smith P H, Hausman B L, Lobbok M. (eds), *Beyond health, beyond choice: breastfeeding constraints and realities*. New Jersey: Rutgers University Press, 2012, 98-109.
- 35.Rivard A. *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal: les Éditions remue-ménage, 2014.
- 36.Sheehan A, Schmied V, Barclay I. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal and Child Nutrition*. 2009; 5(2): 138-150.
- 37.McCarter-Spaulding D. Is breastfeeding fair? Tensions in feminist perspectives on breastfeeding and the family. *Journal of Human Lactation*. 2008; 24(2): 206-212.
- 38.Johns H M, Amir L H, McLachlan H L, Forster D A. Brest pump use among mothers of healthy term infants in Melbourne Australia: A prospective cohort study. *Midwifery*. 2016; 33: 82-89.
- 39.Lowdermilk L D, Perry E S, Cashion K. *Périnatalité*. Montréal: Chenelière education, 2018.
- 40.Jones S R, Stoppard M. Baby Friendly Hospital: are we failing mother who formula feed their babies? *Journal of family health care*. 2011; 21(1): 12-14.
- 41.Battersby S. The role of the midwife in breastfeeding: Dichotomies and dissonance. *British Journal of Midwifery*. 2014; 22(8): 551-556.
- 42.Benoit B, Goldberg L, Campbell-Yeo M. Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion. *Midwifery*. 2016; 34: 58-65.
- 43.Carroll M, Gallagher L, Clarke M, Lillar S, Begley C. Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*. 2015; 31 : 640-646.
- 44.Ross L. *Guide de santé postnatale 9 mois plus tard*. 2003. Disponible sur <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57392>. Consulté le 2 novembre 2020.
- 45.Massé R. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et*

normativité. (6e ed). Québec: Les presses de l'Université Laval, 2014.

46. Code civil du Québec. RLRQ c CCQ-1991. 1991. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991> Consulté le 2 novembre 2020.

47. Bayard C. Introduction. In Bayard C, Chouinard C. (eds), La promotion de l'allaitement au Québec. Montréal: les éditions remue-ménage, 2014, 17-22.

48. Lee R. Queering lactation: contributions of queer theory to lactation support for LGBTQIA2S+ individuals and families. *Journal of Human Lactation*. 2019; 35(2): 233-238.

49. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière (4e ed). Montréal : Chenelière Éducation, 2017.

#### *Remerciements*

*Les auteures remercient le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour la bourse de fin d'études de deuxième cycle remis à la première auteure. Des remerciements sont aussi adressés au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais qui a permis la réalisation de ce projet de maîtrise.*

#### *Pour contacter les auteur-e-s:*

*Sandrine Vallée-Ouimet, Inf. M.Sc.  
Université du Québec en Outaouais  
5, rue St-Joseph  
Saint-Jérôme, Québec, J7Z 0B7  
Canada  
Courriel: Sandrinev.ouimet@hotmail.com*

#### *Benoit, Monique, Ph.D.*

*Université du Québec en Outaouais  
Département des sciences infirmières*

#### *Pierre Pariseau-Legault, Inf., Ph.D., LL.M.*

*Université du Québec en Outaouais  
Département des sciences infirmières*

## Résumé

L'image du zombie frappe l'imagination humaine et se décline dans différents espaces artistiques et populaires. La figure du zombie aborde des notions de pandémie et de prévention des infections. Toutefois, le concept de zombie est très peu mobilisé en sciences infirmières, contrairement aux sciences sociales. Cet article théorique critique a pour objectif d'explorer l'esthétique du zombie en sciences infirmières. La zombie catégorie d'Ulrich Beck a permis de penser la charogne, les corps à risque ainsi que les rôles de l'infirmière en prévention des infections. Nous soutenons que l'infirmière est zombifiée à la fois par son espace de pratique mais également par sa formation théorique. En effet, plusieurs modèles conceptuels constituent à eux-seuls des zombies catégories en rupture avec le corps charnel.

**Mots clés** critique, infirmières zombies, nursing, prévention des infections, zombie catégorie

## L'esthétique du zombie où l'art du combat des infirmières contre l'Infection

*LAURENCE BERNARD*

### Introduction

L'image du zombie frappe l'imagination humaine et se décline dans différents espaces artistiques populaires tels que le film, le jeu vidéo ou encore le livre. Cette image est celle de ce corps pas tout à fait mort, errant dans les villes et les campagnes à la recherche de nourriture, mais pas tout à fait vivant non plus, car en décomposition.

Si l'origine créole du terme zombie, zombi ou zonbi veut dire mort-vivant, il est également associé au phénomène zombi, au processus de zombification et à la personne zombifiée, c'est-à-dire sans caractère ou volonté.[1]

Ce corps mort-vivant est celui de l'écorché à l'instar des planches anatomiques où une porte sur l'intérieur du corps

humain est rendue visible aux vivants.[2] C'est le monde intérieur de cet Autre plus tout à fait humain dé-composé de tripes, d'os, de muscles qui est rendu apparent au regard. Ce corps mort est relié à la noirceur et à la charogne qui incarnent ce qui dégoûte,[3] l'Infection qui repousse et fait fuir. Le phénomène zombie est un assemblage de corps qui errent en horde et sèment le désordre et le chaos intérieur et extérieur sur leur passage, déstructurant la société telle que nous la connaissons.

C'est aussi un corps vivant qui se traîne à la recherche de chair humaine à dévorer. Le zombie errant comporte pourtant encore quelques traces d'humanité par ce semblant de vivant. Quasi aphone, le zombie est incapable de se faire entendre au travers d'une construction de la parole, du discours, mais se fait comprendre par la bestialité des sons qu'il émet.[2] Le zombie fait peur, il génère autant de dégoût que de fascination et fait appel à notre imaginaire. Il fait peur, car il est associé au risque, au danger et au désordre.

Le zombie se trouve ainsi à l'intersection entre la vie et de la

mort, entre l'humanité et la bestialité. Il est un être humain qui a basculé dans un entre-deux suite à une infection ou un envoûtement que seuls des rituels de purification, des rituels occultes et sacrés pourraient éventuellement ramener vers l'ordre présent dans le Vivant.[1,4]

L'esthétique du zombie est bien documentée dans l'univers des sciences sociales, par exemple en anthropologie par la pratique du Vaudou, en étude cinématographique et dans la littérature. Néanmoins, elle a été très peu explorée en sciences de la santé et pas du tout abordée ou presque en sciences infirmières. Une recherche dans CINAHL avec les mots-clés zombies et nursing ont généré huit publications abordant différentes thématiques dont l'infection virale à Solanum[5], la zombie catégorie en santé mentale[6], les habits d'infirmières zombies sexy[7], l'apprentissage par simulation pour prévenir une infection[8] et le rôle des infirmières dans les films de zombies[9]. L'esthétique du zombie est donc quasi absente de la littérature scientifique infirmière. Pourtant, cette image du zombie peut nous en dire beaucoup sur qui nous sommes en tant qu'infirmières évoluant dans un espace sociopolitique.

Dans ce contexte, l'objectif de cette réflexion théorique critique est d'explorer l'esthétique du zombie en sciences infirmières.

## Le zombie

Le zombie comprend différentes dimensions qui seront explorées successivement. En premier lieu, le corps du zombie, sa représentation au cinéma et dans les jeux vidéo, la charogne du zombie, sa monstruosité et la zombie catégorie. Les origines du zombie seront examinées en termes d'envoûtement et d'infection. Finalement, nous aborderons la question critique du patient zombie et de l'infirmière zombie.

### Le zombie est d'abord un corps

Le corps de zombie est particulier. Ce corps révèle l'intérieur physique de la personne, les muscles, les tendons comme le tableau de Jean-Antoine Houdon daté de 1767, L'Écorché.[10 p33] Néanmoins, le zombie n'est pas aseptisé à l'instar d'une planche anatomique ou d'un travail de dissection médical.

Le zombie est un humain, un mort-vivant, dont les limites, les contours sont déchirés. Éventrés, éviscérés, ces corps déambulent les tripes à l'air, visibles aux yeux de tous, comme dans l'Enfer de Dante, tableau de Gustave Doré daté de 1861-1865.[10 p84] Il comporte cette dimension Dantesque, apocalyptique qui terrorise, et est associée à la maladie et à la punition divine.

Le zombie est un corps en mouvement, car il est d'abord et avant tout un corps errant. Il ne marche pas seul, mais se

déplace en horde et constitue donc un danger apocalyptique, un risque pour tous les autres êtres humains à la fois car il est anthropophage,[2] mais aussi parce qu'il contamine les personnes non infectées : il zombifie.

## Le zombie au cinéma et dans les jeux vidéo

Les œuvres cinématographiques mettant en scène des zombies sont innombrables, tout comme les ouvrages à leur sujet[11,12,2,13,14,15,16,9] Il s'agit d'une industrie prospère qui critique la société, tel que nous le verrons plus loin, mais qui est aussi un objet de consommation.[15] Citons quelques exemples d'œuvres les plus connues : La Nuit des morts-vivants de G.A. Romero (1968); World War Z de M. Foster (2013) ou encore la télé-série The Walking Dead de F. Darabont (2010). Dans la quasi-totalité des œuvres cinématographiques, le zombie incarne un monstre sanguinaire très résistant qu'il faut éradiquer, sauf dans l'œuvre Warm Bodies de J. Levine (2013) qui décrit une romance entre une humaine et un zombie.[11]

Le rôle des infirmières au sein de la filmographie de zombie a été décrit par Stanley, Stanley et Magee en 2019.[9] Ces auteurs soulignent que seuls 10 des 485 films abordant les zombies mettent en scène des infirmières ayant un rôle de premier plan. Ces infirmières sont « dépeintes de manière romantique, sexualisées, caring, auto-sacrificielles et fortes ou démoniaques ».[trad. Lib. 9 p1751] Ils concluent que « peu de films mettent en scène des infirmières ayant des rôles centraux. Toutefois, la nature négative, violente et privée de ce genre offre une pauvre réflexion sur les sciences infirmières ». [trad. Lib. 9 p1751] Les œuvres cinématographiques mettent donc en scène des zombies sanguinaires, dynamiques, tantôt rapides, tantôt lents, mais mortels pour les vivants. Les infirmières y jouent des rôles stéréotypés.

Les jeux vidéo qui touchent au zombie sont également nombreux et populaires[17], tels que Resident Evil de Capcom et Virgin Interactive (depuis 1996); The Walking Dead de TellTale Games (2012); Left 4 Dead de Valve et Electronics Arts (2009) ou State of Decay de Undead Labs et Microsoft Studio (2013). Dans de nombreux jeux, le joueur a pour mission d'éradiquer les zombies au travers d'un scénario dynamique qui implique de la violence : décapitation, énucléation oculaire, fracture du crâne, explosion de cervelle, etc.

Les œuvres cinématographiques et de jeux vidéo s'inter-alimentent, puisque plusieurs titres couvrent des histoires similaires, tels que Resident Evil le film et les jeux Resident Evil. Le point commun entre ces deux industries, outre les prouesses visuelles, est certainement le spectateur et le joueur. Tous deux sont zombifiés au contact de ce type

d'œuvre. En effet, leurs bestialités peut s'exprimer par la terreur, mais aussi, comme le souligne Coulombe, le plaisir de se repaître de scènes sanguinaires[16] qui jouent sur l'imaginaire humain.

L'image du zombie dans les œuvres populaires nous force à penser autrement, à « penser par l'horreur » [16 p3], par la laideur[18], par la mort[15] et par la charogne des corps morts-vivants putréfiés[3] à éliminer.

## Zombie et charogne

La charogne est reliée à la mort des corps[3], à la puanteur incontournable de la décomposition des corps des zombies[19] et à l'abject[16]. C'est toute une activité grouillante de vie qui s'affaire à décomposer les corps organiques des animaux, êtres humains compris[3].

Afeissa qualifie l'esthétique de la charogne de « réalité des processus naturels de décomposition dans ce qu'ils ont de plus cru et d'insoutenable à la vue comme à l'odorat ». [3 p 27] La charogne est rattachée aux liquides biologiques qui, au fil des heures, s'écoulent des corps morts.[3] Il s'agit d'une forme de mort humide, une voie humide alchimique de transformation[20], de décomposition liée aux sucs et microorganismes qui se repaissent des corps morts[3].

La charogne est intimement liée à l'état de décomposition du corps du zombie. Selon Le Maître[2], les zombies constituent une fiction du cadavre que l'on sera un jour. Ainsi, « l'odeur du zombie est un rappel de notre mortalité, vécue comme une dualité poignante : l'odeur du zombie qui approche nous rappelle notre mort par l'expérience de l'abject, et le zombie, en tant que monstre, a le pouvoir d'actualiser la mort ». [19 p207-8]

L'esthétique du zombie « fait rupture (...) rompt avec notre société hygiéniste et obsédée par le contrôle des corps, des odeurs, des signes de vieillesse, une société où la mort est désormais taboue. (...) paradoxe de l'horreur, ces corps et cette mort éveillent notre curiosité et nous rappellent ce que nous préférons ne pas voir ». [16 p78]

Les infirmières semblent être peu en contact avec la charogne, avec cette décomposition humide cadavérique. Elles font plutôt face aux corps morts aseptisés, souvent encore intacts, chauds, et qui se refroidissent. Il s'agit d'une forme de mort sèche[20] où la décomposition sera suspendue dans le temps, temporairement, puisque le corps sera rapidement envoyé à la morgue et préservé par le froid en attendant que les rituels mortuaires puissent s'opérer.

Néanmoins, dans leur pratique, les infirmières entrent en

contact avec les liquides biologiques, mais habituellement pas ceux liés à la décomposition macabre du corps. Les infirmières hospitalières évoluent dans des milieux aseptisés sur le plan symbolique où la blancheur et l'ordre tentent d'être maintenus malgré le désordre imposé par la maladie et la noirceur de la mort. Pourtant, même si la charogne n'est pas apparente, les pathogènes sont présents dans les établissements de santé, mais sont invisibles, car microscopiques. Ces pathogènes sont parfois qualifiés de « bibites », de monstres microscopiques.[21]

## La monstrosité du zombie

Le zombie peut être, à bien des égards, vu comme un monstre qui fait appel à notre « imaginaire social » .[22] Toutefois, le zombie n'est pas un monstre habituel. Il se situe à l'intersection entre le monde des vivants et des morts comme Frankenstein.[23] Les monstres, quant à eux, sont souvent soit vivants, tels les infirmes; morts, tels les fantômes ou issus de la mythologie.[22,10] Néanmoins, zombies et monstres ont en commun l'imaginaire, le monde fantasmagorique, possédant des traits humains ou humanoïdes. Zombies, géants maléfiques, ogres ou ogresses sont des humains qui dévorent d'autres humains.[10]

La notion de monstre est polysémique et polymorphe dans la temporalité. Pour pouvoir aboutir à une définition, il faudrait selon Caiozzo et Demartini « embrasser la totalité d'un champ qui s'avère singulièrement hétérogène, depuis les chimères de la mythologie gréco-latine jusqu'au fœtus cyclocéphaliens ou sirénomèles des musées d'anatomie pathologique, en passant par les grylles multicéphales des manuscrits médiévaux et par les femmes à barbe, hommes-squelettes et autres phénomènes des entre-sorts et tréteaux de foires » .[22 p10-11]

La monstrosité fait appel à un système de représentations sociales, à des seuils de sensibilité; elle est liée à la déviance criminelle, à l'infirmité du corps qui peut être corrigée parfois par la chirurgie.[22,23] Cette infirmité du corps, ce handicap place le monstre à risque au sein de la société qui peut être vu comme un malheur, un déséquilibre, un signe de sorcellerie[24], une catastrophe ou le résultat d'une infection[25]. Quoiqu'il en soit, l'infirmité, le handicap, le hors norme se situe entre ombres et lumières[26].

L'image du monstre est incarnée aussi par les hommes et les femmes tatoués sur l'ensemble de leurs corps qui offraient des représentations dans les foires et expositions.[27] Un écho contemporain à cette attraction foraine est le personnage de Zombie Boy incarné par Rick Genest.[28] Ce type de tatouage



zombie en tant qu'art corporel, esthétique du corps, mêle fascination et répulsion, ordre et désordre, santé et folie. Bien que le tatouage soit « une réalité anthropologique, un phénomène social, une production artistique »[27 p203], il demeure associé aux tabous[27] et à la transgression des normes sociales, particulièrement quand ces derniers couvrent l'ensemble du corps à l'instar de Zombie Boy. Le tatouage intégral de Zombie Boy peut incarner un symbole d'autodestruction pour la personne elle-même, mais constituer un risque d'autodestruction pour la société également, car déviant de la norme et donc dangereux, monstrueux.

### La zombie catégorie

Si le monstre, le zombie constitue un risque pour la société, la zombie catégorie d'Ulrich Beck l'explique de manière éloquente et frappante. En effet, les travaux de Beck sur la société du risque[29] ont évolué vers ce qu'il appelle à présent la zombie catégorie[30]. Selon Beck, la zombie catégorie est un espace de risque, une catégorie morte-vivante telles que « la famille, la classe sociale, le voisinage ».[30 p205] Ce sont autant de catégories qui se désintègrent selon lui, des lieux de tensions entre les hommes et les femmes, des lieux de conflits et d'expression des iniquités. À titre d'exemple de catégorie zombie, Beck propose le « plein emploi ». Il le décrit comme le modèle d'après-guerre d'aide sociale présentant un faible taux de chômage, incarné par un père pourvoyeur issu de la classe-moyenne qui conservera un emploi stable à vie.[30] Il oppose ce modèle à des emplois temporaires, flexibles, à temps partiel qui caractérisent davantage la société contemporaine individualisée.[30] Le plein emploi est donc une catégorie zombie, soit une catégorie morte-vivante.

Gross approfondit la notion de catégorie zombie en soulignant que le risque fait appel à l'inconnu, mais que la notion même de risque pourrait « être substitué à la non-connaissance ».[31 p386] Cette non-connaissance constitue justement la zombie catégorie.[31] Afin d'illustrer la zombie catégorie Gross recourt à des exemples rattachés au terrorisme et à la santé. Selon Gross, en cas de menace terroriste, la zombie catégorie est composée de toutes ces informations non divulguées au public lorsqu'un risque d'attentat surgit, mais aussi de ce que les autorités ne savent pas, soit de l'inconnu.[31] Au niveau de la santé, Gross recourt à l'exemple des identités génétiques pour illustrer la zombie catégorie. Selon lui, tester les gènes et tenter d'identifier le potentiel que des maladies se développent repose sur un calcul de probabilité dépourvu de sens qui en dit plus long sur la non-connaissance que sur la connaissance elle-même d'une situation donnée.[31]

Reconnaître la zombie catégorie tel que le soutient Gross, c'est aussi reconnaître l'existence de nos limitations humaines face

aux attaques terroristes, à nos potentiels génétiques[31], à la santé mentale[6] ou aux infections. Le zombie et la zombie catégorie incarnent donc toutes ces peurs d'un futur incertain, d'un risque, d'un danger pour l'Humanité.

### Les origines du zombie : envoûtement et infection

Le zombie est un mort-vivant qui ne se situe pas seulement dans l'imaginaire humain, création monstrueuse de nos esprits, incarnation de nos passions et de nos peurs.[14] Cette image du zombie prend sa source dans la matérialité de la vie humaine. La zombification est ancrée à la fois dans le monde matériel et dans le monde métaphysique. Elle peut être causée par des pathogènes[5], des drogues, ou par un envoûtement induit par un sorcier[2]. Afin de prévenir la zombification, les êtres humains peuvent se faire désenvoûter par un rituel de purification, et recourir à la prévention des infections, tel que nous l'aborderons ici.

### Envoûtement – désenvoûtement et politique

Le phénomène zombie prend sa source dans les Antilles, particulièrement en Haïti[1,4], mais il est présent à des degrés différents en Amérique Latine, surtout dans les Caraïbes[32]. La personne pourrait paraître envoûtée soit par l'usage d'une drogue, soit par l'ensorcellement.

La personne sous influence d'une drogue zombifiante[1], la drogue Zombie, burundanga, souffle du diable ou drogue du voleur, erre comme un zombie. Il s'agit de scopolamine, une drogue ayant des effets hallucinogènes et qui peut provoquer une amnésie.[33]

La personne peut aussi être victime d'une zombification, d'un envoûtement causé par un sorcier, cet Autre qui nous amène dans un état de conscience altérée, une forme de transe.[2,15] Si la zombification est provoquée par un ensorcellement, cette dernière peut sortir de cet état de conscience altérée par un désenvoûtement vaudou en pratiquant un rituel secret[4] opéré par une personne ayant des pouvoirs magiques[1].

Selon Saint-Gérard, les personnes victimes de zombification et qui sont en transes, investies par des esprits, sont souvent des domestiques qui peuvent retrouver la parole[1] lors du rituel désenvoûtement. Leur glossolalie entremêlée de discours cohérents est « rattaché à une persécution imaginaire par d'autres ».[1 p66]

Toutefois, cette persécution n'est pas si imaginaire que cela. En effet, il faut tenir compte du contexte sociohistorique de la colonisation des Antilles et des Caraïbes ainsi que du contexte sociopolitique pour comprendre l'émergence du phénomène zombie.

Certains auteurs latino-américains soutiennent que le phénomène zombie est lié à la colonisation de l'Amérique Latine[32], car le « zombie (est un) symbole douloureux de l'esclavage afro-antillais »[Trad. Lib. 24 p135]

Saint-Gérard, quant à lui, souligne que « au-delà de l'imaginaire, le politique se faufile dans les interstices du vodou pour rationaliser les aberrations d'une dictature rétrograde vieille de près de deux siècles (en Haïti). Soupape de sécurité, le vodou canaliserait ainsi les mécontentements sociaux à travers les pseudo-rivalités d'individus privés de leur droit élémentaire de la parole ».[1 p72]

Plus largement, la société de consommation[35] provoque une zombification, un envoûtement par la consommation de produits et de services au sein d'une société capitaliste. Harman parle même d'un capitalisme zombie[36]. Un symbole actuel de zombification serait les utilisateurs de téléphone intelligent qui errent dans les rues, davantage préoccupés par leurs écrans que par leur environnement physique et social direct qui les entourent. Dans un contexte globalisé, il paraît plus difficile de se désenvoûter, de sortir de cette transe collective de consommation.

Si l'on considère une perspective anthropologique plus individuelle, seuls des rituels de purification par des processus occultes[4] comprenant aussi des chants et l'utilisation de divers objets de culte vaudou[2] permettent de désenvoûter le zombie en tentant de le ramener vers les Vivants. Si le désenvoûtement échoue, le rituel mortuaire devient essentiel. « La mort est un rituel social (...) ultimement, le rituel confirme la place qu'occupe la personne au sein de la fabrique de la vie- la vie de leur famille, de leur communauté, et de leur monde ».[trad. Lib. 37 p235] Avec le mort-vivant, le rituel mortuaire ne peut justement pas s'opérer. On ne peut pas laisser le zombie confiné à un entre-deux : il doit être soit vivant, soit mort, sinon il ne peut prendre sa place dans l'ordre de la société, et créera le désordre en contaminant le vivant.

### L'infection à Solanum

La zombification peut être théoriquement causée par une infection à Solanum (virus Z) qui pourrait provoquer une éclosion, voire une épidémie zombie.[5] Dans le cadre d'une zombification, l'infection se propage à l'humain souvent par la morsure d'un zombie.[2]

Stanley mentionne que « le virus entre dans le système sanguin de la victime après une morsure ou un contact avec les fluides corporels d'un zombie contaminé (les sources principales de contamination sont le sang ou les produits sanguins, la salive, les vomissures et les expectorations) ».[trad. Lib. 5 p1607]

Cette contamination fantasmagorique au virus Z est similaire à la transmission réelle de la rage,[38] une zoonose virale qui frappe également l'imaginaire par la bestialité et l'agressivité du chien infecté, salivant, qui mord son humain.

Tout comme pour l'envoûtement, dans la zombification par transmission d'une infection, c'est toujours cet Autre qui est responsable de la contamination, du sort, du maléfice, de l'infection.

### La prévention de l'Infection

La prévention des infections fait appel à un rituel de purification selon Douglas[39], mais fondé sur la science. Le rituel va contribuer à ramener le corps du zombie vers le vivant, car on tente de prévenir l'infection, d'éviter qu'elle se propage, voir la traiter.

Les infirmières jouent un rôle important en prévention des infections.[40] Elles travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ainsi qu'avec les patients-partenaires de soins, les familles et les visiteurs afin de gérer les risques reliés aux infections.

Cette gestion des risques passe aussi par le recours à des mesures de prévention des infections comme les mesures de base, telles que le lavage de mains ou les précautions additionnelles comme l'isolement des patients infectés et le port d'équipement de protection individuel (masque, blouse, gants, visière, etc.).[41,42]

Les infirmières ont également un rôle de surveillance à exercer afin de maîtriser les infections et de les documenter à l'aide de statistiques populationnelles pour mieux pouvoir les combattre.[21] Elles contribuent à la prévention des infections sur le plan local, régional, provincial et national en brisant la chaîne de transmission des infections.[43] Elles contribuent à maintenir l'ordre et à repousser l'Infection, la maladie synonyme de désordres des corps physique et social.

### Le patient et l'infirmière zombies

Les patients infectés sont susceptibles de se transformer en zombie lorsque les infirmières n'ont pu contenir l'infection par les mesures de prévention des infections à l'intérieur de l'hôpital en les isolant de manière systématique et ordonnée pour prévenir la propagation de l'infection à toute la population.[5] L'Infection pandémique se répandrait au travers de la société et les patients erreraient dans les villes tels des morts-vivants. Ils seraient livrés à eux-mêmes et envahiraient les rues des villes en constituant une menace au Vivant dans un espace empreint de désordre et de multitude, de horde sauvage, car les zombies se multiplient «comme de

la vermine ».[13 p9]

L'infirmière quant à elle, combat l'infection provoquée par cet Autre qui repousse et génère le désordre. Toutefois, l'infirmière elle-même est susceptible de tomber dans le chaos et de devenir zombie elle-même. La zombification de l'infirmière passe par la contamination de son corps et de son esprit, car cette dernière est à risque de contracter elle-même une infection au virus Z en cas d'éclosion ou de pandémie zombie. En effet, tel que Stanley le souligne, l'infirmière est susceptible de contribuer à « des amputations de membres, de procéder à des isolements de patients, à gérer les infections, à évaluer les risques à la sécurité, à soigner des plaies, à soulager la douleur et la fièvre par l'administration de médicaments ».[trad.lib. 5 p1610] Elle travaillerait donc au contact de personnes infectées par le virus Z hautement contagieux.

La zombification de l'infirmière passe aussi plus globalement par la nature assujettissante et violente de son travail. En effet, tel que le souligne Lakeman et Molloy, le système de santé a « besoin de travailleurs serviles et non critiques, (et favorise) une pratique dirigée par des protocoles » [trad.lib. 6 p1009], ce qui encourage une non-pensée. Ils constatent également un renforcement de ce qu'ils nomment l'hégémonie médicale dans les espaces de pratique des infirmières.

La zombification de l'infirmière passe également par l'enseignement-apprentissage théorique durant la formation. En effet, Foucault souligne que l'école est un espace de dressement des corps au même titre que la prison ou l'asile.[44] C'est un lieu d'apprentissage où l'enseignement assujettit autant qu'il libère. Si l'école assujettit, nous soutenons aussi qu'elle zombifie à l'instar de Lakeman et Molloy qui n'hésitent pas à parler de zombification du monde académique.[6] Cette zombification passe par la création d'une catégorie zombie lors de l'apprentissage théorique en sciences infirmières.

La quasi-totalité des écrits théoriques classiques contemporains en sciences infirmières mettent le corps humain à distance. Seule l'école des besoins dont les écrits de Virginia Henderson font partie, aborde les fonctions vitales du corps comme le besoin de respirer.[45] Récemment, Vonarx plaide pour l'introduction du corps au sein du métaparadigme infirmier comme concept central de la discipline.[46] Quoiqu'il en soit, le registre des discours scientifiques en sciences infirmières abordent très rarement la question des odeurs, de la putréfaction, de la charogne, des viscères, voir des couleurs associées aux corps. Les seules couleurs ou textures qui paraissent être enseignées sont celles des excréments, excréments ou des téguments afin de vérifier indirectement

certaines fonctions corporelles.[47] Ce qui semble plutôt valorisé est la technicité et la pureté du soin à la fois en termes d'asepsie et d'antisepsie, mais aussi sur le plan symbolique de la pureté.[39]

Le corps humain est invisibilisé, alors que l'infirmière possède elle-même un corps et les personnes qu'elles soignent également. Les concepts utilisés en sciences infirmières font appels à la personne, à son environnement, à sa santé et aux soins selon le métaparadigme qui se décline différemment selon les théoriciennes.[45] Certaines théories sont idéalistes, dont le caring,[48,49] spirituelles[50] ou constituent à elles-seules des zombies catégories en parlant d'être-humain-en-devenir[51]. En effet, comment théoriser la non-connaissance [31] d'un être-humain-en-devenir[51], ce potentiel, ce risque non encore avéré? Ces théories idéalistes en sciences infirmières semblent s'opposer à un matérialisme philosophique plus près des corps et de l'existence humaine.[52,53]

À notre connaissance, aucune théorie classique reconnue semble aborder le corps humain, la personne, en tant que mammifère inclus dans le règne animal. La plupart des théories dématérialisent, effacent les corps, invisibilisent la nature charnelle humaine, et misent sur des concepts ou idéaux moraux. Nous pensons que ceci a pour effet de nier la nature humaine et de renforcer le fossé entre théories académiques et pratiques cliniques.

L'image de l'infirmière zombie vient rappeler aux théoriciennes la nature charnelle des corps, l'inscription des expériences vitales, viscérales dans ce corps soigné. Cette figure de l'infirmière zombie transgresse les tabous et peut sembler se situer dans la marge, être hors-norme. Il n'en est rien : l'infirmière zombifiée est chacune d'entre nous, errant à l'aveugle, d'abord confinée à nos quarts de travail pour ensuite contaminer tous nos espaces de vie. Comme le dit Jean Clair, « le monstre a fini par tout envahir ».[10 p167] L'infirmière zombie est un mode de survie, ni tout à fait morte, ni tout à fait vivante. Cela nous amène à nous demander comment les infirmières peuvent-elles, collectivement, sortir de cet état de zombification?

## Conclusion

L'esthétique du zombie en sciences infirmières est quasi absente de la littérature scientifique. Pourtant, elle est parlante car l'infirmière peut-être à la fois celle qui combat les infections, mais être infectée à son tour dans le cadre de son travail. L'infirmière est à la fois agent qui ordonne, confine, isole pour prévenir l'infection, mais elle est aussi zombifiée par son travail tant par la nature des soins qui sont exigés au

contact avec les patients que par sa formation académique.

Un approfondissement de cette réflexion théorique critique serait nécessaire par différentes pistes de recherche. Par exemple, l'étude de la présence des infirmières et des rôles qu'elles jouent non seulement dans les domaines cinématographiques tel qu'étudié par Stanley et al.[9], mais aussi du jeu vidéo et littéraires lorsque des zombies sont mis en scène. Ou encore l'exploration plus approfondie des dimensions anthropologiques du Zombie et des ponts à établir avec les sciences infirmières. Finalement, quelques questions s'imposent : comment les infirmières font-elles face aux monstres, aux zombies et à tout ce qui est hors norme? ; comment les infirmières théoriciennes peuvent produire autre chose que des zombies catégories? ; comment dézombifier le monde académique en sciences infirmières?

## References

- 1.Saint-Gérard Y. Le phénomène zombi: la présence en Haïti de sujets en état de non-être. Toulouse: Erès; 1992.
- 2.Le Maître B. Zombie, une fable anthropologique. Paris: Presses Universitaires Paris Ouest; 2016.
- 3.Afeissa H-S. Esthétique de la charogne. Paris: Éditions Dehors; 2018.
- 4.Salgado A. Le Phénomène des Zombis dans la Culture Haïtienne. Antilles: Imprimerie des Antilles; 1982.
- 5.Stanley D. The nurses' role in the prevention of Solanum infection: dealing with a zombie epidemic. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(11-12):1606-13.
- 6.Lakeman R, Molloy L. Rise of the zombie institution, the failure of mental health nursing leadership, and mental health nursing as a zombie category. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(3):1009-14.
- 7.Brown SA. On "Nurse Zombie" and Sexy Nurse Themed Fancy Dress Costumes. *Nursing Standard*. 2015 Nov 4;30(10):31-31.
- 8.Claus N, Powers S, Wingo NP. Using Simulation and TeamSTEPPS to Reinforce Nonvalidated Skills: "The Zombie Sim." *Journal of Nursing Education*. 2019 Feb 5;58(2):124-124.
- 9.Stanley D, Stanley K, Magee D. Celluloid zombies: A research study of nurses in zombie-focused feature films. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(8):1751-63.
- 10.Clair J. Hubris: la fabrique du monstre dans l'art moderne : homoncules, géants et acéphales. Paris: Gallimard; 2012.
- 11.Inguanzo O. Les Zombies au cinéma: L'Histoire ultime des morts-vivants à l'écran. Paris: Hoebeke; 2017.
- 12.Boluk S, Lenz W. Generation Zombie. *Essays on the Living Dead in Modern Culture*. Jefferson: McFarland; 2011. 259 p.
- 13.Perron B, Domínguez Leiva A, Archibald S. Z pour zombies. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2015.
- 14.Pepin A. Zombie: le mort-vivant autopsié. Québec: Les Intouchables; 2013.
- 15.Balaji M. Thinking dead: what the zombie apocalypse means. Lanham: Lexington Books; 2013.
- 16.Coulombe M. Petite philosophie du zombie ou comment penser par l'horreur. Paris: Presses Universitaires de France; 2012.
- 17.Maheux F. Du vaste à l'exigu: l'invasion du zombie dans les espaces vidéoludiques. In: Z pour Zombies. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2015. p. 189-201.
- 18.Ribon M. Archipel de la laideur: essai sur l'art et la laideur. Paris: Kimé; 1995.
- 19.Niedenthal S. Un doux parfum de dégoût. L'avenir du zombie à l'ère du jeu vidéo odorant. In: Z pour Zombies. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2015. p. 203-15.
- 20.Von Franz M-L. Alchimie - Une introduction au symbolisme et à la psychologie. Paris: La Fontaine de Pierre; 2000.
- 21.Bernard L. Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières. Université de Montréal; 2012.
- 22.Caiozzo A, Demartini A-E, Ancet P. Monstre et imaginaire social: approches historiques. Paris: Créaphis; 2008.
- 23.Davison CM, Mulvey-Roberts M. Global Frankenstein. Cham: Springer; 2018.
- 24.Gardou C. Le handicap au risque des cultures. Paris: ERES; 2010.
- 25.Giuliani G. Monsters, Catastrophes and the Anthropocene : A Postcolonial Critique. Londres: Routledge; 2020.
- 26.Marques S. Au Brésil, le handicap en ombres et lumières. Paris: ERES; 2010.
- 27.Martin L. Tatouages et tabous. Sociétés Représentations. 2016;42(2):201-3.
- 28.ARTE. Documentaire: Zombie Boy. 2019.
- 29.Beck U. La Société du risque : Sur la voie d'une autre

modernité. Paris: Aubier; 2001.

30. Beck U, Beck-Gernsheim E. Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences. London ; Thousand Oaks: SAGE; 2001.

31. Gross M. Risk as zombie category: Ulrich Beck's unfinished project of the 'non-knowledge' society. Security Dialogue. 2016;47(5):386–402.

32. Jauregui CA, Dabove JP. Heterotropias: narrativas de identidad y alteridad latinoamericana. Pittsburgh: Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana, Universidad de Pittsburgh; 2003.

33. World Health Organization. WHO Model lists of essentials medicines. WHO; 2013.

34. Aizenberg E. "I walked with a zombi" placeres y peligros de la hibridez poscolonial. In: Heterotropias: narrativas de identidad y alteridad latinoamericana. Pittsburgh: Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana, Universidad de Pittsburgh; 2003. p. 135–47.

35. Beaudrillard J. La société de consommation. Paris: Gallimard; 1974.

36. Harman C. Zombie capitalism. Chicago: Haymarket Books; 2010.

37. Schultz E, Lavenda R, Dods R. Cultural anthropology. Fourth Canadian Edition. 4th ed. New York: Oxford; 2018.

38. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Rage chez l'humain [Internet]. 2019. Available from: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/rage-chez-humain/>

39. Douglas M. De la souillure. Paris: La Découverte; 2005.

40. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections: une contribution essentielle de l'infirmière. [Internet]. 2008. Available from: [https://www.oiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/237\\_prevention.pdf](https://www.oiq.org/uploads/publications/autres_publications/237_prevention.pdf)

41. Létourneau J, Alderson M, Leibing A. Positive deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: What can we learn from the best? American Journal of Infection Control. 2018;46(5):558–63.

42. Mayhall C. Hospital Epidemiology and Infection Control. Wolters Kluwer; 2011.

43. Nies M, McEwen M. Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.

44. Foucault M. Surveiller et punir. Paris: Gallimard; 1975.

45. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 4th ed. Montréal: Chenelière; 2017.

46. Vonarx N. Le corps au sein de la discipline infirmière: un incontournable pour lier les quatre concepts du métaparadigme actuel. Recherche en Soins Infirmiers. 2016;4(127):8–15.

47. Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. Soins infirmiers: Fondements généraux. 4th ed. Montréal: Chenelière; 2016.

48. Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Létourneau D, Casimir M, Alderson M, et al. Le modèle humaniste de soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique. Recherche en soins infirmiers. 2016;2(125):20–31.

49. Ray M. Consciousness and the moral ideal: a transcultural analysis of Watson's theory of transpersonal caring. Advanced Practice Nursing Quarterly. 1997;3(1):25–31.

50. Hektor LM, Martha E, Rogers: a life history. Nursing Science Quarterly. 1989;2(2):63–73.

51. Parse RM. L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie. Québec: PUL; 2003.

52. Onfray M. L'art de jouir : Pour un matérialisme hédoniste. Paris: Grasset; 1991.

53. Politzer G. Principes élémentaires de philosophie. Paris: Delga; 2009.

#### Remerciements

Aucun financement n'a été reçu pour rédiger cet article théorique. Aucun conflit d'intérêt connu n'est à déclarer. Nous tenons à remercier Dre Agnès Bernard et Madame Myriam Rosseau pour les nombreux échanges sur les infirmières zombies. Nous remercions également la Pre Annette Leibing de nous avoir pistée sur les catégories de zombies afin d'approfondir notre réflexion.

#### Pour contacter l'auteure:

Laurence Bernard, inf. Ph.D.,  
Professeure agrégée  
Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières  
C.P. 6128 succ. Centre-Ville  
Montréal, Québec, H3C 3J7  
Canada  
Courriel: [Laurence.bernard@umontreal.ca](mailto:Laurence.bernard@umontreal.ca)



### Résumé

Au cours des vingt dernières années, plusieurs changements sociaux et politiques ont contribué à la transformation des pratiques d'intervention en psychiatrie. Ces changements sont notamment expliqués par le rapprochement continu des espaces hospitaliers et de justice. L'objectif de cet article est de discuter de la contribution du concept d'hétérotopie pour l'étude de ce phénomène et s'appuie sur les résultats d'une recherche ethnographique réalisée dans l'un de ces espaces, la Commission d'examen. Les considérations théoriques et méthodologiques de ce projet, de même que le rôle de la Commission d'examen, seront d'abord discutées. La première partie de cet article portera sur la juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice et ses conséquences sur les relations existantes entre les acteurs intra- et extra-juridiques. La dernière partie de cet article s'intéressera à la signification clinique de la judiciarisation et plus particulièrement des espaces de justice en santé mentale pour le travail infirmier.

**Mots clés** coercition, droits humains, ethnographie, justice procédurale, psychiatrie

## Lorsque la maladie mentale s'invite au banc des accusés : Ethnographie de la Commission d'examen et des espaces de justice hospitalière

*PIERRE PARISEAU-LEGAULT, EMMANUELLE BERNHEIM, GUILLAUME OUELLET, & NICOLAS SALLÉE*

### Introduction

Au cours des vingt dernières années, plusieurs changements sociaux et politiques ont contribué à la transformation profonde des pratiques d'intervention en psychiatrie. Ces changements sont notamment expliqués par la mise en œuvre de politiques publiques essentiellement centrées sur la gestion de crise, la contiguïté des domaines cliniques et juridiques et l'émergence d'un discours centré sur la sécurité plutôt que la santé publique.[1,2] Le recours à la coercition formelle en

psychiatrie est sans doute le phénomène illustrant le mieux cette tendance à la judiciarisation des soins et services de santé mentale, une pratique profondément enracinée dans quotidien et le fonctionnement des équipes soignantes.[3,4] La judiciarisation des soins et services de santé mentale fait ainsi appel à un ensemble hétérogène de tribunaux, de procédures et de programmes de nature civile et criminelle qui font en sorte que ces espaces de soin à l'intersection de la psychiatrie et de la justice sont particulièrement difficiles à saisir. Très peu de données interrogeant la nature, l'étendue et les particularités du phénomène de la coercition en santé mentale à travers le monde sont par conséquent disponibles, bien que plusieurs juridictions soient dotées de dispositifs de collecte d'informations à cet égard.[4]

Au Canada et au Québec, ce phénomène se traduit par un recours à l'hospitalisation involontaire[5,6], à l'autorisation judiciaire de soin[7] et, plus récemment, aux tribunaux spécialisés en santé mentale[8]. Par exemple, dans la province de l'Ontario (Canada) plus de 70% des personnes admises en établissement de santé font l'objet d'une

ordonnance d'hospitalisation involontaire.[5] L'utilisation fréquente ou croissante des autorisations judiciaires de soins fait également l'objet de nombreux débats[4] : une récente méta-synthèse suggère qu'elles ne sont pas plus efficaces que les soins et services offerts sur une base volontaire,[9] ce qui affaiblit grandement leur justification éthique, clinique et juridique. Leur usage est également problématique du fait que ces mesures d'exception et de dernier recours sont paradoxalement décrites comme pouvant garantir un meilleur accès aux soins et services de santé mentale.[10-13] Les tribunaux spécialisés en santé mentale sont quant à eux définis comme "des tribunaux de droit criminel créés pour entendre des accusés qui ont des troubles mentaux et d'autres problèmes connexes".[8] Ils ont comme mandat informel de répondre aux besoins particuliers des accusés tout en évitant leur judiciarisation ou en minimisant leurs risques de récidive.[14] L'existence des tribunaux spécialisés en santé mentale contribue à redéfinir les contours de la justice en psychiatrie et les modalités de traitement de personnes judiciarisées aux prises avec une problématique de santé mentale. Bien que ces tribunaux aient une vocation thérapeutique, peu de données permettent de comprendre le rôle du personnel soignant au sein de ce dispositif.

C'est dans ce contexte que nous avons amorcé, en 2018, un travail ethnographique visant à documenter les particularités d'une justice spécialisée en santé mentale dont on dit sans cesse qu'elle est plus humaine, plus thérapeutique[15] et par conséquent plus clinique. L'objectif de cet article est de discuter de la contribution du concept d'hétérotopie[16] à la démarche ethnographique par une description détaillée de l'organisation spatio-temporelle et des rapports sociaux à l'œuvre dans l'un de ces espaces de justice, en l'occurrence de la Commission d'examen (ci-après, CE). Le concept d'hétérotopie a été introduit par Foucault afin de décrire des espaces singuliers, qui ont pour caractéristique de juxtaposer différents lieux en apparence incompatibles et d'y instaurer des rituels particuliers. Ce concept a été particulièrement utile afin d'appréhender la CE comme un lieu où se transposent et cohabitent les normes, pratiques et rituels particuliers aux espaces hospitaliers et judiciaires.

Les considérations théoriques et méthodologiques de ce projet, de même que le rôle de la CE, seront d'abord discutées. La première partie de cet article portera sur l'immersion des chercheurs au sein de cet « espace autre »[16] que constitue la CE. Il sera ensuite question de la manière dont la juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice transforme les relations existantes entre les acteurs intra- et extra-juridiques en imposant un travail de négociation

constante des frontières interpersonnelles. La dernière partie de cet article s'intéressera à la signification clinique de la judiciarisation et plus particulièrement des espaces de justice en santé mentale pour le travail infirmier.

## Approche théorique et méthodologique

Une recherche ethnographique a été menée à la CE afin de décrire son organisation spatio-temporelle et documenter le travail réalisé par différents acteurs intra- et extra-juridiques. La CE a pour fonction de "rendre des décisions concernant les personnes qui, ayant été accusées d'un délit criminel [ci-après, les personnes accusées], ont été jugées inaptes à subir leur procès ou qui, ayant subi leur procès, ont fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux".[17 p1] Ce verdict est rendu lorsque le juge ou le jury conclut que la personne accusée était atteinte de troubles mentaux « dégageant sa responsabilité criminelle » au moment des faits ayant donné lieu à l'accusation.[18]

De manière générale, l'ethnographie permet d'analyser les soins centrés sur la personne par le biais d'une observation et une description détaillées des modes d'actions propres à un environnement précis.[19] Elle est utilisée au sein de la recherche sociojuridique afin d'étudier « [...] l'application des lois « sur le terrain », les modes de conscience des acteurs légaux, les pratiques propres à une institution, l'impact de la loi sur des groupes marginalisés [...] et les différences entre l'idéal de la loi et ses réalités ».[20 p71 traduction libre]. En permettant une description détaillée de l'action humaine, des interactions et des configurations institutionnelles au sein desquelles elles se déploient, l'ethnographie favorise une compréhension de pratiques spécifiques, de leur contexte et de leurs différentes significations.

La collecte des données s'est réalisée dans le district judiciaire de Montréal à partir de l'observation d'audiences, d'entrevues avec des acteurs clefs, d'analyse de la jurisprudence, de notes de terrain, de photographies et de croquis réalisés par les chercheurs. Ces croquis doivent être compris comme une ébauche dont l'objectif est d'illustrer l'organisation générale des différents lieux dans lesquels s'insère la CE et non comme une représentation fidèle de la réalité. En tout, l'ethnographie réalisée comporte 70 audiences observées sur 15 sites différents, ainsi que 14 entrevues avec des médecins psychiatres et des avocats de la défense. Les observations réalisées à la CE portaient notamment sur la dynamique relationnelle des acteurs en présence, sur les informations échangées entre ces derniers, ainsi que sur les procédures formelles et informelles mobilisées en amont et durant l'audience. Les entrevues auprès des médecins psychiatres et

des avocats portaient quant à elles sur la nature de leur travail à la CE, sur la portée clinique et juridique de la CE et des audiences, ainsi que sur les notions d'alliance thérapeutique et de dangerosité. Des entrevues auprès des personnes accusées sont également prévues dans une phase ultérieure de cette étude. Cet article s'appuie plus particulièrement sur les notes de terrain et sur les représentations graphiques des lieux hospitaliers dans lesquels siège la CE, ainsi que sur les entrevues réalisées dans le cadre de l'étude.

Sur le plan théorique, les travaux de Michel Foucault sur le contrôle des populations captives et plus particulièrement sur le concept d'hétérotopie ont été mis à contribution. Lors d'une conférence donnée au Cercle d'études architecturales de Paris en 1967, Michel Foucault décrit les hétérotopies comme des espaces autres ayant « la curieuse propriété d'être en rapport avec tous les autres emplacements, mais sur un mode tel qu'ils suspendent, neutralisent ou inversent l'ensemble des rapports qui se trouvent, par eux, désignés, reflétés ou réfléchis. ».[16 p755] Le concept d'hétérotopie est notamment utilisé afin de comprendre l'influence de l'espace vécu sur l'expérience des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale.[21] Ce concept a été utilisé comme grille d'analyse des données permettant de saisir comment la juxtaposition d'espaces, ici les espaces hospitaliers et de justice, contribue à la reconfiguration des rapports sociaux. Les implications de ce concept sont essentiellement méthodologiques et pourront contribuer à approfondir les usages de l'ethnographie pour l'étude des espaces de justice en santé mentale.

Une approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal a été obtenue avant la réalisation de cette étude. Le consentement libre et éclairé des participants aux entrevues a également été obtenu préalablement à leur réalisation. Lors de la collecte et l'analyse des données, l'anonymat des participants a été préservé en retirant les informations qui pourraient permettre de les identifier.

### La Commission d'examen

Rendre justice est avant tout un travail d'objectivité. L'indépendance du tribunal vis-à-vis la preuve soumise, la recherche de vérité et le maintien du rapport antagoniste entre les parties nous rappellent sans cesse que ce travail est réglé au « quart de tour » par l'intermédiaire des procédures judiciaires et qu'il impose à l'ensemble des acteurs un certain décorum. Le quotidien de la justice repose ainsi sur le travail procédural de ces acteurs qui, au fil des interactions, réaffirment leurs rôles de juristes, de juges, d'experts et d'accusés. En

matière criminelle, l'accusé est appréhendé comme étant un être rationnel. L'intégrité de son raisonnement fera par conséquent l'objet d'une préoccupation constante de la part des acteurs internes à l'administration de la justice. Ainsi, on s'attardera non seulement à déterminer si l'acte criminel (actus reus) a été commis avec une intention criminelle (mens rea), mais également, dans la mesure où il est établi que l'accusé souffrait de troubles mentaux au moment des faits, s'il peut être considéré comme non-responsable d'un tel acte. L'aptitude à subir son procès est également un élément central du processus judiciaire de nature criminelle.

Comme l'indique le Code criminel du Canada[18, art. 16], « la responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenue alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais ». La CE intervient dans la mesure où on considère que l'accusé est non responsable ou inapte et que, dans le premier cas, il ne fait pas l'objet d'une libération inconditionnelle par le tribunal judiciaire. La responsabilité criminelle et l'aptitude à subir son procès sont autant d'indicateurs de l'inclinaison des cours de justice à considérer l'accusé comme un agent raisonnable et responsable. Cette conception du sujet a historiquement teinté, orienté et traversé l'organisation du dispositif judiciaire qui, selon Saint-Germain[22 p14] serait désormais sujet à une « infiltration de la raison psychiatrique » et donc plus perméable à la conceptualisation de l'accusé comme étant sous l'influence de la maladie mentale et de médicaments psychotropes. Lorsque ces indicateurs tendent à démontrer la déraison du sujet, un ensemble d'actions intra- et extra-juridiques est mis en place afin de le réhabiliter.[23] Ce travail de réhabilitation constitue une dimension importante de la « rationalité pénale moderne », [24 p181] comme le sont également la dissuasion, la rétribution et la dénonciation.

La CE se déplace dans 50 hôpitaux du Québec, que cela concerne les hôpitaux généraux, spécialisés et de psychiatrie légale. Ses audiences sont publiques et se tiennent à l'intérieur même des milieux hospitaliers suivant la procédure la plus informelle possible.[17] Le banc des juges est composé de trois personnes, soit d'un avocat, qui est le président, d'un psychiatre et d'un professionnel ayant une expérience pertinente en santé mentale.[25] La personne accusée, son avocat, son psychiatre traitant et les avocats représentant l'établissement de santé composent généralement les intervenants de l'audience. D'autres intervenants peuvent s'y ajouter, dont les proches de la personne accusée et un avocat de la direction des poursuites criminelles et pénales.

Les décisions de la CE sont révisées annuellement et sont contraignantes.[17] Il est toutefois impossible, dans le cadre de la CE, de traiter une personne accusée contre son gré et l'inclusion d'une condition concernant son traitement ne peut être réalisée qu'avec son consentement.[25]

L'objectif prépondérant de la CE est d'assurer la sécurité du public en gérant le risque que représentent les personnes accusées. Cet objectif cohabite notamment avec la nécessité d'assurer leur réinsertion sociale et de répondre à leurs besoins.[17,25] À la suite de l'audience, la CE peut rendre différents types d'ordonnances. Concernant les personnes accusées criminellement non-responsables, elle peut ordonner une libération avec ou sans conditions, ou une détention en établissement hospitalier avec ou sans possibilité de sortie. À moins qu'elles ne représentent un risque important pour la sécurité du public, elles doivent être libérées inconditionnellement. Concernant les personnes accusées inaptes à subir leur procès, la CE ne peut ordonner qu'une libération avec conditions ou une détention en établissement hospitalier avec ou sans possibilité de sortie. La CE doit réviser la situation des accusés sous son autorité tous les douze mois.[25] Les observations réalisées à la CE suggèrent la récurrence des conditions suivantes ; garder la paix, s'abstenir de consommer de l'alcool et/ou des drogues, habiter un endroit connu ou approuvé par le responsable de l'hôpital et se conformer au plan de soins de son médecin traitant ou de l'équipe traitante. De plus, la CE peut attribuer une délégation de pouvoir à l'hôpital, ce qui lui permet de resserrer ou de relâcher les conditions de libération de la personne accusée. La délégation de pouvoir permet à l'équipe traitante de prendre une décision concernant ces conditions et, au besoin, de faire appel aux services policiers. Les policiers ont dans tous les cas la possibilité d'arrêter une personne en bris de condition. Si ce resserrement est d'une durée de plus de sept jours, une nouvelle audience de la CE doit avoir lieu d'urgence afin de réviser l'ordonnance. Comme dans tous les espaces de justice en santé mentale,[26] la CE s'appuie donc sur le travail des équipes soignantes afin d'évaluer le risque que représente la personne accusée pour la sécurité du public et pour dicter les conditions que devra respecter la personne accusée [27]

## Résultats

### La commission d'examen comme espace autre

L'hôpital psychiatrique occupe une fonction symbolique importante dans l'imaginaire culturel nord-américain. Depuis le mouvement de désinstitutionnalisation ayant poussé les

soins et services de santé mentale « hors des murs » des établissements hospitaliers, le rapport collectif à cet espace s'est profondément métamorphosé. Bien qu'il soit toujours situé aux marges de la société, l'hôpital psychiatrique est désormais considéré non comme une destination inéluctable et plutôt comme une conséquence non intentionnelle de la maladie mentale aiguë ou récidivante. Et pourtant, dans plusieurs juridictions on remarque que l'austérité caractérisant les services de santé mentale offerts au sein de la collectivité participe à la trans-institutionnalisation (par exemple, la judiciarisation et l'incarcération de personnes aux prises avec une problématique de santé mentale)[21] et à la ré-institutionnalisation (par exemple, le qualificatif de "grand utilisateur de service" ou le syntagme de "porte-tournante"). À cela s'ajoute une inclinaison grandissante des politiques publiques à considérer le travail hospitalier en termes de "flux", c'est-à-dire limiter la compréhension de l'hospitalisation à un processus de gestion de crise devant être opérationnel, efficace et limité dans temps.[1] Les frontières de l'hôpital psychiatrique, décrit par Goffman comme un espace « totalisant » et essentiellement mortifiant, s'insèrent désormais au sein d'un dispositif sanitaire immanent au champ social. [28,29] La CE, comme l'ensemble des espaces de justice en santé mentale, participe aux opérations contemporaines de ce dispositif.

Cette perméabilité des frontières institutionnelles incite à considérer la CE non comme un espace hermétique dont les paramètres sont fixés, mais plutôt comme une hétérotopie. [16] Comme l'hôpital psychiatrique, la CE répond aux exigences contemporaines de l'administration de la déviance psychique et s'inscrit au sein d'une permutation des frontières de la justice. La CE ne s'inscrit pas dans une disposition spatio-temporelle différente de l'hôpital psychiatrique, mais plutôt dans ses interstices mêmes : il s'agit ni plus ni moins d'une juxtaposition « en un seul lieu réel [de] plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles ».[16 p758] L'organisation de l'espace qu'est la CE, la gestion du rythme des audiences et les rapports sociaux à l'œuvre au sein de cet espace doivent ainsi être (re) considérés à la lumière d'une rencontre entre ces lieux où, en règle générale, l'on administre des soins et ces lieux où, en règle générale, l'on rend justice. Comme l'extrait suivant le suggère, il est ici question d'une hybridation des espaces hospitalier et de justice ayant pour effet de créer un espace autre et de réguler ses modalités d'accès.

À l'arrivée sur les lieux de l'hôpital, nous réalisons que le premier défi sera de trouver la salle d'audience. L'établissement est vaste et [...] nous arrivons sur une unité d'obstétrique. Nous faisons du porte-à-

porte afin de rejoindre la salle d'audience, mais nous sommes dans l'impossibilité de la trouver. Nous retournons à l'accueil [...] On nous explique que les départements sont déconnectés les uns des autres et nous devons prendre un ascenseur particulier, qui nous mènera finalement au bon endroit. [...] Lors de notre attente, une infirmière nous expliquera que l'unité d'hospitalisation [psychiatrique] [est] à l'étage inférieur. (Note de terrain)

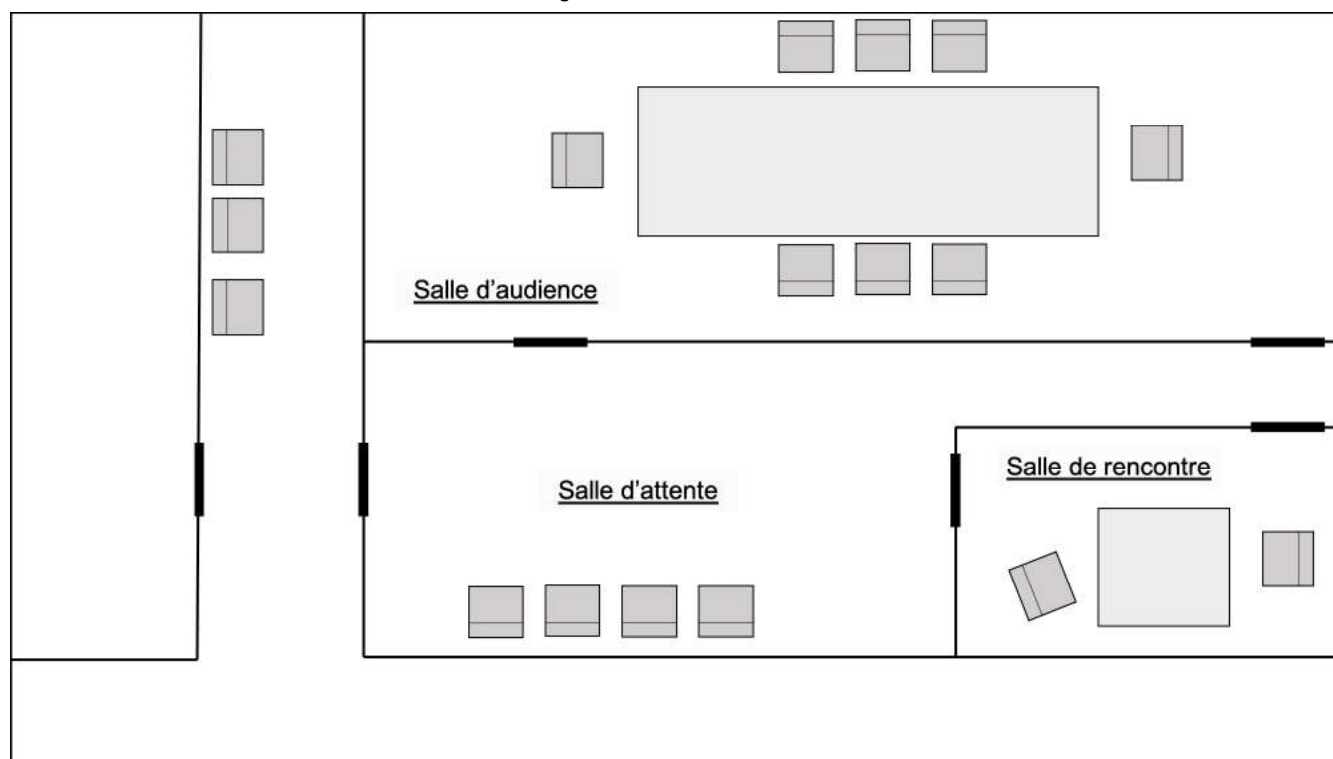
Ces espaces autres sont également singuliers dans leur nature (contenir la déviance psychique), leur fonction (réguler le rapport des déviants à la justice et le rapport de la justice à la déviance) et leur fonctionnement (adapté au paysage thérapeutique post-institutionnel), mais également dans la manière dont ils réussissent à juxtaposer les espaces habituels, à structurer le rapport au temps et à réguler l'ensemble des rituels et des procédures nécessaires afin d'y pénétrer.[16] Ce qui rend la notion d'hétérotopie si intéressante pour l'étude de la CE relève de sa capacité à problématiser l'influence de l'espace vécu sur les différents rapports sociaux et sur leur fonction identitaire pour les acteurs en présence.[30] En d'autres mots et pour en revenir à sa configuration particulière, transformer un espace provoque indubitablement une transformation des relations entretenues entre les personnes qui l'habitent. Notamment et en concordance avec les constats de Staton [26], les résultats de cette ethnographie suggèrent que la visée « thérapeutique » des espaces de justice contribuent également à une

transformation du langage utilisé par les acteurs intra- et extra-juridiques. Afin d'assurer une compréhension commune des situations dont s'enquiert le tribunal, ces acteurs en viennent ainsi à maîtriser les registres langagiers d'autres disciplines. Une hybridation de ces registres est par conséquent observée, que cela concerne l'utilisation de termes cliniques par les juristes ou l'utilisation de termes légaux par les professionnels de la santé.

### Configuration et rythme de la justice hospitalière

Les constats de la démarche ethnographique réalisée à la CE suggèrent certains effets structurants des hétérotopies sur les rapports sociaux lors des audiences. La disposition de ces espaces autres au sein des établissements de santé est certainement variable, mais illustre des tendances générales, notamment en ce qui concerne la disparition de la disposition antagoniste que l'on retrouve au sein des salles d'audience typiques. En effet, ce tribunal administratif s'insère au cœur même des établissements hospitaliers, s'inscrit dans leur quotidien et dans leurs lieux. Comme la majorité des intervenants en santé mentale œuvrant en ces lieux, uniformes et toges sont troquées pour des habits civils. De manière ponctuelle, les salles de réunion du personnel soignant se transforment en ces espaces où l'on rend justice et où juristes, psychiatres, personnes accusées et autres acteurs sont convoqués pour leurs audiences.

Figure 1: Salle d'audience A





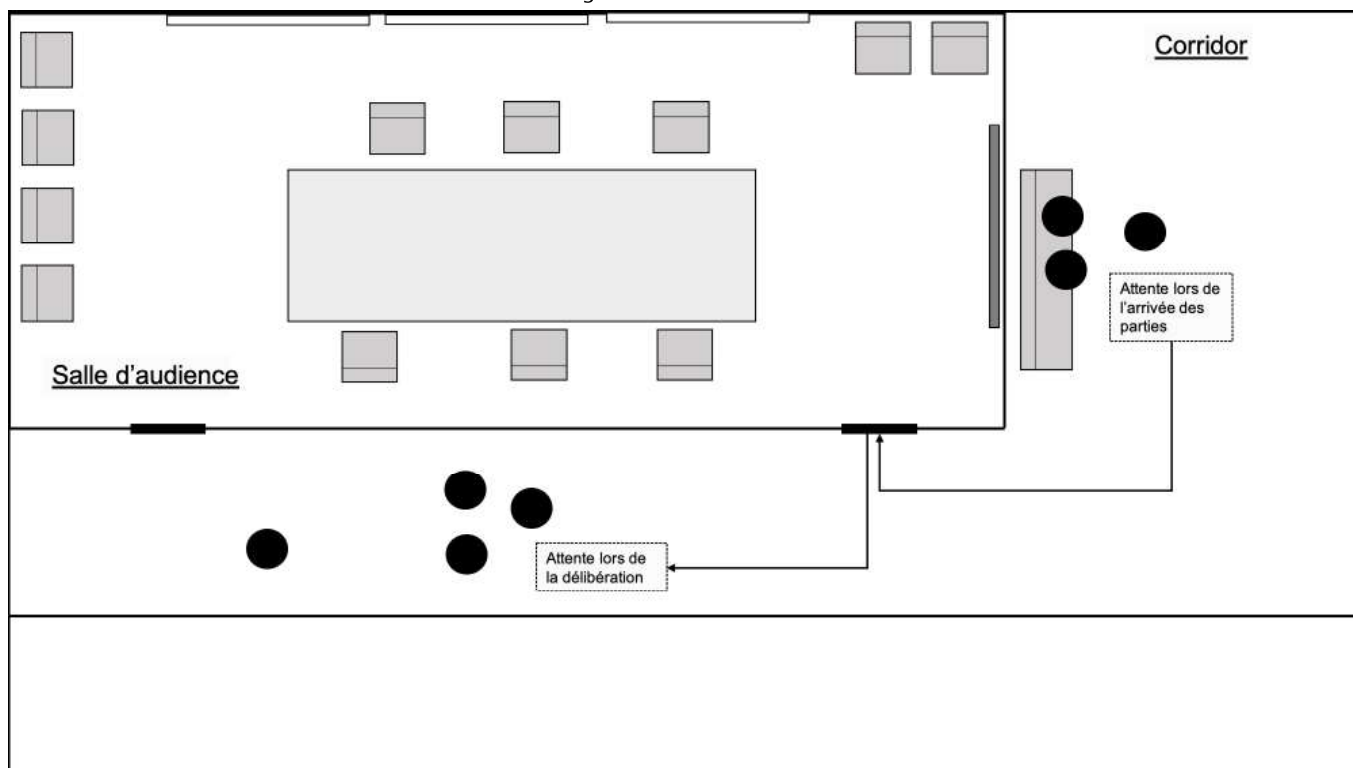
Ainsi, les civières, les dispositifs d'administration de solutés et autres matériaux hospitaliers côtoient l'instant d'une journée nombre de mallettes, d'enregistreurs et d'ordinateurs portables qui « transforment » une simple salle de réunion en salle d'audience. Tout comme les objets caractérisant le milieu hospitalier, la justice à l'œuvre à la CE se caractérise par sa mobilité, par le flux incessant d'acteurs qui s'ajustent au rythme des audiences et par sa capacité à transformer radicalement la fonction symbolique des hôpitaux et unités psychiatriques.

Il faut toutefois préciser qu'en raison de cette mobilité et de l'incursion du dispositif judiciaire au sein de l'espace sanitaire, plusieurs idiosyncrasies sont présentes. Certains établissements de santé, notamment ceux possédant des unités psychiatriques spécialisées et surspécialisées, ont adapté leurs espaces à cette nouvelle réalité (Figure 1, croquis réalisé suivant une séance d'observation). Des salles d'audience dédiées ont été aménagées au sein même de l'hôpital et certaines d'entre elles intègrent une salle d'attente et des bureaux privés afin de faciliter les rencontres entre la personne accusée et son avocat (Figure 1, Salle d'audience, Salle de rencontre). Certaines salles d'audience disposent également de matériel de visioconférence permettant la comparution à distance, dans certaines circonstances. En contrepartie, plusieurs établissements hospitaliers s'ajustent

ponctuellement au rythme et à l'horaire des audiences sans modifier leurs espaces propres (Figure 2, croquis réalisé suivant une séance d'observation). Ces lieux sont particulièrement intéressants, puisqu'ils provoquent une disruption du quotidien de l'hôpital, illustrent une négociation encore difficile de l'interface clinico-juridique que représente la CE et ont des effets importants sur la manière dont les frontières interpersonnelles sont négociées entre les acteurs. Les observations réalisées à la CE démontrent que l'organisation de ces espaces est extrêmement variable. Ils oscillent entre des espaces spécialement dédiés aux audiences du tribunal, des salles de réunion multifonctionnelles et des espaces particulièrement restreints convertis ponctuellement en salle d'audience.

Bien que ce ne soit pas le cas pour toutes les salles d'audience intégrées aux milieux hospitaliers, la configuration de ces salles (Figures 1 et 2) rappelle une volonté de concerter, soit de « réunir autour d'une même table », les acteurs intra- et extra-juridiques plutôt que d'entretenir des rapports différenciés (juges, avocats, experts, accusés) ou antagonistes (l'accusé et son représentant légal contre les représentants du milieu hospitalier). Le principe de collégialité mainte fois réitéré lors des audiences n'empêche pas la mise en place d'un certain formalisme. Pour certains des participants interrogés, ces procédures sont approchées comme un rituel propre aux

Figure 2: Salle d'audience B



espaces de justice :

J'aime beaucoup le côté rituel, cérémonial de la justice en général. Je trouve que c'est comme une sorte de mise en scène. [...] Il y a des rituels, il y a des codes, il y a plein de choses. J'aime beaucoup ce genre de choses-là [...] [Quand je suis à la CE] c'est quand même moins formel, mais quand je suis au palais de justice, j'aime beaucoup ça. J'aime beaucoup le côté un peu "show" de la chose. Je le dis très humblement. (Participant - Psychiatre)

Il est utile de préciser à quoi ressemble une journée typique à la CE, du moins dans le district de Montréal qui est le plus achalandé. Le nombre d'audiences est variable et d'approximativement cinq par jour, d'une durée approximative d'une heure chacune. Les documents officiels de la CE précisent également les grandes étapes de l'audience, qui « se déroule de la façon la plus simple possible », [17 p1] mais qui ne sont pas sans rappeler celles des procès conventionnels. (1) Des explications sont données sur le déroulement de l'audience et sur les différentes décisions que peut rendre la CE. Dès cette première étape, un rappel du délit ayant mené à la CE est également effectué. (2) La preuve, notamment le rapport d'évaluation psychiatrique, est entendue. Ce rapport doit « renseigner les membres de la [CE] sur [la] maladie (sa durée, le nombre d'hospitalisations, etc.), [le] comportement passé et actuel et la gravité du risque [représenté] pour la sécurité du public. Il doit aussi contenir une recommandation concernant la décision que la [CE] devrait rendre. ». [17 p2] Le témoignage du psychiatre traitant, qui est constitué de la lecture de son rapport, est produit en premier, puis la personne accusée témoigne à son tour. (3) Une fois l'ensemble de la preuve présentée, les avocats de la défense, de l'hôpital ainsi que de la direction des poursuites criminelles et pénales (DPCP) le cas échéant font leurs représentations. (4) Le président du banc demande à toutes les personnes présentes de se retirer de la salle d'audience afin que les juges puissent délibérer sur la décision qui doit être rendue, puis, lorsque la période de délibération est terminée, (5) les personnes réintègrent la salle d'audience et la décision est annoncée.

Les observations réalisées à la CE suggèrent que cette procédure, en apparence simple, se confronte à différentes difficultés théoriques et pratiques. Comme l'illustre la figure no. 2, la CE s'inscrit dans le flux quotidien de l'hôpital et tente de s'y adapter. Malgré le caractère public des audiences de la CE, les chercheurs ayant participé à ce projet ont souvent eu de la difficulté à localiser les salles d'audience. Si certaines d'entre elles occupent des espaces dédiés, plusieurs salles d'audience occupent des salles de réunion converties ponctuellement afin d'accueillir les audiences de la CE. Dans certains de ces lieux, l'absence de locaux spécifiquement

destinés à la CE impose aux personnes accusées et à leurs représentants légaux de se rencontrer dans les corridors de l'hôpital et tentent, avec un succès variable, d'identifier des lieux assurant un minimum de confidentialité. Les contraintes de temps imposent également un rythme réduisant au minimum la possibilité, pour les avocats, de recevoir le mandat de leur client (la personne accusée), de s'assurer de leur consentement et de consulter les éléments qui seront présentés en preuve, qui se limitent souvent au rapport d'évaluation psychiatrique remis dans les minutes précédant l'audience.

Un important travail relationnel est à l'œuvre afin de préserver le rythme des audiences de la CE en assurant parallèlement la qualité des liens entre les personnes accusées, leurs avocats et leurs psychiatres. Lors des observations réalisées à la CE, l'absence du personnel infirmier a rapidement été constatée. Ce constat est d'autant plus étonnant en raison du rythme des audiences, qui suppose un important travail d'organisation afin d'assurer la coordination des activités des sphères hospitalières et judiciaires. Il s'agit d'un travail d'arrière-plan assurant le fonctionnement des espaces de justice en santé mentale et la négociation de leurs contraintes respectives. L'invisibilité d'un tel travail encourage une exploration plus soutenue des rituels caractérisant les audiences de la CE, notamment en ce qui concerne la régulation des rapports sociaux et des savoirs produits sur la personne.

### Régulation procédurale des rapports sociaux

La CE constitue donc une hétérotopie, dont le rythme, la disposition et les processus d'interaction ne sont ni entièrement juridiques, ni entièrement cliniques. À la protection de la sécurité du public, qui oriente les activités de la CE, s'ajoute également la volonté d'assurer la réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes accusées sous son autorité. Une justice dite « thérapeutique » est par conséquent à l'œuvre, ce qui se traduit par l'expression d'un mode d'engagement particulier permettant aux acteurs clefs de la CE d'affirmer que « tous sont égaux » et assis autour de la même table, que le système s'ajuste aux exigences de la déviance psychique et qu'il a cœur le bien-être de la personne accusée. Ce contexte particulier suggère l'intérêt d'étudier les conditions de mise en œuvre d'un tel exercice d'empathie et de compassion, ainsi que ses effets sur les relations entretenues entre les acteurs de la CE.

En elle-même, l'évaluation du risque que représente une personne pour la sécurité du public repose sur les critères établis par la Cour suprême du Canada. Ce risque ne doit pas être hypothétique : il doit être « important » et la nature du

préjudice appréhendé doit être « véritable » et « grave ».[25] Comme l'indique un participant, malgré ces critères précis il est étonnant pour un professionnel de la santé étranger au domaine du droit de constater le caractère a priori subjectif du processus judiciaire.

C'est très impressionnant, pour un clinicien qui n'est pas un avocat, [à quel point] c'est variable d'une séance à l'autre. Comme si les critères, ... comme s'il y avait un côté humain dans la démarche. Comme ce sont trois juges, [...], pour un clinicien, c'est un peu désarçonnant. On se dit que ça devrait être très, très objectif, mais dans le fond, il y a un côté humain, subjectif. » (Participant - Psychiatre)

À l'exception du rapport d'évaluation psychiatrique produit par le médecin psychiatre, qui agit également comme psychiatre traitant de la personne accusée, peu de perspectives autres sont discutées ou mises de l'avant afin d'apprécier la nature du risque pour la sécurité du public présenté par la personne accusée. En eux-mêmes, les rapports offrent une synthèse de son évolution au cours de la dernière année à partir d'informations collectées à différents moments, dont certaines sont collectées par le personnel infirmier.[31,32] Encore ici, les savoirs produits sur la personne accusée à partir du travail infirmier participent aux activités de la CE sans qu'un tel travail ne soit formalisé ou, à tout le moins, différencié du rapport d'évaluation psychiatrique. Cela n'empêche toutefois pas le personnel infirmier de témoigner devant la CE[33,34] ou d'y déposer un rapport[35,36]. Au cours de nos observations, différents intervenants ont également témoigné, notamment des travailleurs sociaux et autres intervenants en santé mentale. Ces témoignages réfèrent, par exemple, à la trajectoire de vie de la personne accusée dans les derniers mois et à l'évaluation du risque qu'elle représente par l'intermédiaire d'évaluations et d'outils standardisés.[37] Malgré tout, l'importance accordée à l'adhésion au plan de traitement et particulièrement à la médication est, dans la très forte majorité des cas, prépondérante.[25]

Les mécanismes procéduraux à l'œuvre à la CE tendent finalement à refléter la violence symbolique ayant historiquement ciblé les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Bien que la CE évoque une justice thérapeutique et de proximité, d'importantes tensions ont été observées lors des audiences. Les tensions les plus palpables réfèrent sans aucun doute aux premières minutes de l'audience, qui demandent à la personne accusée de s'ajuster rapidement au rôle qui lui est attribué et qui impliquent le respect d'un certain décorum auquel il est impossible de déroger. De telles dérogations ont cependant été observées de la part des acteurs professionnels, qui interviennent régulièrement afin d'offrir des informations

complémentaires. À différentes reprises, on demande à ce que les personnes accusées retirent leurs chapeaux ou leurs casquettes, on insiste également sur l'importance du respect des tours de parole, ce qui n'est pas sans rappeler les rituels et le décorum traditionnel des tribunaux. Par exemple, lors d'une audience observée, le président du banc des juges explique la procédure en disant que la psychiatre parlera en premier et que ce sera ainsi « plus facile pour vous [la personne accusée] de témoigner quand vous aurez entendu ce qu'on a à dire sur vous ».

[La personne accusée] [...] s'introduit auprès des juges dès son arrivée. [...] Elle s'adresse au président du banc des juges et lui dit qu'il a un beau sourire. [...] Son avocate lui demande de « parler après » [...] On explique à l'usagère les tours de parole [...]. À un moment de l'audience, on lui indique que son non-respect du décorum peut nuire à sa cause plutôt que l'aider. (Note de terrain)

Le respect du décorum devient également difficile lorsque les premières minutes de l'audience sont consacrées à la lecture du rapport d'évaluation psychiatrique, qui explore et décrit de manière détaillée la vie intime de la personne accusée. Les habitudes de vie et de consommation, la situation d'emploi, le logement, les relations amoureuses et sociales, ainsi que les diagnostics sont ainsi présentés au tribunal sans que la personne accusée, au moment de la lecture du rapport, ne soit autorisée à s'exprimer.

La psychiatre lit son rapport. [...] Elle commence en disant qu'elle ne sait pas où vit monsieur. [...] Monsieur veut intervenir, mais tout le monde lui intime de se taire, qu'il parlera après, que ce n'est pas son tour. Finalement, le président [du banc] s'adresse à Monsieur en lui demandant quelle est son adresse [...] (Note de terrain)

Nos observations suggèrent que cette exposition de la vie intime de la personne accusée est souvent vécue avec violence. Cette difficulté semble amplifiée par la structure même de la CE, qui donne préséance à l'objectivation de la personne accusée par des experts et qui relègue son vécu au second plan. Cette observation reflète les constats de Gustafsson et al..[38 p181, traduction libre] suggérant que le sentiment de violation de la dignité des personnes ciblées par la coercition en santé mentale s'exprime lorsqu'elles sont ignorées, exposées, prédéfinies et « victimes de la supériorité des autres ». Certains psychiatres se sont d'ailleurs exprimés sur les enjeux soulevés par ce processus en ce qui concerne le maintien de la relation et de l'alliance thérapeutique avec la personne accusée. Malgré son inclinaison thérapeutique, cette dynamique reproduit des modes d'engagement plutôt classiques, soit celui du juge, de l'avocat, de l'expert et de l'accusé et sont négociés avec une certaine difficulté lors des

audiences. Les performances qui en découlent illustrent le maintien d'une relation asymétrique entre les acteurs, par l'intermédiaire de laquelle les professionnels ont le pouvoir de « définir cette relation et de contrôler les activités » du tribunal. [26 p1973, traduction libre]

Lors des audiences observées, certaines personnes accusées ont souhaité intervenir afin de préciser ou rectifier des informations qui les concernent, mais ont aussitôt été sommées de garder silence afin de respecter les tours de paroles. Cette dynamique est d'une importance particulière, puisque l'ensemble des informations discutées à la CE constituent autant d'actes discursifs qui, au fil des audiences, seront repris afin de documenter la trajectoire de la personne accusée.

## Discussion

La CE constitue un terrain de recherche singulier au sein duquel se juxtaposent différents espaces s'intégrant au dispositif de contrôle contemporain des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale. La rencontre des sphères hospitalières et judiciaires, dans lesquelles évoluent autant d'acteurs cliniques et juridiques, soulève l'importance d'étudier plus attentivement la nature de ces espaces, leur fonction, leur fonctionnement et l'ensemble des rituels qui y sont propres et en autorisent l'accès.[16] L'ethnographie réalisée à la CE démontre l'intérêt d'étudier la configuration des espaces de justice en santé mentale afin de mieux saisir leurs effets structurants sur les rapports sociaux et plus particulièrement sur le traitement réservé aux personnes judiciairisées aux prises avec une problématique de santé mentale.

Un élément particulièrement évocateur de cette recherche concerne l'application de procédures judiciaires donnant préséance au discours psychiatrique et à l'objectivation de la personne accusée, plutôt qu'à la personne elle-même. D'une part, l'importance accordée à un tel discours fournit une lecture unique de la personne et des situations sur lesquelles s'enquiert la CE afin de rendre sa décision. D'autre part, les observations réalisées à la CE suggèrent que ce mode de fonctionnement et d'engagement des acteurs peut susciter de vives tensions en raison de son caractère intrusif et du sentiment d'atteinte à la dignité qui en découle chez la personne accusée.[38] Malgré l'inclinaison thérapeutique de la justice, les interactions observées à la CE, particulièrement en ce qui concerne le respect du décorum, réaffirment la différence de statut entre les personnes accusées et les autres intervenants de l'audience.

Sur ce point, certains auteurs suggèrent l'importance de la justice procédurale afin d'assurer le caractère thérapeutique de la justice et de la coercition en santé mentale [39]. La justice procédurale réfère à la qualité du processus décisionnel mis en œuvre lors de procédures légales et au sentiment d'équité qui en émerge chez la personne concernée.[40] La justice procédurale serait notamment bénéfique afin de réduire la récurrence et contribuer au rétablissement des personnes ayant des problématiques de santé mentale.[41-43] De manière générale, un haut degré de justice procédurale serait associé à une plus faible perception de coercition [44] et une faible perception de coercition serait associée à une meilleure confiance envers les services psychiatriques.[45] Il y a cependant lieu de conserver une distance critique à propos de la fonction même des espaces de justice en santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les stratégies discursives qui contribueraient à naturaliser leur légitimité et leur fonction sociale. En effet, le manque d'accès aux services de santé mentale en temps opportun peut contribuer à la judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.[21] De manière plus générale, il est suggéré que ce serait avant tout l'intensité des services offerts par l'intermédiaire de la coercition, plutôt que la coercition en elle-même, qui favoriserait le processus de rétablissement. [46,47] Le recours aux espaces de justice en santé mentale comme mécanismes de dispensation de soins et de services est en ce sens problématique. Il est porteur d'innombrables enjeux aux droits humains et peut, par l'intermédiaire d'une empathie de convenance, masquer les rapports d'inégalité caractérisant le traitement réservé aux personnes aux prises avec une problématique de santé mentale.

La mise en œuvre de la justice thérapeutique et procédurale dans ces contextes s'étend donc au-delà de la CE, des tribunaux spécialisés en santé mentale et des procédures civiles permettant d'offrir des soins sous la contrainte, qui constituent plutôt le point de « cristallisation institutionnelle des rapports de pouvoir ».[48 p122] Comme le suggèrent Galon et Wineman[44], les infirmières occupent un rôle central à la mise en œuvre des mécanismes de coercition et participent également à renforcer leur légitimité perçue. Elles ont aussi un rôle essentiel tant en ce qui concerne l'évaluation, l'observation de la personne, la documentation de sa trajectoire au sein des services de santé mentale, le respect des modalités thérapeutiques imposées par ces mesures coercitives et le travail de liaison avec les tribunaux. La mise en œuvre des mécanismes de coercition s'appuie ainsi sur deux fonctions centrales au rôle infirmier, soit le travail de soin (issu du contact direct, continu et rapproché entre le personnel infirmier et la personne, par l'intermédiaire

duquel sont produits les savoirs sur celle-ci) et d'organisation (nécessaire à la coordination du dispositif de prise en charge de la personne soignée).[49] L'invisibilité d'un tel travail est bien documentée. Elle s'explique notamment par les dynamiques de pouvoir et les rapports de genre caractérisant la pratique infirmière et l'organisation des soins et des services de santé mentale.[50,51]

L'invisibilité du travail d'organisation suggère la pertinence d'étudier plus attentivement les mécanismes de mise en œuvre des procédures formelles et informelles de la justice hospitalière en psychiatrie, notamment en ce qui concerne la CE. Un tel travail est partiellement visible en contexte d'hospitalisation involontaire. En effet, un examen de la jurisprudence récente à cet égard démontre que les notes infirmières sont admissibles en preuve[52], que les infirmières sont appelées à témoigner devant le tribunal[53], qu'elles sont présentes lors de la signification des requêtes aux usagers[54], qu'il est attendu d'elles qu'elles expliquent aux usagers leurs droits et recours[55] tout en assurant un travail de liaison entre le tribunal et les établissements hospitaliers[56, 57]. Ces éléments ne sont pas généralisables à la CE, mais ils suggèrent une implication soutenue du personnel infirmier lors de la mise en œuvre de procédures judiciaires en psychiatrie analogues à celles mobilisées par la CE. En d'autres mots, ils soulignent l'importance du travail d'organisation réalisé par le personnel infirmier lorsque se juxtaposent les sphères hospitalières et judiciaires.

Quant au travail de soin, il semble considéré lors de l'évaluation à laquelle procède la CE, sans toutefois être différencié du processus d'évaluation psychiatrique. À la lumière des résultats de cette étude, il semble que les exigences légales de la CE, soit qu'un psychiatre évalue le risque et émette des recommandations, pourraient participer à cette invisibilité. Comme le suggèrent Buus[58] et Buus et Hamilton[59], la reconnaissance de l'apport du personnel infirmier sur ces questions est d'une importance particulière puisque les savoirs produits sur la personne soignée à partir de la documentation infirmière sont dépendants du contexte social et organisationnel entourant leur production (ce qui peut s'expliquer par la dynamique des équipes traitantes, la gestion de l'incertitude clinique et l'imputabilité). Bien souvent, ces savoirs ont une prédominance biomédicale peu représentative du travail infirmier effectivement réalisé et peuvent offrir une représentation biaisée de la personne ou de certaines situations la concernant. Si ces savoirs sont réinterprétés à la lumière des impératifs de sécurité poursuivis par la CE, il survient un risque conséquent de les détacher du contexte de leur production. De tels savoirs participent

activement à la construction de la vulnérabilité, du besoin de protection, de la dangerosité ou du risque potentiel que représente la personne et constituent de ce fait des éléments clefs sur lesquels s'appuie le travail des tribunaux.[27]

## Limites

Les résultats discutés dans cet article doivent être interprétés en respect du contexte juridique particulier dans lequel s'insère la CE. Bien que ces instances soient présentes partout au Canada et que les espaces de justice en santé mentale soient également actifs dans plusieurs juridictions, leurs modalités de fonctionnement varient de manière importante. [25] Par exemple, la trajectoire des personnes accusées, la proportion des verdicts de non-responsabilité criminelle, le taux de récidive criminelle et le temps de détention à l'hôpital sont au nombre des différences observées entre les provinces canadiennes [60-62]. Néanmoins, l'analyse de l'influence de l'espace vécu sur les interactions sociales de la CE est révélatrice de processus sociaux pouvant être à l'œuvre dans ces différents contextes.

## Conclusion

La justice est avant tout une activité humaine et par conséquent, rendre la justice plus humaine, ou thérapeutique, relève à première vue d'une tautologie dont les paradoxes sont nombreux. Au cours des dernières années, la justice thérapeutique a réaffirmé la nécessité d'une analyse sociojuridique plus approfondie des conséquences positives et négatives du droit et de ses procédures sur la vie des personnes judiciarisées aux prises avec une problématique de santé mentale. Aux États-Unis et au Canada, la reconnaissance de la vocation thérapeutique des espaces de justice en santé mentale, l'intrication de procédures civiles telles que les autorisations judiciaires de soins au quotidien de la pratique soignante et l'augmentation constante des personnes admises contre leur gré sur les unités de soins psychiatriques[5], soulèvent de nombreuses questions dont la portée est à la fois éthique, clinique et juridique. Les effets de l'intrication des espaces hospitaliers et de justice sont toutefois méconnus et encore peu documentés.

Ces questions ont également été soulevées lors de l'ethnographie réalisée à la CE, sur laquelle s'appuie cet article afin d'en analyser certains résultats. Notamment, l'apport théorique des hétérotopies à cette démarche a permis d'approcher le travail des acteurs (qu'ils soient accusés, psychiatres, avocats ou juges) en le considérant comme étant fondamentalement en relation avec l'espace vécu. Les ramifications de la justice hospitalière s'étendent toutefois



bien au-delà des audiences de la CE, qui en seraient son point culminant. La juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice nécessite un travail actif de la part d'acteurs intra- et extra-juridiques, qui reste en arrière-plan et qui est mis en œuvre en périphérie des audiences de la CE. Il s'agit d'un travail dont l'importance pour la reconnaissance des droits des personnes accusées semble actuellement sous-estimée.

Les constats de cette analyse suggèrent que l'implication du personnel infirmier, qui contribue pourtant activement au fonctionnement de la CE, est particulièrement difficile à appréhender, du moins dans le district de Montréal. Ce constat rejoint celui de Domingue et al.[27] réalisant une étude similaire en Ontario. Comme c'est également le cas pour le recours à l'hospitalisation ou au traitement involontaire, les évaluations et observations réalisées par le personnel infirmier en périphérie des tribunaux, de même que la documentation et les savoirs produits sur la personne, sont au nombre des éléments essentiels à la réalisation du mandat des espaces de justice en santé mentale. Ces éléments contribuent à la construction de la vulnérabilité, du besoin de protection, de la dangerosité ou du risque qu'elle représente. [58,59,63] La pratique infirmière en vient par conséquent à être subordonnée aux impératifs de sécurité tout en assurant le fonctionnement plutôt invisible du dispositif de contrôle ciblant les personnes judiciairisées aux prises avec une problématique de santé mentale.

Il est suggéré d'étudier ces espaces de justice sous l'angle du travail de soin et d'organisation du personnel infirmier, en s'intéressant aux dynamiques sociales, politiques et structurelles qui en expliquent son invisibilité.[49] Rendre visible un tel travail soulève toutefois différents enjeux pour la pratique infirmière en psychiatrie. D'une part, le travail de soin pourrait impliquer du personnel infirmier qu'il s'intéresse davantage aux facteurs de protection, plutôt qu'aux facteurs de risque, guidant le processus d'évaluation et d'intervention auprès des personnes judiciairisées. D'autre part, le travail d'organisation pourrait contribuer à une formalisation du processus de liaison inhérent au fonctionnement et à la juxtaposition des sphères judiciaires et hospitalières. Ce processus concerne notamment la mise en œuvre des procédures explicites et implicites guidant les activités de la justice hospitalière, ainsi que la facilitation des interactions entre les personnes judiciairisées et leurs représentants légaux. L'élément central au développement de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques relèverait par conséquent d'une réponse aux enjeux de reconnaissance des droits humains, plutôt que de la reconnaissance d'une pratique constituant l'extension ou agissant de concert avec l'expertise

psychiatrique.

## References

1. Mougeot F. Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique. Paris : Eres, 2019.
2. Klassen AL. Spinning the revolving door: The governance of non-compliant psychiatric subjects on community treatment orders. *Theoretical Criminology* 2017; 21(3); 361-379.
3. Pariseau-Legault P, Vallée-Ouimet S, Jacob JD, Goulet MH. Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en soins infirmiers* 2020; 3(142); 53-76.
4. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras, D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2019; 28(6); 605-612.
5. Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open* 2018; 4(2): 31-38.
6. Ministère de la justice du Québec. Statistiques – Gardes en établissement et autorisation de soins. 2019. Disponible sur [https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/contenu/documents/Fr\\_\\_français\\_/centredoc/rapports/ministere/acces\\_information/decisions-documents/2019/dai\\_no\\_82900.pdf](https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__français_/centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2019/dai_no_82900.pdf). Consulté le 15 juin 2020.
7. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. Les autorisations judiciaires de soins : le trou noir de la psychiatrie. 2014. Disponible sur <http://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>. Consulté le 15 juin 2020.
8. Aide Juridique Ontario. Qu'est-ce qu'un tribunal pour les personnes ayant des troubles mentaux?. 2020. Disponible sur <http://faitsdedroit.ca/mental-health/court>. Consulté le 15 juin 2020.
9. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews* 2017; 3: CD004408.
10. Stuen HK, Rugkasa J, Ladheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 1-13.

11. Stroud J, Banks L, Doughty K. Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *Journal of Mental Health* 2015; 24(2): 88-92.
12. Riley H, Lorem GF, Høyer G. Community treatment orders – what are the views of decision makers? *Journal of Mental Health* 2016; 27(2): 97-102.
13. Corring D, O'Reilly R, Sommerdyk C. A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. *Int J Law Psychiatry* 2017; 52: 74-80.
14. Human services & justice coordinating committee. *Mental Health Courts in Ontario : A Review of the Initiation and Operation of Mental Health Courts Across the Province*. 2017. Disponible sur <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/11/Mental-Health-Courts-in-Ontario-1.pdf>. Consulté le 15 juin 2020.
15. Wexler DB. Therapeutic justice. *Minnesota Law Review* 1972; 57: 289-338.
16. Foucault M. Des espaces autres. In : Defert D et Ewald F (ed.). *Michel Foucault : Dits et écrits – Tome IV*. Paris : Gallimard, 1994 ; 752-763.
17. Tribunal administratif du Québec. La commission d'examen des troubles mentaux (CETM). 2005. Disponible sur [https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/www-2\\_taq\\_gouv\\_qc\\_ca.pdf](https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/www-2_taq_gouv_qc_ca.pdf). Consulté le 15 juin 2020.
18. Gouvernement du Canada. Code criminel du Canada. 1985. Disponible sur <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>. Consulté le 15 juin 2020.
19. Briseid K, Skatvedt A, McCormack B. How knowledge developed through ethnography may inform person-centred healthcare practices. In : McCormack B, van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T (ed.). *Person-centered healthcare research*, Hoboken : Wiley & Sons, 2017 ; 149-158.
20. Bibler-Coutin S, Fortin V. Legal ethnographies and ethnographic law. In : Sarat A, Ewick P (ed.). *The Handbook of Law and Society*. Hoboken : Wiley & Sons, 2015 : 71-84.
21. McGrath L, Reavey P. Heterotopias of control: Placing the material in experiences of mental health service use and community living. *Health & Place* 2013; 22: 123-131.
22. Saint-Germain C. Le néo-sujet du droit criminel. Effets secondaires des psychotropes sur l'anthropologie pénale. 2014. Disponible sur <http://hdl.handle.net/1866/10750>. Consulté le 15 juin 2020.
23. Garcia M. La théorie de la rationalité pénale moderne : un cadre d'observation, d'organisation et de description des idées propres au système de droit criminel. In : Dubé R, Garcia M, Machado MR (ed.). *La rationalité pénale moderne: Réflexions théoriques et explorations empiriques*. Ottawa; Presses de l'Université d'Ottawa, 2013 : 37-78.
24. Pires AP. La rationalité pénale moderne, la société du risque et la juridicisation de l'opinion publique. *Sociologie et Sociétés* 2001; 33(1): 179-204.
25. Bernheim E, Gutierrez M, Ouellet G, Pariseau-Legault P, Sallée N. Justice et santé mentale. In : Noreau P, Bernheim E, Cachecho M, Piché C, Roberge JF, Rossi C (ed.). *22 Chantiers sur l'accès au droit et à la justice*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2020 ; 385-402.
26. Staton, MD. Professional Interaction in Mental Health Courts: Processing Defendants with Mental Illness. *The Qualitative Report* 2019; 24(8): 1967-1989.
27. Domingue JL, Jacob JD, Perron A, Pariseau-Legault P, Foth T. (Re)construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen. *Recherche en soins infirmiers* 2020; 4(143): 118-126.
28. Deleuze G. Post-scriptum sur les sociétés de contrôle. In : Deleuze G (ed.). *Pourparlers 1972-1990*. Paris : Éditions de Minuit, 1990 ; 240-247.
29. Hardt M, Negri A. *Empire*. Cambridge : Harvard University Press, 2001.
30. Nal E. Les hétérotopies, enjeux et rôles des espaces autres pour l'éducation et la formation. *Recherches & Éducatives* 2015; 14: 147-161.
31. Tribunal administratif du Québec. A.P. et Responsable de l'institut A. 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h3gk1>. Consulté le 28 janvier 2021.
32. Tribunal administratif du Québec. E.V. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2013. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g07l2>. Consulté le 28 janvier 2021.
33. Tribunal administratif du Québec. G.D. et Responsable du CSSS A. 2011. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g6wcr>. Consulté le 28 janvier 2021.
34. Tribunal administratif du Québec. R.M. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h5cp7>. Consulté le 28 janvier 2021.
35. Tribunal administratif du Québec. J.P. et Responsable du CSSS A. 2010. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g02qr>. Consulté le 28 janvier 2021.

36. Tribunal administratif du Québec. M.C. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h49rp>. Consulté le 28 janvier 2021.
37. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide. Burnaby; Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2013.
38. Gustafsson LK, Wigerblad Å, Lindwall L. Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics* 2014; 21(2): 176-186.
39. Livingston JD, Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC. Forensic mental health tribunals: A qualitative study of participants' experiences and views. *Psychology, Public Policy, and Law* 2016; 22(2): 173-184.
40. Tyler T. Why people obey the law. Princeton; Princeton University Press, 2006
41. Lowder EM, Rade CB, Desmarais SL. Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. *Psychiatric Services* 2018; 69(1): 15-22.
42. Canada KE, Hiday VA. Procedural justice in mental health court: an investigation of the relation of perception of procedural justice to non-adherence and termination. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2014; 25(3): 321-340.
43. Wales HW, Hiday VA, Ray B. Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry* 2010; 33(4): 265-271.
44. Galon PA, Wineman NM. Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 2010; 24(5) : 307-316.
45. Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, Bempohl F, Heinz A, Montag C. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2018; 22(2): 115-122.
46. Pariseau-Legault P, Goulet MH, Crocker AG. Une analyse critique des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien. *Aporia* 2019; 11(1): 41-55.
47. Rugkåsa, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders: are they useful?. *BJPsych Advances* 2017; 23(4): 222-230.
48. Foucault, M. Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir (2e éd.). Paris; Gallimard, 1994.
49. Allen D. The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare. New-York; Routledge, 2014.
50. Strein LI. The Doctor-Nurse Game. *Archives Of General Psychiatry* 1967; 16(6): 699-703.
51. Hamilton BE, Manias E. Rethinking nurses' observations: Psychiatric nursing skills and invisibility in an acute inpatient setting. *Social Science & Medicine* 2007; 65(2): 331-343.
52. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie- Ouest c. A.N. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/j2jbp>. Consulté le 15 juin 2020.
53. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Rouyn-Noranda) c. D.B. 2018. Disponible sur <http://canlii.ca/t/hwcp3>. Consulté le 15 juin 2020.
54. Cour du Québec. Centre hospitalier de St. Mary c. S.M. 2012. Disponible sur <http://canlii.ca/t/fsc45>. Consulté le 15 juin 2020.
55. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint- Laurent c. R.V. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/j2p4z>. Consulté le 15 juin 2020.
56. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. L.L. 2016. Disponible sur <http://canlii.ca/t/gnhp4>. Consulté le 15 juin 2020.
57. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. L.P. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/hz1f8>. Consulté le 15 juin 2020.
58. Buus N. Negotiating clinical knowledge: A field study of psychiatric nurses' everyday communication. *Nursing Inquiry* 2008; 15(3): 189-198.
59. Buus N, Hamilton BE. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nursing Inquiry* 2016; 23(1): 64-77.
60. Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Côté G, Charette Y, Caulet M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 98-105.
61. Crocker AG, Charette Y, Seto MC, Nicholls TL, Côté G, Caulet M. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3: trajectories and outcomes through the

forensic system. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 117-126.

62.Charette Y, Crocker AG, Seto MC, Salem L, Nicholls TL, Caulet M. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 4: criminal recidivism. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 127-134.

63.Perron A. The forensic patient's moral career as a measure of institutional disciplinary processes. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2012; 5(1): 15-29.

#### *Remerciements*

*Les auteurs de cet article tiennent à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH, Subvention de partenariat) pour son soutien financier.*

#### *Pour contacter les auteur-e-s:*

*Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph.D., LL.M.*

*Professeur agrégé*

*Université du Québec en Outaouais*

*Département des sciences infirmières*

*5 rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 0B7*

*Canada*

*Courriel: pierre.pariseau-legault@uqo.ca*

*Emmanuelle Bernheim, LL. D., Ph.D.*

*Chaire de recherche du Canada sur la Santé mentale et l'accès à la justice*

*Professeure titulaire*

*Université d'Ottawa*

*Faculté de droit*

*Section de droit civil*

*Guillaume Ouellet, Ph.D.*

*Professeur associé*

*Université du Québec à Montréal*

*Faculté des sciences humaines*

*École de travail social*

*Nicolas Sallée, Ph.D.*

*Professeur agrégé*

*Université de Montréal*

*Faculté des arts et des sciences*

*Département de sociologie*

## ABOUT APORIA

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

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

Therefore, *Aporia* adheres to the following principles:

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

## SUBMISSION

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

### *Cover Letter*

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

### *Authorship Credit*

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

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

### *Preparation of the Manuscript*

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

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



