

Université de Montréal

**L'infirmière, la pratique de soin et la négociation.
Ethnographie des suivis postnatals à domicile en milieu
multiethnique à Montréal**

par

Emilie Audy

Département de sociologie

Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sociologie

Avril 2016

© Emilie Audy, 2016

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

**L'infirmière, la pratique de soin et la négociation.
Ethnographie des suivis postnatals à domicile en milieu multiethnique à
Montréal**

présenté par

Emilie Audy

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Christopher McAll, président-rapporteur

Valérie Amiraux, directrice de recherche

Damien Contandriopoulos, membre du jury

Pamela Klassen, examinatrice externe

Karine Bates, représentante du doyen

Résumé

Cette thèse porte sur les interactions entre infirmières et usagères lors des suivis postnatals à domicile. À partir d'une enquête ethnographique réalisée sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à Montréal, je montre la façon dont les infirmières « négocient » leur pratique de soin. Ces « négociations » permettent l'accomplissement du mandat infirmier quelque soient les manifestations de la *différence*, à l'intersection de la rencontre entre la culture professionnelle infirmière et la culture profane de l'usagère. À partir d'une littérature de la sociologie des professions et de la sociologie de la santé et d'un cadre théorique construit autour du concept de négociation, cette étude montre que c'est principalement en modulant leur rapport aux normes de la santé publique que les infirmières parviennent à négocier leur pratique et ainsi à répondre aux besoins des populations qu'elles rencontrent. Cinq formes de négociation se dégagent : la négociation par coopération, par compromis, par détachement, par adaptation typifiée et par coercition. Faire le récit de ces différentes formes de négociation permet d'expliquer comment les infirmières concrétisent leur mandat infirmier alors qu'elles sont en interaction avec des usagères qui ne partagent pas les valeurs de prévention et de promotion des « saines habitudes de vie » proposées par la santé publique du Québec.

Mots-clés : interaction, négociations, soin postnatal, culture professionnelle, culture profane, infirmières

Abstract

This thesis is an analysis of the interactions between nurses and service users in the context of post-natal home monitoring. Based on an ethnographic study I conducted in Montreal (Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent), I have defined how nurses negotiate care practice with their service users. These “negotiations” permit them to fulfill their mandate even with the manifestation of *difference* that can arise between the nurse’s professional and the service users’ profane culture. The theoretical framework that I have built around the concept of negotiation is also supported by sociological literature on profession and health. In order to cater to the service users’ needs, the nurses inherently modulate their relationship to the public health norms. Five types of negotiation have resulted from this study: Cooperation, Compromise, Detachment, Typified Adaptation and Coercion. This narrative of these different forms of negotiation tells us how nurses manage to fulfil their mandate with the service users who do not subscribe to the Quebec public health prevention and promotion of healthy living values.

Keywords : interaction, negotiations, postnatal care, professional culture, profane culture, nurses

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des sigles	ix
Remerciements.....	xi
INTRODUCTION	1
Les cordons	1
Quand le regard s'élargit : de la religion à la différence.....	5
Organisation de la thèse	11
PREMIÈRE PARTIE — TRAVAILLER EN INTERACTION : UNE HISTOIRE DE	
NÉGOCIATIONS	13
Chapitre I - La négociation	13
L'apparition de la négociation comme objet sociologique	15
La négociation comme interaction <i>in situ</i>	17
La négociation comme action collective	20
De la théorie à l'empirie : définition préliminaire	22
Chapitre II - Le contexte structurel et le Québec des accommodements	25
De l'accommodement à la personnalisation : les spécificités du monde médical	25
Accommodements raisonnables : le cas des infirmières au Québec	28
Personnalisation des soins.....	29
Le modèle personnalisé (patient centered) chez Mead et Bower (2000).....	30
Entre enchantement et tension : diversité, <i>Charte des valeurs</i> et soins postnatals	33
Chapitre III - La culture professionnelle infirmière comme contexte de négociation	
.....	40
La culture professionnelle infirmière : valeurs, savoirs et savoir-faire.....	41

Les soins postnatals : de l'hôpital au domicile	48
Profession : infirmière à domicile.....	52
Tâches et savoirs mobilisés.....	54
Relation thérapeutique	56
Optimisation et rapport au temps	60
Ajustement de la pratique à la culture profane de l'usagère	63
Culture professionnelle infirmière et culture profane	65
Chapitre IV — Regard ethnographique : la méthode	68
Ethnographies et ethnographies hospitalières	68
Accéder au terrain	70
Lina : la porteuse de projet.....	75
La collecte de données	79
Les observations	82
Les entretiens	89
L'anonymisation, le codage et l'analyse : sur le chemin de la modélisation	92
La construction idéaltypique et le récit semi-fictif	95
Le retour auprès des participantes et des non-participantes	98
DEUXIÈME PARTIE – RAPPORT AUX NORMES DE LA SANTÉ PUBLIQUE : CINQ	
FORMES DE NÉGOCIATION	101
Chapitre V — Première forme de négociation : la coopération	103
L'entrée en scène : donner le ton à la rencontre	106
La coopération en suivi postnatal à domicile : une mise en scène bien maîtrisée par ses	
acteurs	108
Côté cour : Micheline l'infirmière et la mobilisation sporadique des normes de la santé	
publique	110
Côté jardin : la famille Abdelmadjid, les « bons parents ».....	111
Éviter les coups de théâtre et l'importance de « garder la face »	115
Justification et traduction : l'illusion	117
La traduction selon Callon (1986) : la non-poignée de main.....	118
Le savoir-être : improvisation ou script?	122
Épilogue	124

Chapitre VI — Deuxième forme de négociation : le compromis identificatoire et projectif.....	127
Infirmière : jamais seulement une infirmière.....	131
La grande valse : de mère, à immigrante, à croyante, à professionnelle	134
Les répertoires.....	134
L'utilisation du Je : de la personnalisation à l'autorité	135
L'infirmière-mère : à la barre de la maternité.....	137
L'expérience maternelle ou les expériences maternelles	141
Professionnelle d'abord et avant tout : Camille et le contre-exemple	142
L'infirmière immigrante : le grand écart entre ici et ailleurs.....	143
La portée de la pluralité : de la facilitation au racisme.....	145
La sécurité par-delà les frontières géographiques.....	149
L'infirmière croyante : la portée de Dieu.....	151
Épilogue : une question de flexibilité.....	154
Le compromis projectif : nul besoin d'être immigrante, suffit d'être expérimentée.....	155
Chapitre VII — Troisième forme de négociation : le détachement.....	158
Une rencontre tout ce qui a de plus classique.....	163
« Je dis ce que je dois leur dire » et l'obligato.....	165
La santé publique en évolution.....	167
Les arguments scientifiques.....	172
Santé publique : une échappée moralisatrice	173
« On ne peut pas forcer personne » et la responsabilisation des parents.....	176
Trois facteurs susceptibles de mener au détachement	178
La décharge émotionnelle et professionnelle.....	179
Les traditions culturelles et religieuses	180
La famille et le réseau social informel	180
Épilogue : à mi-chemin entre le détachement et l'adaptation typifiée.....	182
Chapitre VIII — Quatrième forme de négociation : l'adaptation typifiée.....	185
<i>You guys</i> : entre choc et efficacité.....	189
Faire sens d'une situation : la typification.....	190
Expériences professionnelles, expériences personnelles : des schèmes en évolution.....	192
Établir une relation thérapeutique efficace : la typification.....	194

Adapter sa pratique : la typification	195
Adaptation typifiée du langage.....	197
Adaptation typifiée de contenu	199
Adaptation typifiée des arguments.....	201
Les dangers de l'adaptation typifiée et l'approche culturaliste	203
Stéréotypes ou savoirs expérientiels?	206
Épilogue : l'adaptation typifiée comme la négociation <i>sui generis</i>	208
Chapitre IX — Cinquième forme de négociation : la coercition	209
Des sourires et des remontrances	213
Concordance entre valeurs personnelles et valeurs de la santé publique	215
Le malade comme fardeau social : un appel au contrôle	218
Rapports de pouvoir : l'utilisation de la peur	220
Les professionnelles de la santé et l'utilisation de la menace	222
L'institution et l'accès aux programmes	225
La société et l'approbation sociale : le cas des <i>mommy blogs</i>	226
De la « bonne » coercition?	227
Quand la coercition ne découle pas de la santé publique	228
Une tentative d'explication pour le cas d'Hélène.....	230
TROISIÈME PARTIE — REMPLIR LE MANDAT INFIRMIER : D'UNE NÉGOCIATION À UNE AUTRE	233
Chapitre X – Les passages d'une forme de négociation à une autre	235
L'essai-erreur	237
Les limites de l'adaptation	240
Le redressement de l'ordre d'interaction.....	243
L'expérience professionnelle comme vecteur de transition.....	245
Le contre-exemple : les capacités de négociations	247
Chapitre XI – Réaliser le mandat infirmier : définir la situation	249
Définition de la situation	249
La négociation par coopération : jouer l'infirmière-type	252
La négociation par compromis : accompagner l'usagère dans son expérience de la maternité	253

La négociation par détachement : enseigner	254
La négociation par adaptation typifiée : interpréter les normes de la santé publique	254
La négociation par coercition : surveiller et contrôler les pratiques de soins de l’usagère	255
Réaliser le mandat infirmier à la lueur de la sociologie des professions	257
CONCLUSION	261
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	266
Documents de référence.....	282
Lois et règlements.....	283
Sites web	284
Annexe 1 : Carte du territoire desservi par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	i
Annexe 2 : Script téléphonique	ii
Annexe 3 : Grille d’observation – Suivi postnatal	iii
Annexe 4 : Formulaire d’information et de consentement.....	iv
Annexe 5 : Formulaire d’information et consentement Entretien — Usagère	vii
Annexe 6 : Guide d’entrevue — Usagères	xi
Annexe 7 – Formulaire de consentement et d’observation Entretien — Infirmière	xii
Annexe 8 – Guide d’entrevue – Infirmières.....	xvi

Liste des tableaux

Tableau 1. Synthèse des formes de négociations, leur rapport aux normes de la santé publique et la concrétisation du mandat infirmier	256
---	-----

Liste des sigles

AFÉAS : Association féminine d'éducation et d'action sociale
AIIC : Association des infirmières et des infirmiers du Canada
AQESSS: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
BCSTL : Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
CÉR : Comité d'éthique à la recherche
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC : Centres locaux de services communautaires
CRI : Conseil des relations interculturelles
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DPJ : Direction de la protection de la jeunesse
DGSSMU: Direction générale des services de santé et médecine universitaire
FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
ICASI : Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS : Organisation mondiale de la Santé
RCR : réanimation cardiorespiratoire
SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TOC : troubles obsessionnels compulsifs
UDI : utilisateur de drogues injectables

Aux femmes admirables qui m'entourent

Ma mère

Ma sœur

Mon ange

Remerciements

Inspirée par les remerciements d'un collègue, j'ai commencé à rédiger ceux-ci plusieurs mois avant le dépôt initial du manuscrit. Je m'étais d'abord dit que c'était une façon utile de procrastiner et surtout un moyen efficace de ne pas oublier quelqu'un. Pourtant, à quelques heures du dépôt final, je tiens ces dernières lignes en otage. Une preuve tangible que je suis toujours une étudiante, que l'aventure n'est pas terminée.

Ma gratitude va d'abord à Valérie Amiraux, ma directrice de thèse. L'admiration que je te porte, tant d'un point de vue professionnel que personnel, m'a poussé à donner le meilleur de moi-même. Merci de ta rigueur. Merci de ta douceur. Tu as fait de moi une meilleure sociologue et une plus grande personne. Faire partie de ton *team*, les Amiraliens, a été un véritable honneur.

Aux membres de mon jury, Christopher McAll, Damien Contandriopoulos, Pamela Klassen et Karine Bates, merci de vous être immergé dans mon monde et d'y avoir porté un œil critique et bienveillant.

Plusieurs autres professeurs du Département de sociologie m'ont offert leur soutien et leurs encouragements. Je pense entre autres à Marianne Kempeneers, Barbara Thériault, Deena White et Yanick Noiseux. Merci.

Je remercie les membres de l'équipe PLURADICAL et ceux du *Religion and Diversity Project* pour les opportunités, les rencontres et les échanges stimulants. Merci à l'équipe de recherche InterActions pour leur soutien, tant intellectuel que financier. Dans cette veine, je salue la FESP, le Département de sociologie et les fonds de recherche de Valérie Amiraux.

Je ne peux passer sous silence l'importante contribution des infirmières du programme Périnatalité 0-5 ans du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Votre humanité et de votre dévouement fut inspirant. J'ai tenté de faire une thèse à votre image, rigoureuse et légère. Merci également aux professionnelles de la santé de Montréal et des environs qui ont commenté, enrichi et soutenu mes résultats. Je remercie toutes les nouvelles mères qui m'ont ouvert leur porte et ont accepté de partager un moment aussi intime avec moi.

Ce travail est dédié à ma famille. Dad, ce sont nos conversations sur ton propre métier qui ont inspiré cette thèse. Je dépose ce manuscrit au même moment où tu accroches ta chemise. Merci d'avoir travaillé fort pour nous et de m'avoir transmis la valeur du travail. Mom, merci d'être aussi forte et de m'avoir laissée prendre appui sur toi. Merci pour ton écoute et tes bons mots. Valérie, cette thèse est pour toi. Je t'aime.

Parmi mes nombreux ami.e.s et collègues, je tiens à souligner l'apport particulier de Simon, Bruno-Pier et Hervé. De par votre nature, vous avez exigé de moi une force d'argumentaire que je ne me connaissais pas (une patience aussi), vous m'avez appris à transformer des émotions en valeurs. Merci. Élise, merci pour tes nombreux commentaires et tes relectures, pour ton œil critique et bionique, et pour ton amitié incomparable. Anna, merci de t'être emballée d'un « C'est nice! » plus d'une fois. Je n'aurais jamais progressé sans Ayemi avec qui j'ai reformulé, replanifié, restructuré et réorienté mille et une fois mon projet. Merci. Merci aussi à Héloïse pour ton soutien, ton écoute et ton énergie contagieuse. Merci à Anika de m'avoir prise comme modèle. À force de vouloir te montrer que le doctorat était faisable, *I did it*. Merci à Samuel pour ton enthousiasme face à mon travail, pour tes lectures et tes encouragements.

Je remercie également Joanie, ma fidèle amie depuis toujours. Merci de m'avoir encouragée et soutenue. Lorsque je me prenais la tête pour un rien, tu m'as souvent ramenée sur terre ou tu t'es évadée avec moi. Merci pour ta complicité.

Je réserve mes derniers mots pour toi, Mathieu. Tu as cru en moi quand je n'y croyais plus moi-même. Merci pour ta patience et ta présence réconfortante. Avec tout mon amour et ma reconnaissance, merci loup.

INTRODUCTION

Les cordons

Lundi matin. Trois infirmières, une stagiaire et une nutritionniste du programme Périnatalité 0-5 ans se croisent dans la cuisinette du département. Il est encore tôt, 7 : 30 tout au plus. Le peu de lumière de l'étage en fait foi : quelques bureaux et une parcelle de corridor seulement sont éclairés. Les femmes se racontent leur fin de semaine lorsque Lucie, une infirmière, passe la tête par la porte. Elle les salue avec une joyeuse insistance. Elle revient tout juste de vacances où elle a « rechargé ses batteries » et semble tenter, par sa salutation, d'insuffler à ses collègues un peu de son énergie renouvelée. À leur demande, Lucie raconte des bribes de son voyage : la chaleur du Sud, la plage et de bons bouquins. Elle prend à son tour des nouvelles du département et de l'équipe. Rien de neuf « sous la grisaille », lui dit-on.

Lucie entre dans le bureau qu'elle partage avec d'autres collègues. Pendant son absence, plusieurs dossiers ont été empilés sur le coin de sa table de travail et de son classeur. Elle les consulte un à un. Chaque dossier représente une famille de son « *case load* » (charge de travail).¹ Lucie est une infirmière du Service de périnatalité et petite enfance (SIPPE), un programme qui offre un soutien aux futurs parents et aux familles dont la mère n'a pas terminé ses études secondaires et vit sous le seuil de faible revenu.² Les infirmières SIPPE font des visites à domicile dès la 12e semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans.³ Pendant les vacances de Lucie, ses collègues ont assuré le suivi auprès des familles qui

¹ Pour reprendre le terme des infirmières.

² Le seuil de faible revenu est calculé par Statistique Canada comme étant « un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne ». (Statistique Canada, *Seuil de pauvreté*, 2009. Consulté en ligne le 20 décembre 2015. Adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2013002/lico-sfr-fra.htm>

³ Portail Santé Montréal. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, 2015. Consulté en ligne le 3 mars 2015. Adresse URL : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/SantePublique/Pages/SIPPE.aspx>

lui sont attirées et qui nécessitaient des soins immédiats. Elle sourit en parcourant un dossier : une de ses usagères a accouché pendant sa semaine de vacances. Son premier suivi postnatal a été effectué par sa collègue de bureau.

Lucie fait pivoter sa chaise vers la collègue en question, Camille, et lui demande quelques informations concernant cette mère qui a donné naissance à des jumeaux. Faisant volte-face, Camille lui raconte avec un air horrifié que l'usagère avait mis des cordons (« Peux-tu croire? Des cordons! ») autour des poignets des nouveau-nés. D'un ton soulagé, elle raconte « qu'heureusement elle s'est aperçue de ça » dès les premières minutes du suivi. Évidemment, elle lui a immédiatement dit de les enlever, que c'était dangereux! Les pauvres petits pourraient avoir la circulation sanguine coupée par les cordons, ou pire, ils pourraient s'étouffer avec s'ils avaient le malheur de les mâcher. Camille raconte alors à Lucie avoir exposé les dangers à la mère en lui répétant de les enlever, « que ça n'avait pas de bon sens ». Lucie acquiesce d'un signe de tête et la remercie d'avoir pris le relais pendant ses vacances. En retournant à son écran d'ordinateur, Camille conclut la conversation avec découragement en mentionnant que la mère était « bien mieux de les avoir enlevés, là... ».

Tout au long de leur conversation, rien ne laisse percevoir l'appréciation négative par Lucie du récit de sa collègue. Plus tard, elle m'explique que sans complètement condamner les décisions prises par sa consœur face aux cordons, elle trouve ses conclusions bien hâtives quant à leur dangerosité et désapprouve les sous-entendus concernant les compétences parentales de la mère. Pour l'avoir suivie en prénatal, Lucie considère bien connaître la mère et a par conséquent de la difficulté à croire que cette dernière ferait quoi que ce soit qui puisse nuire à la santé de ses enfants ou être dangereux pour eux. Elle se promet de porter une attention particulière à cette histoire lors de leur prochaine rencontre.

La semaine suivante, lorsque Lucie se présente au domicile de la mère pour poursuivre le suivi postnatal, elle remarque immédiatement, comme sa collègue avant elle, les cordons attachés autour des poignets des nouveau-nés. Elle entame son suivi sans soulever le point. L'infirmière et la nouvelle mère discutent de l'allaitement et de la vaccination. Vers la fin de la rencontre, Lucie revient sur les cordons. Immédiatement, me raconte-t-elle, l'attitude de la mère traduit un malaise. Le regard fuyant, elle joue avec la couverture de son bébé, la tête

penchée vers lui. Après les avertissements de l'infirmière précédente, Lucie suppose que la jeune mère s'attend à recevoir une nouvelle salve de recommandations et de commentaires mettant en doute ses compétences maternelles. Plutôt que d'aborder d'entrée de jeu les « dangers » relatifs aux cordons, Lucie lui sourit. Elle lui explique qu'elle est bien curieuse : à quoi servent les cordons qui ont été attachés aux poignets des nouveau-nés? Avant même que la mère puisse répondre, l'infirmière ajoute, d'un ton calme, mais enjoué : « C'est intéressant de voir la diversité de coutumes et de rites [mobilisés autour de la naissance] selon les cultures ».

La nouvelle mère explique que dans son pays d'origine, les mères doivent mettre ces petits cordons pour protéger l'enfant des mauvais esprits. Cette pratique est vue comme une marque de bienveillance de la part des parents. Les parents, notamment les mères, qui omettent de mettre ou qui enlèvent les bracelets de leurs enfants sont perçus par les membres de la communauté comme de mauvaises mères qui ne prennent pas la peine de poser un geste tout simple pour s'assurer que leurs enfants soient protégés du mal.

Lucie acquiesce. Elle comprend. Cette mère, nouvellement arrivée au Québec ne désire pas que son entourage, déjà si restreint et quasi exclusivement composé de migrants de son pays d'origine, l'identifie et la stigmatise comme mère inapte. Lucie évalue l'importance du rituel et juge que pour cette jeune mère, les cordons autour des poignets des enfants représentent l'appartenance à un groupe et lui garantissent le soutien émotionnel, psychologique et matériel assuré par les membres de la communauté établis au Québec. La jeune mère a pris soin de préciser que si elle enlève les cordons au poignet de ses enfants, non seulement les membres de sa communauté la percevront comme une mauvaise mère et risquent de la priver de leur soutien, mais que ses enfants devront aussi subir les rumeurs et les ragots.

Lucie ne demande pas à la jeune mère de retirer les cordons des bras de ses enfants. Elle lui recommande toutefois d'être vigilante, au même titre, elle en est convaincue, que les mères de la communauté peuvent l'être avec leurs propres bébés. Lucie demande ainsi à la mère de vérifier régulièrement qu'il y a assez d'espace entre le cordon et le poignet. Si le bébé commence à mordiller le cordon, il faudra réfléchir à une solution sécuritaire. Elle laisse à la

mère la responsabilité de ses enfants, en soulignant que les mères de « sa communauté avaient sans doute une façon de surveiller » qui garantissait la sécurité et le bien-être des enfants. Avant de proposer cette solution, Lucie s'est tout de même assurée que les cordons n'étaient ni trop serrés, ni trop grands et qu'ils ne peuvent pas enserrer le bras des enfants, ni « leur faire trois tours autour du cou ».

Lorsque Lucie quitte l'appartement, la mère semble satisfaite, heureuse de leur entretien. Contrairement à sa dernière rencontre avec un membre du programme SIPPE, qui l'avait laissée dans un état de tristesse et de confusion concernant ses habiletés et ses compétences maternelles, Lucie décrit la jeune mère comme confiante dans son nouveau rôle de mère. De son côté, Lucie est satisfaite de son intervention, de sa décision et des informations fournies à la mère.

L'épisode « des cordons », au même titre que tous ceux qui seront présentés dans cette thèse, synthétise la réalité avec laquelle les infirmières chargées des suivis postnatals à domicile doivent composer au quotidien. Parfois, la rencontre entre une infirmière et une usagère⁴, toutes deux porteuses d'une culture qui leur est propre, se fait sans anicroche. Parfois la rencontre est plus tumultueuse et oblige les infirmières à négocier leur pratique de soin de façon à octroyer (ou non) une place aux croyances et aux pratiques quotidiennes des usagères. Sans négliger le point de vue et la perspective de l'usagère, la focale sera mise, dans ce travail, sur les infirmières de première ligne et sur les négociations qu'elles déploient, en situation,

⁴ J'ai décidé d'employer le terme « usagère », plutôt que « patiente » ou « cliente ». D'abord, parce que le service de périnatalité qui m'intéresse s'adresse aux nouvelles mères et à leurs bébés, principalement à titre préventif et éducatif. Ni la mère, ni l'enfant ne sont considérés comme malades ou nécessitant, ce qui rend l'utilisation du terme « patient » inappropriée. La perspective clientéliste portée sur le service étatique et l'usage par les infirmières du terme « cliente » me paraît, à moi comme à une forte majorité des infirmières rencontrées, ne pas rendre justice à la relation entre les professionnelles de la santé et les usagères du service. Le terme « cliente » a donc été supprimé. Même s'il arrive que des infirmières emploient l'un ou l'autre, je l'ai volontairement effacé. Les termes demeurent toutefois présents dans les citations des auteur.e.s ayant travaillé sur un sujet similaire.

pour ajuster leur pratique de soin aux croyances et aux pratiques de leurs usagères.⁵ Comment les infirmières d'un service de santé de première ligne travaillent-elles en interaction avec des usagères dont les croyances et pratiques quotidiennes interfèrent potentiellement avec les pratiques de soin et de santé encouragées par la santé publique du Québec?

La pratique de soin

Dans les documents officiels de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la pratique en tant qu'action matérialisant le mandat infirmier est tantôt désignée comme la pratique infirmière (2010 : 5), tantôt comme la pratique professionnelle (2010 : 5). Il est également question de pratique de soin (2010 : 21). J'ai opté pour l'utilisation du terme « pratique de soin » au singulier afin de désigner les tâches remplies par les infirmières en contexte postnatal dans son ensemble, tant la pratique clinique que l'enseignement. Le travail qui suit focalise sur le soin (actes cliniques et enseignements) dispensé aux usagères.

Quand le regard s'élargit : de la religion à la différence

À l'automne 2013, je rencontre les membres de l'équipe de Périnatalité 0-5 du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent⁶ pour leur présenter mon projet de recherche : je cherche à savoir comment, en première ligne, les infirmières des services postnatals à domicile négocient leur pratique de soin afin de prendre en compte les croyances et les pratiques religieuses de leurs usagères. La période périnatale⁷ m'intéresse particulièrement puisqu'elle génère plusieurs réflexions quant aux valeurs et aux traditions culturelles à transmettre à l'enfant, à l'éducation et au développement. Elle

⁵ La forte majorité de cette thèse sera écrite au féminin, non pas dans le but d'alléger sa lecture, mais plutôt par conviction politique et afin de souligner l'apport inestimable des femmes dans les emplois paramédicaux où elles représentaient, en 2003, 91 % des effectifs infirmiers (Cogné et Fortin, 2003 : 156). De plus, tel que mentionné précédemment, le service étudié mène à l'étude des relations entre les infirmières et leurs usagères. J'ai également choisi d'employer le terme « actrice », au féminin, pour désigner les « acteurs du social ».

⁶ Depuis le 1^{er} avril 2015, le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent fait partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Je conserve l'appellation CSSS puisqu'au moment de l'étude, il était question du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, de son territoire et de ses services et non de l'ensemble du CIUSSS alors inexistant.

⁷ « La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an » (DGSSMU, 2008 : 8).

représente aussi un moment charnière pour l'apprentissage et la transmission des pratiques et des savoirs familiaux (Fortin et Le Gall, 2007). L'expérience de la grossesse est identifiée comme propice à l'acquisition de nouvelles connaissances et de changements en matière de saines habitudes de vie. Conséquemment, la santé publique considère la période périnatale comme un moment privilégié pour inculquer certains réflexes en matière de prévention de la santé afin que les nouvelles familles adoptent des habitudes de vie favorisant leur bonne santé ainsi que celle de leur enfant à naître (Fortin, 2004).

Je leur explique donc que je m'intéresse à la prise en compte (ou non) de toutes les idées, croyances, connaissances, pratiques ou expériences religieuses qui transcendent le contexte de soins. Je paraphrase Nancy T. Ammerman en mentionnant qu'au-delà de la pratique et de la croyance, je désire me pencher sur l'étendue des réalités mentale, physique, émotionnelle, politique et sociale qui tombent dans le domaine de l'expérience religieuse et qui émergent, directement ou indirectement, en contexte de soin.⁸ Je cherche à savoir comment les infirmières agissent – ce que j'appelle « négociier » – lors de l'irruption d'éléments religieux dans leur pratique professionnelle.

« Négociier », comme je l'entends dans cette thèse, regroupe à la fois les échanges entre infirmières et usagères qui mènent (ou non) à une application souple du mandat d'infirmière et le soin tel qu'il est prodigué et reçu. La pratique de soin de l'infirmière est modulée au fil de ses interactions avec les usagères et ce sont ces modulations (leurs moyens tout comme leurs fins) qui sont ici identifiées comme une négociation. Comme il sera question dans cette thèse, les négociations prennent plusieurs formes et peuvent avoir différents objectifs.

Autour de la grande table, un moment de silence. Elles m'apparaissent songeuses, septiques, voire inquiètes. Lentement, les langues se délient et elles formulent leurs incertitudes : « On n'aborde pas la religion dans nos suivis », commence l'une d'elles. « Vous

⁸ « Each of these chapters asks readers to take definitional cues from the wide range of mental, physical, emotional, political, and social realities that can fall within the realm of “religious” experience » (Ammerman, 2007 : 6).

allez être déçue, parce qu'on ne parle pas beaucoup de religion dans nos suivis à domicile », renchérit une autre : « On n'a pas le temps ». Pour les rassurer, mais également pour me convaincre, je leur mentionne que j'ai récemment été assistante de recherche pour un projet qui alliait contexte de soin périnatal et religion où j'ai développé mon savoir-vivre lors d'observations aux unités de soins intensifs néonataux (Beaud et Weber, 2003).⁹ Je sais reconnaître les pratiques religieuses concrètes (prières, Coran dans le berceau de l'enfant, etc.) et je suis également sensible à l'influence de la religion sur les pratiques quotidiennes des familles, en matière de soins de santé (allaitement « fortement recommandé par le Coran durant les deux premières années de l'enfant », par exemple (Fortin et Le Gall, 2007 : 24)). Bref, je suis entraînée à repérer l'invisible.¹⁰

Malgré leurs réserves concernant la présence du religieux dans le soin postnatal à domicile, je reste confiante. Mon projet doctoral est basé sur des études qui confirment non seulement la présence de la religion dans les soins dispensés au Québec, mais également la prise en compte – la négociation – de ladite religion dans l'intervention. Les études québécoises portant sur le thème de la prise en compte, de l'accommodement et de l'adaptation des pratiques de soin en milieu hospitalier concluent que la compétence en matière de soins de santé intègre l'obligation d'ajustement, une notion incorporée à la pratique professionnelle (Bouchard et Taylor, 2008 : 90); que l'adaptation des pratiques de soin, tant aux demandes religieuses que culturelles, fait partie intégrante de l'intervention (Fortin, 2004) que les négociations entourant les normes, les valeurs et les savoirs des usagères et des intervenants sont inhérentes aux soins prodigués (Fortin et Knotova, 2013); que les intervenants sont quotidiennement amenés à « faire des adaptations qui tiennent compte de la condition clinique de la personne, de son histoire de vie, de ses besoins et de ses croyances »

⁹ En 2011 et 2012, j'ai été assistante de recherche pour le projet de Sylvie Fortin et Josiane LeGall « L'accès des familles musulmanes d'immigration récente aux services de santé périnatale : savoirs, pratiques et rapports de genre ».

¹⁰ J'ai affinée mes connaissances en ethnographie au cours de mes lectures, mais principalement lors des séminaires sur l'ethnographie de l'équipe de recherche PLURADICAL, de la Chaire de recherche du Canada en étude du pluralisme religieux.

(Le Gall et Xenocostas, 2011 : 172) et finalement, que la religion est une dimension parmi d'autres dans la vie du patient et justifie, dans le cadre du modèle de soin personnalisé, des adaptations quotidiennes (Le Gall *et al.*, 2012).

En dépit du scepticisme affiché par mes interlocutrices, j'ai entrepris le travail de terrain et la collecte de données. Au cours des suivis postnatals à domicile, plusieurs formes de manifestation du religieux émergent et les professionnelles de la santé prennent bel et bien compte des pratiques et des croyances religieuses de leurs usagères lorsqu'elles dispensent leur soin (que ce soit sous forme d'enseignement ou d'actes techniques). Pour ma part, je note tout. Pour demeurer fidèle à l'approche ethnographique, je ne veux pas identifier, encadrer, diviser ou délimiter a priori ce que j'entends par religion de peur de restreindre ou de limiter mon regard ethnographique (Malinowski, 1963). Je laisse la définition de la religion délibérément ouverte afin de saisir le religieux à partir de son enracinement dans le quotidien (Berger et Gayet-Viaud, 2011).¹¹ Outillée des principes de bases en ethnographie, c'est bien souvent en comparant une situation à une autre que je détecte la présence d'un élément religieux au sein de la rencontre entre l'infirmière et l'usagère.

Collecte de données, observation et entretiens, retranscriptions et analyse. Quelque chose cloche et je suis souvent confrontée à des impasses. La religion se manifeste au cours des suivis et les infirmières négocient bel et bien leur pratique professionnelle afin de laisser de l'espace aux irruptions du religieux au sein des suivis, mais il y a beaucoup plus que ça. Traiter des négociations entourant la pratique infirmière lorsqu'elle est confrontée aux croyances et aux pratiques religieuses des usagères semble occulter une grande part du travail de négociation que font les infirmières au quotidien. Les négociations qu'elles entreprennent

¹¹ Pour répondre aux exigences du Conseil d'éthique à la recherche (CÉR) de l'Agence de la santé publique de Montréal et des chefs d'établissements et pour aider les infirmières à comprendre mon projet de recherche, sans toutefois imposer une définition supplémentaire de la religion, j'ai utilisé celles qui étaient connues des participantes par le biais du *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissement de santé et de services sociaux*, document fourni par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui stipule que la religion « fait référence aux symboles [utilisées] pour expliquer [la] foi et [les] liens avec Dieu » (MSSS, 2001) alors que la spiritualité est définie par le besoin fondamental de trouver un sens à la vie, aux épreuves et aux souffrances.

vont beaucoup plus loin que la simple prise en compte des croyances et des pratiques religieuses de leurs usagères. La religion s'inscrit dans le contexte de vie des acteurs. Elle est indissociable du pays d'origine, du niveau de maîtrise du français et de l'anglais, des valeurs personnelles et familiales ou du statut socioéconomique d'une famille. Face à une usagère, les infirmières ne départagent pas ce qui relève de la religion ou des croyances personnelles et familiales, elles prennent la nouvelle mère dans son entièreté et s'acquittent « de [leur] mandat professionnel qui consiste à offrir des soins personnalisés et axés sur les besoins des individus » (Le Gall et Xenocostas, 2011 : 185). Multidimensionnels, les facteurs qui incitent à la négociation de la pratique infirmière vont bien au-delà de la seule religion.

C'est ce qu'elles essayaient de me dire, à l'automne 2013, autour de la grande table. Peut-être adaptent-elles leur pratique de soin à la religion. Mais comment savoir si ces pratiques et ces croyances découlent bel et bien de la religion et non de croyances familiales, de valeurs personnelles, voire même d'une idéologie politique? À notre époque, les reconfigurations religieuses et l'émergence de nouvelles formes de spiritualité rendent parfois complexe l'identification de certaines pratiques, croyances ou discours (Le Gall *et al.*, 2012 : 24). Certaines usagères vivent strictement selon une religion alors que d'autres bricolent leurs appartenances confessionnelles, un *mix and match* de traditions religieuses, culturelles ou familiales (Ammerman, 2007). Comment départager ce qui relève strictement du religieux? De plus, la religion est très rarement abordée de front lors des suivis et elle est constamment ensevelie sous une multitude d'autres caractéristiques beaucoup plus criantes : ménages précaires, présences de maladies mentales, trouble de stress post-traumatique. Plusieurs auteurs notent que la religion et les différences culturelles n'apparaissent jamais comme un « problème » en soi, jusqu'au moment où les usagères « tendent à trop diverger par rapport à ce qui est acceptable comme attitude à adopter dans l'espace thérapeutique » (Fortin, 2013 : 183).¹² Dans cette optique, la religion, la culture et l'ethnicité servent de référence « “clé en

¹² Dans cet article, Fortin donne entre autres l'exemple d'une jeune fille atteinte d'une maladie grave et de ses parents immigrants. « La dynamique entre les parents et le personnel soignant est néanmoins problématique et certains épisodes sont caractérisés par des conflits engendrés par une résistance aux

main” pour expliquer les croyances ou comportements marginaux » (Fortin, 2013 : 183). La religion devient alors un obstacle à l’intervention du corps médical et paramédical, une entrave au traitement médical et une barrière aux soins (Le Gall et Xenocostas, 2011). « [...] Cette référence “clé en main” soustrait la situation à toute analyse contextuelle qui permettrait de mieux cerner les éléments qui [conduisent] à une relation polarisée entre soignants et soignés » (Fortin, 2013 : 184). Le contexte politique québécois des dernières années, notamment avec la publication du Rapport Bouchard-Taylor en 2008 et le projet de loi 60 sur la Charte des valeurs québécoises à l’automne 2013, a lui aussi orienté et concentré le regard des chercheurs sur l’enjeu spécifique que sont les différences culturelles (incluant le religieux).

Lors des interactions entre infirmières et usagères, la culture professionnelle infirmière se déploie et entre alors en contact avec la culture profane de l’usagère – deux notions que je développerai dans cette thèse. La rencontre de ces deux cultures se fait généralement sans heurts mais laisse parfois émerger des tensions, des manifestations de « la différence ». Pour faire écho à Thériault (2013), j’entends par « différence » les éléments de la culture profane de l’usagère qui ne concordent pas avec la culture professionnelle de l’infirmière. Cette thèse se consacre aux négociations de la pratique de soin des infirmières lorsque celles-ci sont confrontées à des manifestations de la différence. L’importance de négocier relève de la réalisation du mandat, à savoir transmettre aux usagères les saines habitudes de vie promues par la santé publique.

Cette étude part donc du postulat suivant : les infirmières négocient leurs pratiques de soins en lien avec les conditions, les croyances et les pratiques quotidiennes de leurs usagères

traitements proposés par l’équipe soignante, voire un refus de ces traitements. Différents membres de l’équipe, y compris le médecin traitant, évoquent une mauvaise représentation et compréhension de la maladie ainsi que des limitations “intellectuelles” chez les parents pour expliquer ces tensions. » Les tensions sont bien réelles, mais Fortin se questionne : les tensions sont-elles le fruit de « mauvaise compréhension de la maladie ou encore [liées à] des limitations intellectuelles de la part des parents? » (Fortin, 2013 : 184).

et considèrent ces négociations comme « allant de soi » (Le Gall *et al.*, 2012).¹³ À ce jour, peu d'études relatent de façon concrète la gestion de la différence par le personnel de soin (Le Gall et Xenocostas, 2011; Le Gall *et al.*, 2012). Pourtant, la question demeure pertinente pour mieux arrimer les services de soins à la population et ainsi « renforcer le rôle clé des établissements de santé et de services sociaux dans le processus d'insertion des populations migrantes » (Le Gall *et al.*, 2012 : 24; Fortin et Le Gall, 2007; Fortin, 2013). Dans cette thèse, j'entreprends donc de décrire les négociations qui entourent la pratique de soin des infirmières lorsqu'émergent, à la rencontre de la culture professionnelle infirmière et de la culture profane de l'usagère, des manifestations de la différence. Je démontre que c'est principalement en modifiant leur rapport à la santé publique qu'elles parviennent à négocier et à exercer leur métier.

Organisation de la thèse

Cette thèse est composée de trois parties. La première – « Travailler en interaction : une histoire de négociation » – présente d'abord la littérature sur le concept de négociation et une définition préliminaire de la négociation telle que je l'ai observée sur le terrain (chapitre 1).

Inspirée par la théorie des négociations d'Anselm Strauss (1992), les chapitres 2 et 3 présentent le contexte dans lequel se déroulent les négociations entre les infirmières et les usagères du service de périnatalité de l'enquête. Dans le chapitre 2, il est question du contexte structurel des négociations où je présente les politiques, juridictions et règlements québécois qui rendent obligatoire la prise en compte des caractéristiques spécifiques des usagères des services publics. J'y aborde les tensions politiques et sociales qui entourent les questions liées aux différences, principalement culturelles et religieuses, au moment où je conduis l'enquête.

¹³ Dans l'article de Le Gall *et al.* (2012), une éducatrice au programme enfance-famille œuvrant également dans un CSSS se prononce sur les négociations et leurs omniprésences dans l'intervention : « Elle poursuit en indiquant qu'adapter l'intervention aux pratiques religieuses va de soi : “Je pense que ça se fait naturellement [...] Parce que c'est comme si on est tout le temps en train de s'adapter et d'échanger quand on travaille en individuel” » (p. 28).

Le chapitre 3 présente le contexte de négociation qui sous-tend les interactions entre les infirmières et les usagères, ce que j'appelle la « culture professionnelle » (Champy, 2009). La première partie de cette thèse s'achève sur une section méthodologique (chapitre 4). Il est question de l'ethnographie comme approche permettant de saisir la pratique infirmière à travers le prisme des interactions avec les usagères des services de santé. J'expose ensuite les étapes de mon accès au terrain et de ma collecte de données et je présente une réflexion sur le récit fictif et l'idéaltype, option retenue pour la présentation de mes résultats.

La deuxième partie – « Rapport aux normes de la santé publique : Cinq formes de négociation » – est le cœur de mon analyse. J'y présente les formes de négociation qui permettent aux professionnelles étudiées d'accomplir leur travail d'infirmière lorsqu'elles interagissent avec leurs usagères. Les chapitres 5 à 9 abordent chacun un type de négociation : par coopération, par compromis identificatoire et projectif, par détachement, par adaptation typifiée et par coercition. Chacun d'entre eux s'ouvre sur la présentation d'un cas exemplaire qui met en valeur la forme de négociation proposée.

Dans la troisième et dernière partie – « Remplir le mandat infirmier : d'une négociation à l'autre » – je présente les passages d'une forme de négociation à une autre comme élément centraux à la pratique infirmière. Je présente dans un premier temps, les facteurs qui favorisent ou restreignent ces passages (chapitre 10) avant de confronter la définition initiale de la négociation présentée en début de thèse aux données empiriques (chapitre 11). Dans la conclusion, j'insère mes résultats dans l'approche interactionniste de la sociologie des professions.

PREMIÈRE PARTIE — TRAVAILLER EN INTERACTION :

UNE HISTOIRE DE NÉGOCIATIONS

Chapitre I – La négociation

« L'écrivain se plaint souvent de ce qu'une présentation linéaire fait violence à un processus qui, en fait, est circulaire et demanderait en toute logique que les termes soient introduits simultanément. Quant au lecteur, il se plaindrait plutôt de ce que des concepts longuement développés à tel moment ne sont plus guère utilisés ensuite. [...] L'introduction d'un terme qu'on juge indispensable lui accorde rapidement trop d'importance, dans la mesure où il ne sert pas seulement au propos du moment, mais renvoie également à ce qui a déjà été dit » (Goffman, 1991 [1974] : 19).

Pourquoi les sociologues s'intéressent-ils aux relations entre professionnels de la santé et patients? Et principalement entre médecins et patients? Au-delà de l'interaction interpersonnelle, elles sont d'abord lues comme le reflet des rapports structurels qui traversent la société dans son ensemble (Adam *et al.*, 1994 : 75). Médecins et patients se distinguent par leurs compétences, leurs expériences et leurs positions sociales. Leur rencontre est à la croisée de plusieurs efforts de théorisation et trois modèles très contrastés permettent aujourd'hui de réfléchir à un terrain comme le mien, c'est-à-dire aux relations entre professionnelles de la santé et usagères de manière plus large.¹⁴

Pour Talcott Parsons (1991 [1970]), la maladie est source de dysfonctionnement social (absence au travail, incapacité de s'occuper des enfants, etc.). La bonne santé des individus est impérative pour le bon fonctionnement de la société. Les médecins dont l'« autorité

¹⁴ Si l'analyse de relations entre les médecins et les patients se différencie quelque peu de l'étude des relations entre les infirmières et les usagères, plusieurs éléments liés au soin à domicile rendent, à mon sens, l'analogie possible. En soin à domicile, l'infirmière est seule avec la mère et la famille, ce qui fait en sorte qu'elle représente à elle seule, pendant le temps de la rencontre, l'institution de santé, l'établissement. Les infirmières ont beaucoup d'autonomie et de responsabilité.

professionnelle [est] fondée sur un haut niveau de savoir formel et spécialisé » prennent en charge la santé des individus au bénéfice de l'ensemble de la société (Adam *et al.*, 1994 : 76). Parsons décrit la relation entre médecin et patient comme asymétrique : le médecin est actif, le patient passif. Cette asymétrie n'empêche toutefois pas leur relation d'être consensuelle. Pour Parsons les médecins et les patients, au-delà de leurs responsabilités et de leurs privilèges particuliers, partagent un même désir, celui d'enrayer la maladie. Leurs rôles s'avèrent complémentaires dans leur mission¹⁵ et ils parviennent, conjointement, à réguler les désordres sociaux engendrés par la maladie (Parsons, 1991 [1970]; Adam *et al.*, 1994).

En 1970, en réaction à l'approche fonctionnaliste de Parsons et à son insistance sur le caractère consensuel de l'échange entre les acteurs, les interactionnistes proposent un modèle de l'analyse de la relation médecin-patient basée sur le conflit. Cette approche s'inscrit dans un contexte plus large, celle de « la contestation des institutions, des savoirs et des pouvoirs qui domine la réflexion sociologie » à cette époque (Adam *et al.*, 1994 : 83). Les études de Freidson dépassent l'analyse des dogmes médicaux privilégiés par Parsons pour s'attarder sur la profession médicale vécue au quotidien. La médecine est donc redéfinie comme savoir appliqué, c'est-à-dire un savoir théorique général qui s'applique à des individus singuliers (Freidson, 1984). Cette approche permet de souligner la divergence entre les intérêts des acteurs, entre patients et médecins bien entendu, mais également entre médecins. Chez Freidson, le patient est actif. Il détient une culture profane, certes, mais légitime (Freidson, 1984; Adam *et al.*, 1994). Toutefois, il demeure impuissant face au médecin et sa culture professionnelle. La rencontre entre la culture professionnelle dominante¹⁶ des médecins et la culture profane des patients ouvrent d'ailleurs la porte à de sérieux conflits de perspectives (Adam *et al.*, 1994). Cette thèse porte précisément sur cette rencontre entre deux cultures.

¹⁵ Les rôles spécifiques aux patients et aux médecins seront abordés au chapitre 5.

¹⁶ Freidson parle d'une profession dominante en ce sens que l'autonomie professionnelle des médecins, soit la capacité qu'ils ont à évaluer eux-mêmes les aspects techniques de leur profession, leur donne un contrôle sur les professions paramédicales et sur les patients (Freidson, 1984).

L'analyse des relations entre les médecins et les patients va s'affiner avec les études de cas particuliers de maladies chroniques comme le diabète (Strauss, 1992) ou l'épilepsie (West, 1976). Ces maladies obligent les médecins à compter sur une participation active du patient qui doit posséder des savoirs scientifiques et quelques connaissances techniques afin de « s'auto-soigner ». Le patient sort de l'impuissance dans laquelle le corps médical a tendance à le réduire et un troisième modèle de relation médecin-patient apparaît. Strauss met ainsi en évidence la variété des relations médecin-patient en présentant un modèle basé sur la négociation (Strauss, 1992; Adam *et al.*, 1994). Si Freidson a ouvert la porte à la négociation entre médecin et patient, c'est Strauss qui développe le concept et présente un modèle dit « partenarial ».

Depuis, négocier, négocié, négociation(s), *negotiation*, *negotiated*, ainsi que plusieurs autres déclinaisons, reviennent constamment dans les études sur le milieu de la santé (Becker *et al.*, 1961; Cognet, 2012; 2013; Freidson, 1984; Kutty, 1975; Pennec *et al.*, 2014; Strauss *et al.*, 1963; Strauss, 1992) et davantage encore lorsqu'il est question de la prise en compte de la religion dans le milieu de la santé (Cadge et Sigalow, 2013; Cadge et Ecklund, 2007; Pesut et Reimer-Kirkham, 2010; Le Gall *et al.*, 2012; Fortin, 2005). Présenter les différentes approches de la négociation, et ce, dès les premières pages, permet de « donner les moyens de distinguer et de qualifier les différentes situations où intervient de la négociation » (Bonvin, 2009 : 249). Je désire ainsi mettre le lecteur en alerte et l'amener à porter une attention toute particulière aux formes de négociation qui seront présentées tout au long de cette thèse.

L'apparition de la négociation comme objet sociologique

Au tournant du 20^e siècle, les problèmes qui émergent de Chicago, une ville qui joue à la fois le rôle de centre culturel, économique et politique américain, de terre d'accueil pour les immigrants et qui fait office de berceau de la modernité, incitent les chercheurs à développer une sociologie basée sur la résolution de problèmes et l'amélioration de la société (Hughes, 1996). La multiplication des études sur les conflits dans les années 30 participe à l'accroissement des recherches portant sur les négociations. L'époque était riche en événements dans le milieu du travail : le passage de la manufacture à l'usine, les grèves ouvrières, la légalisation des syndicats en 1935, etc., des éléments qui ont enrichi la discipline

sociologique (Kuty, 2004). Une étude d'Elton Mayo sur la productivité à l'usine Hawthorne Works, réalisée entre 1924 et 1932, illustre le recadrage microsociologique et l'émergence de l'acteur ordinaire dans l'analyse sociologique américaine. Pour son étude sur la productivité, Mayo se rend à l'usine de Hawthorne près de Chicago où il interroge les travailleurs sur leurs sentiments par rapport à leur emploi (Mayo, 2007 [1945]). Il note que les participants n'abordent pas le sujet qu'il attend, soit la lutte des classes, mais plutôt leurs relations conflictuelles avec leur patron immédiat ou avec les collègues d'usine. Selon Kuty, les travaux de Mayo sur les sentiments relatifs à la productivité en usine sont précurseurs des études sur les négociations en ce sens qu'ils portent sur les « primo-négociations ». Entre le travailleur doté de sentiments irrationnels (toujours selon l'analyse de Mayo) et l'employeur rationnel, du moins d'un point de vue économique, la négociation s'impose. Pour augmenter la productivité, l'employeur et les cadres doivent considérer les sentiments des travailleurs afin que ceux-ci produisent davantage. Ces types de négociations seront identifiés comme des « négociations silencieuses » (Kuty et Rochette, 2009). En portant sur les moyens utilisés par les acteurs plutôt que sur leur finalité, les négociations s'imposent davantage dans les études sociologiques.

Les négociations sont étudiées en gestion, en relations industrielles, en politiques internationales et en commerce (Thuderoz et Giraud-Héraud, 2002). En sociologie, les négociations sont principalement analysées à partir des théories de l'action qui mettent l'accent sur les acteurs et leurs interactions (Berthelot, 1998). La négociation en tant qu'objet des études interactionnistes prend deux formes. La première, l'analyse en situation, se base sur le sens donné à l'action (Strauss, 1992; Simmel, 2010) et la deuxième, l'analyse de l'action collective, porte sur l'action organisée par l'acteur (Crozier et Friedberg, 1992 [1977]; Reynaud, 1962). En sociologie, la négociation n'est ni une médiation (où un tiers tente de rapprocher deux parties en conflit), ni un arbitrage (où un tiers décide d'un règlement), ni une concertation (qui est un simple échange de points de vue) (Bourque et Thuderoz, 2002). Une négociation « est une activité qui met en interaction plusieurs acteurs, qui, confrontés à la fois à des divergences et à des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportun) de rechercher volontairement une solution mutuellement acceptable » (Dupont, 1994 : 11) afin de résoudre un conflit ou de réduire un désaccord (Bourque et Thuderoz, 2002; Strauss, 1992).

La négociation comme interaction *in situ*

Berenice Fisher et Anselm Strauss (1978) montrent que Park (1926) et Thomas (1927) abordaient la négociation, notamment en opposant les concepts de contrainte et de liberté. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'utilisait la négociation comme concept central, ni même ne la nommait comme telle. Les études portant sur l'intégration des immigrants (Thomas et Znaniecki, 1927; Park, 1926) ou l'identité de la classe ouvrière (Blumer, 1947) abordaient toutes d'une certaine façon l'idée de négociation : négocier son identité au pays de migration ou négocier sa place dans une organisation ouvrière ou criminelle (Fisher et Strauss, 1978; Strauss, 1992). Ces études, représentatives de la sociologie américaine de l'avant-guerre, considèrent « l'individu singulier comme atome de base de l'action sociale » sans pour autant ignorer les contraintes sociales, politiques et économiques qui pèsent sur l'individu-acteur (Thuderoz et Giraud-Héraud, 2002 : 14). En étudiant l'acteur et son contexte, les sociologues rendent compte de situations et attribuent un sens à leurs actions.

La négociation est donc bien plus que la simple rencontre épisodique d'individus (ou de groupes d'individus) qui expriment des intérêts contradictoires et désirent, pour une raison ou une autre, parvenir à un accord. Elle est d'une part une forme de relation sociale. Mais toute relation sociale est par ailleurs négociée. La négociation est donc un fait générique des relations humaines (Strauss, 1992). Chaque individu entrant en interaction avec autrui adapte et ajuste sa conduite afin d'être compris, accepté et valorisé par son interlocuteur. L'objectif de ce type de négociation n'est pas seulement de résoudre un désaccord, mais également de diminuer les risques de conflits. La négociation peut alors être préventive. Ce processus social symétrique, en ce sens que chacun des acteurs négocie sa façon d'être, est perçu par certains interactionnistes comme une forme de négociation « ordinaire » qui constitue une catégorie majeure du champ social (Thuderoz, 2010). Ce n'est qu'en comparant la négociation à d'autres formes d'interaction sociale (éducation, manipulation, etc.) qu'il est possible de la distinguer des autres modes de prise de décisions (Thuderoz, 2010).

Les négociations sont des liens d'interdépendance dans la mesure où l'individu exerce des effets sur autrui et en subit les effets (Simmel, 2010; Strauss, 1992; Elias, 1991). Le déroulement d'une négociation découle « des interpénétrations des actes d'un groupe

d'individus interdépendants » (Elias, 1991 : 157). L'évolution d'une négociation s'explique par la modification de l'équilibre des forces par les effets des actions individuelles et les réactions que de telles actions engendrent (Elias, 1991). En fonction du rapport de forces entretenu par les individus en présence, le déroulement d'une négociation leur offrira une autonomie plus ou moins relative.

L'action réciproque de Simmel permet d'affirmer la notion de négociation comme une forme relationnelle. Pour Simmel, « il existe un nombre infini de relations et de sortes d'actions réciproques entre les hommes, de médiocres importances, et parfois même futiles si on considère les cas particuliers, qui contribuent cependant à constituer la société telle que nous la connaissons, en tant qu'elles se glissent sous les formes sociales plus vastes et pour ainsi dire officielles » (Simmel, 1981 : 89). Les actions réciproques sont à la base des formes sociales qui permettent de rendre compte des pratiques humaines et ainsi, de la réalité sociale (Simmel, 2010). Les actions réciproques s'incarnent fréquemment dans la rencontre quotidienne et banale, « médiocre » écrit Simmel, d'individus ou de groupes d'individus. Ces actions réciproques, qu'elles soient « momentanées ou durables, conscientes ou inconscientes, superficielles ou riches en conséquence » nous lient continuellement les uns aux autres (Quéré, 1988 : 79). Pour négocier, les acteurs mettent à profit leurs expériences et leurs connaissances de la vie sociale. Ils déterminent le comportement à adopter en se basant sur un ensemble d'éléments : relations de pouvoir, normes sociales, configuration de la société (Simmel, 1981; Quéré, 1988). En fonction de leurs interlocuteurs et des relations qu'ils entretiennent entre eux, les acteurs ajustent leur conduite afin de « se rendent mutuellement intelligibles, accessibles, sensibles » (Quéré, 1988 : 78).

La négociation, au même titre que le conflit ou le compromis, peut ainsi être étudiée comme une forme de socialisation (Simmel, 2010). L'idée d'ajustement et de médiation de la conduite est prégnante dans la négociation, qui mobilise également des individus isolés pour en faire une communauté de manière à constituer « une unité fondée sur ces intérêts – matériels ou idéaux, momentanés ou durables, conscients ou inconscients, agissant comme des causes motrices ou des aspirations téléologiques – et à l'intérieur de laquelle ses intérêts se réalisent » (Simmel, 2010 : 44). La rencontre d'individus, l'adaptation des uns aux autres lors

de l'échange ainsi que les traces qu'ils laissent sur leurs homologues une fois le dialogue terminé, pose la négociation comme une forme de socialisation. La négociation est donc un processus dynamique de socialisation où les constructions sociales, perpétuellement bâties et rebâties par les individus, sont responsables de la transformation en continu de la société (Simmel, 2010). Dans cette optique, une négociation est nécessairement constituée à la fois des étapes de son déroulement et de son résultat final. La succession de séquences, de propositions et de contrepropositions, les manœuvres et les tactiques employées ainsi que sa finalité instillent un dynamisme à la négociation en tant que forme de socialisation (Bourque et Thuderoz, 2002; Simmel, 2010).

Anselm Strauss a approfondi l'étude de la négociation en tant que processus et attribue une importance toute particulière à son contexte d'émergence (Strauss, 1992). Il s'oppose aux conceptions traditionnelles qui tendent à percevoir les organisations structurelles comme statiques et il propose au contraire de voir les structures comme adaptées et fluides. Selon Strauss, la négociation, comme mode de régulation des relations sociales, présente deux caractéristiques. D'une part, l'objectif à atteindre par la négociation n'est ni prédéterminé, ni rigide. C'est en cours de négociation que se constitue l'objectif à atteindre (Strauss, 1992; Adam *et al.*, 1994). D'autre part, l'ordre social, soit « la conséquence de tout ensemble de normes morales qui régule la façon dont les personnes poursuivent leurs objectifs » (Goffman dans Cefai et Perreau, 2012), est un ordre négocié, soit un ordre qui se modifie au gré des interactions et des consensus (Amezro St-Hilaire, 2011). L'ordre social est en perpétuelle négociation puisqu'il se caractérise par la somme des règles et des accords, tant formels qu'informels, en vigueur à un moment donné. En constante évolution, l'ordre social est appelé à être révoqué ou renouvelé au gré des interactions. L'ordre négocié est continuellement recomposé (Strauss, 1992). Les résultats de toutes négociations ont des limites temporelles déterminées par l'émergence d'une nouvelle négociation ou d'un changement du contexte de négociation. Le contexte dans lequel se produisent les négociations est déterminant selon Strauss, car certains milieux, certains ordres sociaux, sont plutôt propices aux négociations alors que d'autres sont, au contraire, inadaptés (Bourque et Thuderoz, 2002; Strauss, 1992). Toute négociation s'inscrit dans un contexte regroupant des conditions structurelles spécifiques qui président à chaque négociation quotidienne ainsi qu'un contexte de

négociation qui renvoie plus spécifiquement aux propriétés structurelles intervenant très directement comme conditions dans le déroulement de la négociation (Strauss, 1992 : 260). Une relation d'inter-influence s'opère entre l'ordre social (le contexte structurel et le contexte de négociation) et les négociations. L'ordre social donne un sens à la négociation alors que les négociations et leurs résultats viennent renforcer ou affaiblir l'ordre social existant (Strauss, 1992).

La négociation comme action collective

L'étude de Mayo où il oppose sentiments (des travailleurs) et intérêts économiques (des patrons) est fréquemment reprise en sociologie des organisations. Cette étude qui présente les différentes rationalités des acteurs « fonde la *summa divisio* de la sociologie du travail et des organisations » (Kuty, 2008 : 5). Mayo décrit les façons de gérer ou de composer avec cette opposition en termes de stratégie, mais la négociation à proprement parler n'est jamais abordée. En sociologie, l'apparition du thème de la négociation est souvent attribuée à la sociologie des organisations et principalement aux travaux de Michel Crozier. Dans ses travaux sur la bureaucratie, qui prolongent la conceptualisation d'Hegel et Marx, Crozier (1963) ajoute l'idée que les acteurs n'obéissent pas toujours aux règles en place. Selon Crozier, les règles et les politiques n'ont malheureusement (ou heureusement) pas été conçues à l'épreuve de toute éventualité; il y a des « trous » dans la règle dans lesquels se loge le pouvoir. Celui ou celle qui peut agir en l'absence de règles possède l'ultime pouvoir. Dans les situations ou dans les contextes hyper régulés, les « trous » prennent une importance démesurée puisqu'ils se font rares. Crozier donne l'exemple d'une usine à cigarettes où « tout est prévu par des règles » à l'exception de la panne mécanique. Lorsque les machines sont en panne et que seuls les ouvriers d'entretien et de maintenance de l'usine peuvent la réparer, ils sont les détenteurs du pouvoir. Le processus de réparation des machines n'étant pas régulé, ils disposent également d'une marge de manœuvre avec laquelle composer. Comme le pouvoir réside dans la faille de la règle, Crozier soutient que plus il y a de droits et de règles, moins il y a de pouvoir. Toutefois, comme dans le cas des employés à la maintenance de l'usine, le véritable pouvoir ne relève pas de la structure juridique, qui identifie sans doute le PDG comme ayant le plus de pouvoir, mais de la structure parallèle du pouvoir, qui fait de

l'employé à la maintenance celui qui possède réellement le pouvoir en cas de panne (Kuty et Rochette, 2009).

Ainsi, dans les années 1970, l'émergence de la sociologie des organisations renouvelle l'étude des négociations. Prolongeant les études américaines et en rupture avec les idées de cette même école, la sociologie des organisations s'intéresse plus spécifiquement au processus organisationnel au sein des organisations et aux systèmes d'action organisée (Kuty et Rochette, 2009). Il est ici question d'approches stratégiques de l'étude de la négociation, où l'acteur dispose d'une grande capacité de jugement et participe à un échange négocié de comportements (acte relationnel où se marchandent gestes, attitudes et capacité d'action). Alors que les négociations *in situ* étaient ordinaires et visaient le maintien et la facilitation des relations sociales cordiales, les négociations telles qu'étudiées par les sociologues des organisations, sont beaucoup plus agressives et ont comme objectif de gagner – ou du moins, de ne pas perdre – le jeu. Le concept de jeu est central en sociologie des organisations puisqu'il est l'instrument de l'action organisée et permet d'appréhender les conflits entre des individus dotés de rationalités divergentes et d'une liberté d'action, si limitée soit-elle (Crozier et Friedberg, 1992 [1977]). Le postulat de base de la sociologie des organisations est « qu'il n'y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés ou contrôlés » (Crozier et Friedberg, 1992 [1977] : 29). Strauss est également de cet avis alors qu'il soutient que « les organisations ne sont pas des formations structurées par des règles normatives univoques, les actions qui s'y déroulent ne sont pas déterminées par la simple application de prescriptions ou de règles de conduite libres de toute intervention de la personne de l'acteur » (Strauss, 1992 : 45). Les organisations définissent certaines orientations et les acteurs, pour leur part, ont des intérêts qui leur sont propres, concordant ou non avec les orientations de l'organisme. Les acteurs utilisent les failles de la règle comme marge de manœuvre pour défendre leurs propres intérêts. C'est ce que Crozier nomme le « jeu ». Un jeu où les acteurs doivent concilier leur liberté d'action et les contraintes imposées par les règles de l'organisation. Le jeu permet de réfléchir l'acteur et le système au sein d'une même analyse de la négociation (Kuty et Rochette, 2009).

Les règles jouent un rôle prédominant dans la sociologie des organisations. Si Crozier se montre méfiant face à la règle, Reynaud estime la règle en elle-même noble et légitime (Thuderoz et Giraud-Héraud, 2002). Crozier exploite les failles de la règle et démontre que les négociations ont plutôt comme enjeu les valeurs alors que les acteurs doivent déroger ou du moins s'éloigner de la règle en fonction de leurs valeurs. Pour Reynaud, au contraire, la négociation n'est pas qu'un simple marchandage. Il s'agit d'un choix entre des règles concurrentes (Bourque et Thuderoz, 2002 : 13). Les acteurs accordent une importance à la règle et la légitiment en y adhérant, tout en pouvant être en désaccord sur son interprétation. Reynaud appuie sa théorie sur l'exemple de l'accord politique qui est un accord de règles et non un accord de valeurs. L'accord politique n'est pas un contrat, mais bien un accord renégociable au gré des changements et des contextes. Un accord politique est un objet de négociation qui puise sa légitimité dans la négociation dont il est l'objet. Le résultat d'une négociation n'est donc pas permanent, mais sujet à changement (Bourque et Thuderoz, 2002 : 13). Reynaud explique l'application de la règle avec trois facteurs. Dans un premier temps, la règle ne s'applique pas seule et doit être négociée dans son application. Au sein de leur profession par exemple, les acteurs aiment faire preuve d'autonomie. Ainsi, une multitude d'arrangements, d'initiatives personnelles combinées à une application rigide de la règle forment sa mise en pratique. Bref, la règle ne s'applique pas véritablement, mais elle se négocie. Deuxièmement, les participants ont tous un pouvoir lié à leur participation dans la négociation et l'interaction. Une participation qui se décline en l'exécution de leur rôle, en respectant ou non la règle. Finalement, pour Reynaud, les règles sont des atouts pour le supérieur certes, mais elles protègent aussi les subordonnés (Kuty et Rochette, 2009).

De la théorie à l'empirie : définition préliminaire

À la lumière de cette recension des écrits, je retiens quelques éléments qui permettront de me guider dans la collecte des données. Comment distinguer les négociations des infirmières en tant que processus décisionnel et comment les analyser? Les concepts de règles et de jeu sont centraux. Dans le contexte étudié, les normes de la santé publique agissent à titre de règles. Les infirmières sont mandatées de les transmettre aux usagères et les usagères sont encouragées à les appliquer. Lucie et Camille, pour revenir au cas des cordons, savent toutes

deux que selon les normes de la santé publique, le port d'un cordon autour du poignet d'un nouveau-né est une pratique à décourager. Il est par la suite question de jeu lorsque les infirmières se positionnent par rapport à cesdites normes. Les appliquent-elles? Si oui, de quelle façon? Lucie et Camille réagissent différemment par rapport aux cordons et leurs interventions auprès de la mère sont incomparables. Elles ont toutes deux utilisé la marge de manœuvre et l'autonomie que leur position leur confère pour agir. Au regard de ces réflexions appliquées à mon enquête, je tente une définition préliminaire de la négociation

Une négociation est l'ensemble des actions réciproques entre une infirmière et une usagère et sa famille qui mènent à un positionnement des acteurs l'infirmière par rapport aux normes de la santé publique dans l'optique de créer une relation avec son homologue.

Dans cette thèse, les négociations sont uniquement étudiées de la perspective des infirmières – j'y reviendrai au chapitre méthodologique –, ce qui permet d'affiner la définition de la négociation à la spécificité de mon objet d'étude :

Une négociation est l'ensemble des actions réciproques entre une infirmière et une usagère et sa famille qui mènent à un positionnement de l'infirmière par rapport aux normes de la santé publique dans l'optique de créer une relation avec son usagère qui lui permet de réaliser son mandat d'infirmière.¹⁷

C'est en décrivant la nature de l'ordre social à l'intérieur duquel les acteurs négocient qu'il est possible de déterminer les conditions de négociation (Strauss, 1992). De ce fait, les deux prochains chapitres présentent respectivement, à l'image de l'ordre social de Strauss, le contexte structurel et le contexte immédiat de négociation. Le contexte structurel regroupe l'ensemble des organisations, institutions ou nations qui produisent les conditions structurelles dans lesquels des négociations sont proposées ou imposées (Strauss, 1992 : 253) alors que le contexte immédiat de négociation se rapporte spécifiquement aux propriétés structurelles

¹⁷ Est considéré mandat infirmier, ce que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) identifie comme le but de la pratique infirmière. « La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie » (OIIQ, 2010 : 11).

« intervenant très directement comme conditions dans le déroulement de la négociation elle-même » (Strauss, 1992 : 260). Présenter le contexte dans lequel les négociations prennent forme permet de définir avec plus de finesse les négociations telles qu'observées dans les suivis postnatals à domicile. Au fil de ma description des contextes, je proposerai des liens avec certains éléments théoriques abordés dans la littérature recensée.

Ce chapitre présente la négociation comme concept sociologique. Une recension des écrits consacrée à la négociation a permis d'élaborer une définition préliminaire spécifique délimitant ce qu'est une négociation dans notre contexte

Chapitre II – Le contexte structurel et le Québec des accommodements

Pour comprendre la tenue des négociations de la pratique infirmière qui a lieu lors de la rencontre entre infirmières et usagères au cours des suivis postnatals à domicile, il est nécessaire de se pencher sur les propriétés structurelles saillantes qui permettent leur déploiement (Strauss, 1992). Deux éléments sont considérés comme faisant partie du contexte structurel : les politiques, juridictions et règlements québécois rendent obligatoire la prise en compte des caractéristiques spécifiques des usagères des services publics et les tensions politiques et sociales qu'on retrouvait, notamment sur le territoire étudié, au moment de cette étude. Ces deux éléments encadrent la tenue des négociations entre infirmières et usagères des services de santé, mais en fixent également des limites.

De l'accommodement à la personnalisation : les spécificités du monde médical

Les négociations entre les infirmières responsables des suivis postnatals à domicile et leurs usagères s'inscrivent dans un contexte juridique particulier, celui des accommodements raisonnables. Comme toute institution québécoise, les établissements de santé doivent prendre les moyens leur permettant de satisfaire les demandes des usagères, à moins que cet accommodement ne cause une contrainte excessive (Jézéquel, 2005). La contrainte excessive encadre la notion d'accommodement, qui n'est ni infinie ni absolue. La Cour suprême du Canada stipule dans l'arrêt *Central Alberta Dairy Pool*¹⁸ que le caractère excessif d'une contrainte est déterminé, entre autres, mais pas seulement, par les limites des ressources financières, le bon fonctionnement de l'institution, l'atteinte aux droits d'autrui et le respect des droits de la victime (Samson, 2008). Avec la notion de contrainte excessive comme régulateur, l'obligation d'accommodement devient l'obligation d'accommodement raisonnable.

¹⁸ *Central Alberta Dairy Pool c. Alberta (Commission des droits de la personne)*, (C.S. Can., 1990-09-13), SOQUIJ AZ-90111088, J.E. 90-1345, [1990] 2 R.C.S. 489, Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://scc.lexum.org/fr/1990/1990rcs2-489/1990rcs2-489.html>

Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne garantit le droit à l'égalité dans la différence.¹⁹ D'un côté, la contrainte physique de l'hospitalisation ne peut constituer un obstacle au libre exercice des cultes (Ducomte, 2015 : 3). Puisque les usagères des institutions de santé sont parfois captives ou vulnérables, les établissements de santé sont parfois obligés de faire un effort d'adaptation pour accommoder leurs services aux conditions, aux pratiques et aux croyances. D'un autre côté, la mission des établissements de santé est liée à la réalisation d'objectifs stipulés dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux* : réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes, réduire la morbidité ainsi que les incapacités physiques et les handicaps, favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être de la personne et protéger la santé publique. L'usagère doit également, au cours de toute intervention, être traitée avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité (Eid et Bosset, 2008). Au nom de cette mission, les établissements de santé peuvent être exemptés de leur obligation d'accommodement. Le respect de leur mission constitue un facteur incontournable « pour déterminer tant les critères de contrainte excessive applicable que la portée de l'obligation d'accommodement » (Eid et Bosset, 2008 : 42). Les institutions de santé sont donc tantôt obligées de faire un effort d'accommodement allant jusqu'à restreindre la portée des critères de la contrainte excessive, tantôt contraintes de s'acquitter de leur obligation d'accommodement (Eid et Bosset, 2008). Chaque demande d'accommodement doit être analysée individuellement et les solutions doivent être adaptées aux faits (Eid et Bosset, 2008; Jézéquiél, 2005).

Les décisions d'accommodement, prises au cas par cas, donnent « le sentiment, dont les médias se sont fait la caisse de résonance, que le Québec [souffre de l'] absence de balises juridiques claires pour traiter les demandes de prises en compte de particularisme [...] ou

¹⁹ Charte des droits et liberté de la personne chapitre 1. Article 10. Consulté en ligne le 26 avril 2016.

Adresse URL :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM

encore que les balises existantes [sont] inadéquates [...] » (Eid et Bosset, 2008 : 2).²⁰ Une bonne compréhension et application du droit en général et de la Charte des droits et libertés de la personne en particulier pourraient pourtant suffire à répondre adéquatement aux demandes des usagers. Les décisions rattachées doivent prendre en considération le contexte unique des différentes demandes et aucune solution universelle « mur-à-mur » n'est envisageable (Eid et Bosset, 2008; Jézéquel, 2005). Afin de répondre adéquatement aux demandes des usagers, les intervenants chargés d'apporter des solutions doivent connaître l'ensemble des règlements et lois.

Si des balises claires existent, peu d'individus connaissent la totalité des règlements régissant les établissements de santé. Ceux qui les connaissent ne les appliquent souvent que partiellement puisque « les règles qui régissent les activités des divers professionnels, tandis qu'ils accomplissent leurs tâches, sont loin d'être exhaustives, ou clairement établies, ou clairement contraignantes » (Strauss, 1992 : 92). L'application concrète et uniforme des règlements est également complexifiée par ce que Dubet (2002) nomme le système du « on », un système dans lequel les décisions n'ont pas de décideurs précis et sont plutôt le fruit d'une bureaucratie anonyme. Il devient alors impossible pour les professionnelles de poser des questions ou de demander des précisions sur la marche à suivre en matière d'accommodement. Dubet soutient également que les valeurs universelles du milieu hospitalier (progrès, raison et intégration, par exemple) et les valeurs individuelles des intervenantes perdent, à notre époque, de plus en plus de leur unité. C'est ce qu'il décrit comme étant le déclin du programme institutionnel : « les modes de légitimité peuvent être discutés, les normes sont plurielles et doivent être justifiées, et les valeurs sont l'objet de choix [...] » (Bouchayer *et al.*, 2004 : 7), ce qui rend une application « mur à mur » des règlements impossible.

²⁰ Notamment dans le cas des délais relatifs à l'inhumation, certaines religions (l'islam, le judaïsme), insistent pour que le corps du défunt soit inhumé dans les plus brefs délais suite au décès. Toutefois, les articles 47 et 48 du Code civil du Québec stipulent que le corps ne peut être inhumé que six heures après le constat du décès et que toute inhumation peut être retardée si une autopsie est exigée. Dans ces conditions, l'établissement de santé n'est pas dans l'obligation de tenir compte des désirs de la famille. (Code civil du Québec. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html)

Le contexte politique et juridique configure non seulement un environnement propice à la tenue de négociation, mais rend, au Québec, la négociation inévitable. Lorsque l'application « mur à mur » des règlements et la création de solutions universelles en matière d'accommodement ne sont pas envisageables, les négociations sont indispensables. L'approche décisionnelle de « cas par cas » oblige les actrices à prendre en compte le contexte spécifique à chaque usagère et les entraîne vers un processus de négociation où les deux parties tentent de trouver un commun accord. Le cas des infirmières illustre parfaitement l'importance des négociations lorsque vient le temps de prendre en compte la différence d'une usagère en contexte de soin. La qualité des soins dispensé et reçu dépend de la négociation.

Accommodements raisonnables : le cas des infirmières au Québec

« Le tapage médiatique qui accompagne les cas susceptibles d'émouvoir la population [mène forcément à] une formalisation accrue des procédures et à l'enregistrement de tout ce qui est fait par les intervenants » (Faulkner, 2013)

À l'hiver 2013, le sondage de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) sur la Charte des valeurs²¹ révélait que 76,1 % des membres interrogés estimaient nécessaire de baliser et d'encadrer les demandes d'accommodement pour motifs religieux. « On ne peut pas indéfiniment tolérer que ça repose sur les épaules des individus. Il faut une décision collective claire », soutenait Régine Laurent, présidente de la FIQ.²² L'appui de la FIQ au projet de la Charte des valeurs a été dépeint par les médias comme « une note dissonante »²³ dans le réseau de la santé qui, depuis le début, « résistait en bloc »²⁴ au projet de

²¹ À l'automne 2013, Bernard Drainville, alors ministre responsable des Institutions démocratiques et de la Participation citoyenne, sous la bannière du Parti québécois, dépose un projet de loi (loi 60) à l'Assemblée nationale qui, soutient-il, vise à la création de règles balisant les demandes d'accommodement en matière de religion. Une section du chapitre méthodologique est consacrée à la Charte des valeurs et ses conséquences, notamment pour mon terrain.

²² Radio-Canada (5 décembre 2013). « Port des signes religieux : la FIQ appuie la Charte ». Radio-Canada. Consulté en ligne le 6 janvier 2015. Adresse URL : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2013/12/05/006-fiq-appui-charte-laicite.shtml>

²³ Daoust-Boisvert, A. (6 décembre 2013). « Port de signes religieux — Le principal syndicat des infirmières appuie la charte » Le Devoir. Consulté en ligne le 6 janvier 2015. Adresse URL :

loi.²⁵ Jusque-là, les études (notamment celles de Fortin, 2004, 2013; Le Gall et Xenocostas, 2011; Fortin et Le Gall, 2007 ; Le Gall *et al.*, 2012) ainsi que les témoignages rapportés à la Commission Bouchard-Taylor avaient plutôt fait ressortir un discours prédominant dans le réseau québécois de la santé soulignant la relative facilité à adapter la majorité des demandes d'accommodement en égard à la culture. Celles-ci avaient jusque-là été perçues par l'ensemble du corps médical comme une forme d'intervention personnalisée ou d'individuation des services de soins plutôt que comme une mesure d'accommodement : « On fait valoir que la définition de la compétence en matière de soins de santé intègre l'obligation d'ajustement, qu'elle est incorporée à la pratique professionnelle » (Bouchard et Taylor, 2008 : 90). Les infirmières, comme les autres acteurs du milieu de la santé, négocient, « accommodent » ou cherchent une entente avec leurs usagères, sans même qu'il n'y ait d'obligation juridique d'accommoder, mais plutôt à des fins de personnalisation des soins et des services.²⁶

Personnalisation des soins

La personnalisation des soins est une caractéristique du système de santé québécois qui s'inscrit dans le contexte structurel (Strauss, 1992). Non seulement la personnalisation des soins représente une philosophie de soin depuis la fin des années 60, mais l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* stipule que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur le plan à la fois

<http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/394542/port-de-signes-religieux-le-principal-syndicat-des-infirmieres-appuie-la-charte>

²⁴ Daoust-Boisvert, A. (5 octobre 2013). « La santé résiste en bloc », *Le Devoir*. Consulté en ligne le 8 janvier 2015. Adresse URL : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/389210/la-sante-resiste-en-bloc>

²⁵ Voir les positions de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), l'Hôpital Juive, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, entre autres.

²⁶ Dans le rapport de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles est introduit le concept d'ajustement concerté qui fait référence aux décisions prises par les acteurs dans la sphère citoyenne, sans recours aux instances juridiques. Le concept d'ajustement concerté ne sera pas utilisé dans cette thèse, je préfère parler de négociation qui englobe toutes formes d'adaptations, concertées ou non.

scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire ». La personnalisation des soins est une façon de penser, de dispenser et d'actualiser les services, les ressources, les interventions et les supports, à partir de la personne et de ses besoins.²⁷ Une dimension sociale s'ajoute à l'aspect biomédical et l'emphase est mise sur le caractère relationnel du soin (Mead et Bower, 2000). Dans l'approche personnalisée (patient-centered), l'usagère n'est plus réduite à sa pathologie et à ses symptômes comme elle l'était dans l'approche biomédicale.²⁸ « In the “biomedical model”, patients’ reports of illness are taken to indicate the existence of disease processes. This dictates a clinical method focused on identifying and treating standard disease entities » (Mead et Bower, 2000 : 1108). Une comparaison entre les modèles biomédical et personnalisé montre d'importantes différences au niveau des relations entre les professionnelles et les usagères. Cinq dimensions ont été identifiées comme étant le propre du modèle personnalisé (Mead et Bower, 2000).

Le modèle personnalisé (patient centered) chez Mead et Bower (2000)

La présentation de ce modèle permettra de comprendre comment les soins prodigués par les infirmières de soins postnatals à domicile s'inscrivent, de par leur forme et leur organisation, dans une perspective de personnalisation des soins. La première dimension qui différencie l'approche personnalisée de l'approche médicale est la prise en compte d'une perspective biopsychosociale. L'expérience de la maladie affecte tant les aspects biologique, psychologique que social. Les tenants du *patient-centredness* soutiennent donc que pour traiter l'étendue des problèmes de santé rencontrés, notamment dans les services de première ligne, il est essentiel d'aborder d'emblée les trois perspectives. En première ligne, il est question de traitements, au sens curatif du terme, mais également de prévention et de promotion de la santé. La mission des professionnelles englobe ainsi tout ce qui se rapporte au corps sain.

²⁷ Le 6 et 7 octobre 2014, j'ai assisté au colloque « La qualité de l'expérience des usagers et des proches : vers la personnalisation des soins et des services sociaux », dans le cadre des entretiens Jacques-Cartier. Cette définition résume ce que l'ensemble des participants entendait par « personnalisation des soins ».

²⁸ L'approche biomédicale a émergé dans les années 1850 et persiste encore aujourd'hui (Freidson, 1984 ; Mead et Bower, 2000).

Alors que la première dimension vise à comprendre la maladie dans un cadre biopsychosocial large, la deuxième dimension porte sur l'expérience de la maladie telle que vécue par l'usagère. Quelle signification la personne donne-t-elle à sa maladie? Comment vit-elle la maladie? La prise en compte du parcours biographique et individuel de l'usagère est essentielle pour ceux et celles qui prônent l'approche personnalisée, car elle permet une meilleure compréhension de la réception et de l'usage des traitements proposés par le corps médical, par exemple. La création d'une relation égalitaire entre les professionnelles et les usagères est le troisième élément essentiel à cette approche. Les professionnelles revendiquent une reconnaissance de leurs compétences et de leur savoir médical alors que l'usagère désire faire reconnaître son autonomie.²⁹ Au cœur de cette relation thérapeutique personnalisée, il y a un partage mutuel des responsabilités et du pouvoir. Dans les années 50, Parsons (1991 [1970]) avait identifié les relations de l'approche biomédicale comme étant asymétriques : les professionnelles de la santé, dites « expertes médicales », usaient de paternalisme envers l'usagère, dite la « patiente profane ». L'approche personnalisée se démarque de l'approche biomédicale, notamment en ce qui concerne la relation égalitaire entre professionnelles et usagères. Quatrièmement, en ayant une relation égalitaire, les professionnelles et usagères peuvent se retrouver au cœur d'une alliance thérapeutique où, non seulement le corps médical a expliqué et répondu aux questions de l'usagère, mais où cette dernière est considérée comme apte à comprendre la pertinence du traitement proposé et peut donner (ou non) son accord pour les traitements. L'usagère est considérée comme une experte de sa situation (Roth et Fonagy, 1996 dans Mead et Bower, 2000). Finalement, la professionnelle est, elle aussi porteuse d'une histoire et de subjectivité. De ce fait, l'usagère et l'intervenante s'influencent mutuellement dans la relation et ne peuvent être pensées séparément (Balint *et al.*, 1993, dans Mead et Bower, 2000).

²⁹ La valorisation de l'autonomie et de l'empowerment du patient est accentuée par la création des associations de malades et principalement les associations de luttes contre le sida (Barbot, 2002 dans Fainzang, 2013) « marquée par l'émergence d'un patient actif et acteur dans la prise en charge de ses problèmes sanitaires et la gestion de sa thérapie » (Fainzang, 2013 : 83).

La responsabilité de la personnalisation des soins repose autant sur la professionnelle de santé que l'usagère. Personnaliser les soins de santé n'est pourtant pas chose facile pour les infirmières (Bouthillier *et al.*, 2010). Si plusieurs professionnelles de la santé vont parler du caractère « naturel »³⁰ de la personnalisation, personnaliser demande une grande flexibilité de la part de la professionnelle alors qu'elle doit agir avec « compétence, courtoisie, civilité, équité et compréhension, dans le respect de la dignité, de l'autonomie, de la sécurité et des besoins des usagers » (Bouthillier *et al.*, 2010). Les infirmières font face à certaines limites institutionnelles quant à la personnalisation des soins offerts, notamment en ce qui concerne les coûts induits, les ressources humaines et matérielles disponibles, les règles de déontologie et les standards de pratique et le maintien de la sécurité, de l'hygiène et du contrôle des infections. De plus, la personnalisation des soins ne doit pas nuire aux droits et libertés des autres usagers et usagères (Bouthillier *et al.*, 2010; Le Gall *et al.*, 2012,). Plusieurs infirmières ont par ailleurs des limites personnelles à la personnalisation. Il y a des gestes ou des actions que certaines infirmières refusent de faire ou de laisser-aller lorsqu'elles jugent que ce serait au « détriment des possibilités de l'offre des soins de santé globale » (Le Gall *et al.*, 2012 : 28).

Carde (2006) stipule que l'application rigide d'un arsenal juridique pourrait apparaître comme le meilleur moyen d'éviter que les agents des services publics agissent en fonction de leurs convictions personnelles et ainsi s'assurer qu'ils se conforment aux réglementations. Pourtant, ce qui est défendu dans cette thèse, n'est pas tant l'agentivité (agency) (Giddens, 1979) des infirmières, mais le fait que certaines situations ne sont pas anticipées par des règlements et que les « trous » dans la règle donnent un pouvoir de négociation aux infirmières (Crozier et Friedberg, 1992 [1977]). De plus, les nombreuses lois, normes, protocoles et règlements sont difficiles à connaître et à appliquer de manière exhaustive, obligeant les infirmières à régulièrement se débrouiller par elles-mêmes, à improviser (Strauss, 1992). Malgré tout, « dans les différents établissements de santé, on repousse l'idée d'une loi-cadre,

³⁰ Repensons à l'éducatrice au programme enfance-famille interviewée dans le cadre de l'étude de Le Gall *et al.* (2012).

on redoute une sur-règlementation, on tient à préserver une marge de manœuvre qui laisse place à l'adaptation, à la recherche de compromis (Bouchard et Taylor, 2008 : 91). Cette marge de manœuvre se veut situationnelle et non basée sur une interprétation personnalisée des règlements. Bouchard et Taylor (2008) expliquent notamment que le personnel soignant possède une longue expérience de la négociation des conflits de valeurs et de droits, sans compter que les travailleuses aiment faire preuve d'autonomie et désirent créer une relation de confiance personnalisée, au gré des relations développées avec leurs usagères (Avril, 2014). Une surrèglementation viendrait déshumaniser davantage un service en perte d'humanité déjà soumis aux gestionnaires préoccupés par l'efficacité calculée quantitativement, selon le nombre de dossiers traités (Crevier *et al.*, 2010). Fortin soutient également que l'absence d'un espace de négociation, conséquence de l'application ferme d'une loi-cadre, « laisse présager la construction de frontières plus étanches » entre les intervenantes et les usagères des services de santé (Fortin, 2013 : 195).

Ce premier élément du contexte structurel se réfère aux politiques et aux règlementations qui entourent la gestion de la différence dans les services publics en général et dans les services de santé en particulier. Dans les prochaines lignes, nous verrons comment ces politiques et règlementations, tant en raison de leur formulation que de leur application, sont la cause de tensions au sein de la société québécoise et ont pu avoir un impact déterminant sur le déroulement de l'étude.

Entre enchantement et tension : diversité, *Charte des valeurs* et soins postnatals

La multitude de règlements, protocoles, normes et lois concernant la prise en compte de la différence culturelle dans la pratique de soin affecte principalement les infirmières travaillant à Montréal, et notamment celles œuvrant sur des territoires où beaucoup d'immigrants s'établissent. Ce sont principalement sur ces territoires, où plusieurs usagères et professionnelles de la santé sont issues de groupes minoritaires, que s'additionnent les situations propices à la négociation. Le deuxième élément de contexte structurel est particulièrement significatif pour le territoire à l'étude, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

Le territoire du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, situé au nord-ouest de l'île de Montréal, est l'un des plus vastes de la métropole avec une étendue de 55 kilomètres carrés (Annexe 1). Il comptait, au recensement de 2011, 142 170 habitants.³¹ Entre 2006 et 2011, le taux d'accroissement de la population (8,2 %) a été le plus important du territoire montréalais. Cet accroissement est, d'une part, inhérent au phénomène de renouvellement de la population et, d'autre part, à celui de l'immigration. Entre 2006 et 2011, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, ci-après BCSTL, a été le territoire où l'accroissement des 0-5 ans était le plus important de l'île de Montréal, soit 21,1 % d'augmentation. De fait, 26 % des familles établies sur le territoire ont au moins un enfant âgé de moins de 5 ans à la maison. L'étude des pratiques, tant médicales que religieuses, entourant la période périnatale s'y avère donc pertinente. En ce qui concerne l'immigration, le territoire de BCSTL est le plus important du Québec avec 52,3 % d'immigrants – certains quartiers du territoire tels que Saint-Sulpice et Nortgate comprennent jusqu'à 60 % de nouveaux arrivants. Parmi ces derniers, 24,2 % se sont établis au Québec au cours des 10 dernières années. Cette réalité immigrante est au cœur de la pratique des infirmières rencontrées. Elles m'ont toutes parlé de la présence d'immigrants : « On travaille avec, je ne sais pas moi, 20 % de Québécois. Des blancs, francophone, pure laine, je parle. Les autres, la forte majorité viennent d'ailleurs », affirme Brigitte, infirmière au CSSS. Plus de cent groupes ethniques se côtoient sur le territoire de BCSTL (Fortin et Le Gall, 2007).

Pour certaines, la diversité de la population desservie est au cœur de leur désir de pratiquer sur ce territoire en particulier :

Une des choses que je trouvais particulièrement intéressantes dans mon travail, et pourquoi j'ai le goût de revenir plus à Saint-Laurent que d'aller travailler à une demi-heure du CLSC où j'habite [qui est] très québécois, francophone de

³¹ Les données démographiques du territoire sont entièrement puisées du recensement de 2011. Elles ont été en partie recueillies sur la plateforme Atlas Santé Montréal, où il est possible d'utiliser les territoires de CSSS comme unité de recherche. D'autres données proviennent du site web d'Arima, un partenariat de recherche basé au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Consulté en ligne le 13 mai 2015. Adresse URL : <http://arimarecherche.ca/bordeaux-cartierville-saint-laurent>

souche, et je trouve ça un peu ennuyeux. Dans le sens que j'aime la diversité. À Saint-Laurent, ça m'a permis de voyager au cœur des gens, au cœur de leurs coutumes et de leur religion, de goûter en même temps qu'eux justement la différence. Pour moi, c'était ça. C'est super intéressant, et j'aime toujours aller à la rencontre de l'autre, même s'il est différent, parce que c'est correct qu'il soit différent, et je trouve ça intéressant de voir comment la moitié du monde vit autrement que nous, c'est quoi leur façon de penser, à quoi ils croient et tout ça, peu importe la religion que j'ai ou qu'ils ont, c'est intéressant de découvrir ça (Jocelyne, infirmière).

Malgré l'aisance, voire l'enchantement des infirmières rencontrées face à cette diversité, le climat québécois, au moment où je commence mon enquête, présente pourtant une tout autre réalité. Mon arrivée dans l'équipe du CSSS concorde, à quelques jours près, avec le dépôt du projet de *Loi sur la laïcité de l'État et sur l'encadrement des demandes d'accommodements religieux* de Bernard Drainville alors ministre responsable des Institutions démocratiques et de la Participation citoyenne (Parti québécois). Peu d'évènements ont réussi à créer un malaise aussi grand autour des différences culturelles et religieuses depuis les débats entourant les accommodements raisonnables de 2006. L'ensemble des institutions est sur ses gardes : le comité d'éthique à la recherche (CÉR) en santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, l'administration du CSSS, ses employés. Les usagères des services, immigrantes, juives, hindoues et musulmanes, épuisées de justifier de leurs pratiques et inquiètes du sort que le Québec réserve à leurs voiles, leurs prières et leurs écoles, le sont aussi. Personne ne semble avoir envie que je vienne exacerber l'attention sur leurs histoires, de religion notamment. Rappelons que les intervenantes du milieu de la santé soutenaient que l'observation d'éléments religieux lors de suivi postnatal était futile puisqu'« on ne parle pas de religion dans les suivis » (voir page 7). Les usagères, de leur côté, s'empresaient souvent de me dire que leur croyance et leurs pratiques religieuses étaient « normales ».

La publication d'une étude de Le Gall et Xenocostas (2011) m'avait préparée à la réticence de plusieurs personnes à me voir enquêter sur les différences culturelles et principalement les différences religieuses. Les auteures soutiennent que cette réticence provient d'un malaise à aborder le fait religieux tant de la part des intervenantes que des usagères. « Les premiers ont peur de choquer ou de heurter les clients, tandis qu'il semble que les seconds ne veulent pas être jugés à partir de leurs croyances ou pratiques religieuses » (Le

Gall et Xenocostas, 2011 : 185). Les auteures soulignaient ainsi que très peu d'intervenantes traitaient spontanément ou exploraient en détail la question religieuse avec leurs usagères, notamment par peur de rompre le lien thérapeutique. De plus, il est noté par d'autres avant moi que les projets nationalistes tels la Charte des valeurs proposée par le gouvernement provincial en place à cette époque créent un malaise autour de la religion. Une jeune travailleuse sociale du programme enfance-famille, rencontrée dans le cadre de l'étude de Le Gall et Xenocostas (2011), rend bien compte des difficultés :

[...] ils lisent les journaux, ils ont vu tout ce qui se passe aussi par rapport aux accommodements raisonnables, tout ça. Ils ne savent peut-être pas comment nous on se situe. Une Blanche qui arrive avec ses croyances et qui travaille pour le gouvernement (Le Gall et Xenocostas, 2011 : 177).

Le contexte politique québécois a été un constant bruit de fond pendant mon étude et les polémiques entourant la religion dans l'espace public ont rendu mon accès au terrain et ma collecte de données plus ardue.³² D'un simple bourdonnement à un cri strident qu'on ne pouvait ignorer, la situation politique a influencé, voire dicté, la relation que j'entretenais avec les participantes de l'étude. Au gré des sorties publiques de Pauline Marois et de Bernard Drainville, des évènements médiatiques et de la tenue des élections provinciales, on questionnait avec plus ou moins d'intensité la pertinence, mais également la réelle raison de ma présence sur le terrain. Par moment, j'avais l'impression que les infirmières interprétaient ma présence comme une menace. J'étais une délatrice qui allait écrire un long rapport sur la façon dont les intervenantes gèrent l'altérité religieuse et culturelle, un rapport que j'allais de toute évidence transmettre à leur supérieur.³³ De leur côté, les usagères craignaient que derrière mes yeux rieurs se cache une intellectuelle anti-religion, anti-immigration, anti-

³² Pour plus d'information sur la sensibilité de certains terrains d'étude, voir Paul Vingré (2006), sur les difficultés et les coûts liés à l'observation.

³³ Anne Vega relève également cette « méfiance à l'égard de toute personne présentée par les cadres et qui semble connaître le milieu hospitalier » (Vega, 2000 : 17). Charles Bosk fait la différence entre deux types de chercheurs, notamment dans le cas de l'ethnographie : les invités et les intrus. Les invités sont ceux qui répondent bien souvent à la demande d'un établissement, alors que les intrus doivent obtenir la permission d'accéder à leur milieu de recherche. Ils doivent être acceptés formellement, par la direction, et informellement, dans le quotidien des acteurs étudiés (Bosk, dans Cadge, 2012).

différence qui désirait peindre un sombre portrait des immigrants et de leurs pratiques religieuses, comme beaucoup d'autres l'ont fait avant moi. Plusieurs d'entre elles, principalement musulmanes, insistaient pour connaître mon opinion politique concernant la Charte des valeurs, avant d'accepter de s'entretenir avec moi. Dans les périodes d'accalmie politique ou une fois l'engouement pour la Charte résorbée, les participantes semblaient moins méfiantes et plus ouvertes à ma présence et à mes questions.

Le malaise aurait pu atteindre son comble au début de décembre 2013. Régine Laurent, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), annonce alors la position des infirmières de sa fédération, en faveur de la Charte des valeurs. Je redoutais mon entrée au CLSC³⁴ le matin suivant. Je ne savais pas véritablement ce que les infirmières participant à mon étude penseraient de cette position pro-charte, mais comme à chaque évènement public, je savais que les tensions seraient ravivées. À ce jour, j'avais fait quelque vingt suivis postnatals avec elles et je m'étais informellement entretenue avec plusieurs membres de l'équipe de périnatalité. Je me disais, suite à mon expérience, que « mes » infirmières allaient sans doute être en désaccord avec une telle position puisqu'elles avaient été les premières à dire que mon étude était peu pertinente, la religion étant un faux-problème. Dans les jours qui ont suivi, j'ai rapidement été témoin du mécontentement ou du moins de l'agacement des infirmières avec qui j'ai eu la chance d'en discuter face à la position annoncée par la FIQ. On pouvait lire dans les journaux que 55 % des infirmières interrogées disent recevoir des demandes d'accommodements pour motifs religieux de la part des patients.³⁵ « So what? », s'écrie Micheline alors qu'on discute des résultats annoncés au lendemain de la consultation : « ce n'est pas parce qu'il y a accommodements ou demande d'accommodements qu'il y a forcément un problème ». Ce que Micheline exprime alors

³⁴ À l'époque de l'étude, le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent était composé de 2 Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les bureaux du Programme de périnatalité 0-5 ans sont situés au CLSC de Saint-Laurent. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

³⁵ Radio-Canada (5 décembre 2013). « Les infirmières appuient la charte des valeurs », Consulté en ligne le 1^{er} février 2014. Adresse URL : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2013/12/05/006-fiq-appui-charte-laicite.shtml>

correspond à ce que Le Gall et Xenocostas concluent dans leur étude sur la prise en compte du fait religieux dans les services de première ligne : « les demandes et besoins exprimés par la clientèle des CSSS pour motifs religieux ne semblent pas souvent poser de difficultés particulières pour les professionnelles. La plupart déclarent s'ajuster facilement aux attentes des usagers » (Le Gall et Xenocostas, 2011 : 182). Ainsi, les infirmières rencontrées, que je désignerai souvent comme étant « mes » infirmières – au même titre qu'elles me présentaient comme « leur » chercheuse –, ne semblaient pas être de celles qui désiraient plus de balises. Le désir d'autonomie dans la pratique est un comportement tout à fait normal selon Christelle Avril (2014) qui relève également le désir d'autonomie chez les aides à domicile.³⁶

Les tensions qui entourent la différence culturelle au moment de ma collecte de données constituent le contexte structurel de négociation. Elles ont vraisemblablement un impact sur la façon dont les relations entre infirmières et usagères se déroulent et conséquemment, sur leurs négociations (Strauss, 1992). Ce contexte structurel nous permet de tirer deux conclusions. Tout d'abord, les lois tant québécoises que spécifiques au système de santé obligent à la prise en compte de la différence culturelle des usagères en contexte de soin. Les tensions provenant principalement du débat autour de la Charte des valeurs ont indubitablement créé un malaise autour des questions culturelles et religieuses, qui faisaient des négociations, l'occasion d'une affirmation du vivre-ensemble ou une difficulté supplémentaire infligée aux infirmières.

Dans ce deuxième chapitre, j'ai présenté ce que Strauss (1992) identifie comme le contexte structurel de négociation, à savoir les propriétés qui permettent ou non la tenue de négociations. Les propriétés structurelles regroupent les politiques et les règlements qui obligent les employées des services de soins et autres services publics à prendre en compte les

³⁶ Toutefois, près d'un an après mon terrain, lors d'une rencontre avec la chef du programme de périnatalité étudié, elle m'a fait savoir qu'il y avait eu beaucoup de tensions au sein de son équipe concernant la Charte des valeurs. Est-ce que les infirmières qui ont participé à l'étude, tant aux observations qu'aux entretiens, étaient celles qui étaient particulièrement à l'aise avec la négociation des pratiques de soins lorsqu'émergeaient des manifestations de la différence? Je reviendrai sur la question.

besoins spécifiques de leurs usagers. Les tensions politiques et sociales vécues sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent suite à l'annonce du projet de Charte des valeurs participent également au contexte structurel de négociation.

Chapitre III – La culture professionnelle infirmière comme contexte de négociation

Définir le contexte structurel est impératif avant d'aborder le contexte de négociation puisque « les caractéristiques d'un contexte de négociation particulier ne peuvent être correctement analysées sinon en rapport avec une spécification claire du contexte structurel qui lui est associé » (Strauss, 1992 : 264). Le contexte structurel pèse directement sur le contexte de négociation. Ainsi, les politiques, juridictions et règlements québécois qui rendent obligatoire la prise en compte des caractéristiques spécifiques des usagères des services publics et des tensions politiques et sociales qui président au moment de commencer notre étude influencent le contexte de négociation. Celui-ci « renvoie plus spécifiquement aux propriétés structurelles intervenant très directement comme conditions dans le déroulement de la négociation elle-même » (Strauss, 1992 : 260). Ce que j'identifie comme la « culture professionnelle infirmière » – l'objet de ce chapitre – participe du contexte de négociation. Dans ce chapitre, je présente la culture professionnelle infirmière comme tronc commun à la pratique infirmière avant d'aborder les spécificités de cette même pratique lorsqu'elle est exercée à domicile. Ces spécificités représentent ce que Strauss identifie comme propriétés clés du contexte de négociation : le nombre de négociatrices présentes, l'expérience des acteurs ainsi que ce qu'elles représentent, le rythme de la négociation, le relatif équilibre de pouvoir entre les protagonistes, la nature des enjeux négociés, la visibilité des transactions, le nombre et la complexité des questions négociées et les options permettant de rejeter ou d'éviter une négociation. Le contexte de négociation se modifie selon les variations de ces propriétés (Strauss, 1992 : 260).

La rencontre entre une infirmière et une usagère donne lieu à la rencontre entre deux cultures. L'infirmière est porteuse d'une culture professionnelle appuyée sur les références de la santé publique qui promeut des valeurs visant à la diffusion de saines habitudes de vie. L'usagère est quant à elle porteuse d'une culture profane qui peut véhiculer des éléments issus

de la santé publique³⁷ ou bien, au contraire, être basée sur des rationalités très divergentes (Massé, 1995 : 9). Cette rencontre engendre parfois des tensions. Le concept de culture professionnelle permet d'analyser la façon dont les négociations entre infirmières et usagères parviennent à apaiser ces tensions et à favoriser la réalisation du mandat de l'infirmière de première ligne, soit inculquer des valeurs de prévention et de promotion d'un mode de vie sain (Strauss, 1992; Massé, 2004).

La culture professionnelle infirmière : valeurs, savoirs et savoir-faire

L'approche interactionniste rend compte de la diversité des pratiques au sein d'une même profession : celle-ci peut quasiment apparaître comme une construction « après coup » (Champy, 2009). Mon étude, inspirée par l'approche interactionniste, s'apprête à montrer l'étendue des répertoires de la pratique infirmière lorsqu'elles entrent en interaction avec leurs usagères. Cette diversité ne contrevient nullement à mon affirmation de l'existence d'un noyau dur de valeurs, de savoirs et de savoir-faire structurant le savoir professionnel spécifique des infirmières et qui leur permet de cadrer les situations de négociations. À la manière de Champy (2009), j'insiste ici momentanément sur ce qui unit les membres d'une même profession plutôt que sur ce qui les divise. Le concept de « culture professionnelle » est au centre de cette théorisation qui me permet de présenter le contexte de négociation des acteurs. Je reste toutefois critique face au concept de culture professionnelle tel qu'élaboré par Champy qui a créé son concept de culture professionnelle en étudiant la profession d'architecte, c'est-à-dire un corps de métier travaillant avec des matériaux, des bâtiments et des sites alors que l'infirmière travaille en interaction avec des individus (Champy, 2009 : 2011).

³⁷ La santé publique n'est pas quelque chose que seules les professionnelles de la santé incarnent. Les usagères ont souvent elles-mêmes intériorisé des éléments de la santé publique tels que des normes socio-sanitaires, allant du désir de vaccination pour le nouveau-né aux avertissements qu'elles émettent pour que l'enfant enlève ses doigts de sa bouche. Les usagères deviennent alors des diffuseurs de la santé publique.

La culture professionnelle est ce noyau dur qui, en dépit des différences entre les contextes et les individus, ne change pas. Elle préexiste aux acteurs et peut même intervenir comme contrainte dans l'exercice d'une profession. Champy soutient qu'un individu ne peut prétendre ou revendiquer être une architecte ou une infirmière si elle n'adhère pas à ce corpus de valeurs centrales. Les interactionnistes ont toutefois démontré le poids de la divergence d'intérêt au sein d'une même profession, notamment au sein des professions médicales (Freidson, 1984). Pour présenter les éléments structurants de ce que j'appelle dans la thèse la culture professionnelle infirmière, je m'inscris tout d'abord dans les traces de Champy. À la lumière des données et de l'analyse toutefois, je reviendrai dans le chapitre 11 sur cette notion de culture professionnelle : les concepts de segments professionnels (Strauss et Bucher, 1961 dans Strauss, 1992), de mondes sociaux (Becker, 1988; Strauss, 1992), d'ordre négocié (Strauss, 1992) ou d'écologie professionnelle (Abbott, 1988; 2003) ne sont-ils pas plus pertinents?

Champy définit la culture professionnelle comme un système de « valeurs épistémico-déontiques, de savoir et de savoir-faire sans lesquels aucune des pratiques de [la profession] – quelle que soit effectivement leur diversité – n'est possible [...] » (Champy dans Chartain, 2011). Ces trois éléments (valeurs, savoirs et savoir-faire) subsument l'ensemble des composantes de la culture professionnelle (Champy, 2011). Les prochaines sections présentent les réflexions théoriques de Champy sur la culture professionnelle en lien avec une description de la culture professionnelle infirmière qui agit, rappelons-le, à titre de cadre de négociation.

Si on transpose l'analyse de la profession d'architecte de Champy à la profession infirmière, les valeurs épistémico-déontiques renvoient aux exigences morales et cognitives de prise en compte de critères, notamment scientifiques, dans la désignation et le maintien du bien-être d'un individu. Les savoirs et les savoir-faire ne sont alors utiles que dans la mesure où ils permettent aux infirmières de répondre aux valeurs de prévention et de promotion de la santé et donc de réaliser leur mandat ou leur mission professionnelle (Champy, 2011; Dubé 2007; Massé, 2011). Les éléments (normes, règles, attentes, etc.) formalisés sont des savoirs, alors que les éléments non-formalisés deviennent des savoir-faire (Champy, 2011).

Au Québec, la culture professionnelle infirmière est en partie produite par la santé publique. Celle-ci renvoie en premier lieu à un ensemble de valeurs qui visent à la prévention et à la promotion de bonnes habitudes de vie (Massé, 1999). Les valeurs de la santé publique se retrouvent dans l'organisation institutionnelle et procédurale qui vise à protéger la santé de la population. Elles s'incarnent simultanément dans des structures physiques (l'hôpital ou le domicile en tant qu'espace clinique³⁸) (Fortin et Carle, 2007), dans l'organisation des soins ainsi que dans la pratique infirmière³⁹, tant dans leur formation que l'adhésion à l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ).

La santé publique se déploie à partir d'un discours normatif consigné dans la *Loi sur la santé publique* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*. Les deux textes fondateurs sont basés sur les grands principes de droit qui garantissent « des soins et services accessibles et appropriés à tous, dans une perspective d'équité et de justice sociale » (Le Gall et Xenocostas, 2011). Ils se retrouvent dans les politiques publiques en matière de santé, dans le mandat professionnel des infirmières et des autres professionnels de la santé, dans les orientations de l'établissement de santé et du département ou programme d'embauche (Le Gall et Xenocostas, 2011). Les orientations des établissements dictent les normes, les règlements, les protocoles cliniques, les processus opératoires et les prestations de service. La santé publique encadre les interventions et dicte les « bonnes pratiques » en même temps

³⁸ L'espace clinique est un espace social est un carrefour où se rencontrent différentes valeurs et normes dans des mises en scène de relations complexes. Au sein de cet espace s'inscrivent également « des rapports de pouvoir, resituant ainsi la dimension politique des rapports sociaux » (Fortin et Carle, 2007 : 10).

³⁹ Ce sont les infirmières rencontrées et observées dans le cadre de cette étude qui, lors de leurs échanges avec les usagères ou avec moi, justifient leur pratique par la santé publique. L'approche ethnographie ne me permet que de basée ma théorisation sur ce qui est observable. Il n'y a donc peut-être pas, a priori, de relation directe entre la pratique infirmière et la santé publique. Notons que les programmes de périnatalité et principalement le programme SIPPE étudiés sont fortement influencés par des considérations de santé publique alors que d'autres domaines le sont beaucoup moins. Avoir étudié la néphrologie ou une autre spécialité aurait peut-être mené à une réflexion théorique différente. Pour les infirmières rencontrées, Santé Canada, le ministère de la Santé, la Direction de la santé publique du Québec, et tous les documents qui « viennent d'en-haut », sont regroupés sous l'épellation de « la santé publique ».

qu'elle s'incarne dans la structure même du système de santé publique et dans la pratique clinique (Bibeau dans Fortin et Knotova, 2013; Faulkner, 2013). Les salariés agissent en fonction de ces normes et de ces règles collectivement acceptées par le milieu de la santé. Les gestionnaires et le corps médical intègrent les normes spécifiques aux groupes professionnels auxquels ils appartiennent, en plus des particularités des établissements pour lesquels ils travaillent, à un point tel que la réalisation de certaines actions, de leur pratique, prend désormais la forme d'un accomplissement de soi (Faulkner, 2013). L'intériorisation des normes de santé est si grande que les employés des établissements de santé font des normes d'hygiène, de prévention et de mode de vie sain une véritable mission personnelle.

Ainsi, la culture professionnelle infirmière se compose de savoirs, c'est-à-dire de normes formelles et officielles édictées par la santé publique, mais également de savoir-faire, de règles et de savoirs plus officieux, informels (Champy, 2011). La culture professionnelle « comporte des indéterminations qui ouvrent la possibilité de choix et même, plus précisément, les rend inévitables » (Champy, 2011 : 45). Il m'est en effet apparu dans cette étude que la marge de manœuvre dans la pratique infirmière est liée au fait que la totalité des protocoles, règlements et prescriptions ne parvient pas à anticiper et couvrir l'ensemble des éventualités et des situations susceptibles d'intervenir dans leur pratique, à relative distance de ce que Giddens (1979) décrit comme l'agentivité ou l'*agency* des acteurs.⁴⁰ Puisque les organisations hospitalières et médicales ne sont pas « des formations structurées, par des règles normatives univoques » (Strauss, 1992 : 45), certaines situations n'ont simplement pas été envisagées par des règlements et des protocoles faciles d'accès et d'application. Les infirmières doivent donc se débrouiller par elles-mêmes lorsqu'elles font face à ces situations. Ces vides procéduraux les incitent à prendre l'initiative et à user d'autonomie pour interagir, en situation, avec leurs usagers. L'autonomie est ici définie comme le droit exclusif de décider (Friedson, 1970 dans Osty, 2012). Plusieurs études confirment que l'existence et la

⁴⁰ « Action or agency, as I use it, thus does not refer to a series of discrete acts combined together, but to a continuous flow of conduct. [...] the forms of knowledge that actors have on the basis of which they tailor their interventions » (Giddens, 1979 : 55).

connaissance des normes ainsi que l'absence de directives claires, sont vectrices d'autonomie et potentiellement d'écart à la norme (Avril, 2014; Strauss, 1992; Goffman, 1973). L'autonomie des acteurs augmente lorsque les limites du système sont connues, reconnues et éprouvées (Katz, 1981). Connaissant les limites dans lesquelles elles peuvent agir, les actrices se sentent plus libres de leurs actions et osent prendre des décisions. Plus une personne connaît les normes et les règlements, plus elle est habile à les contourner (Lascoumes et Nagels, 2014). Une personne qui connaît bien les règles du jeu sait donner l'impression qu'elle les respecte. Elle sait également lesquelles elle doit à tout prix respecter et desquelles elle peut s'écarter. En outre, chaque usagère rencontrée par l'infirmière, selon qu'elle refuse ou qu'elle se conforme à la pratique de soin proposée, ouvre la porte à une possible modification de la situation et à une réorientation de l'application des normes (Fortin et Knotova, 2013).

Les savoir-faire de la culture professionnelle infirmière sont également produits par l'ensemble des initiatives internes prises par les centres de service de santé publique afin de prévenir l'émergence même de situations conflictuelles. C'est le cas de certains établissements qui essaient de toujours avoir, aux urgences, une médecin femme afin d'éviter des situations « problématiques », comme le refus de certaines usagères d'être soignées par un homme. De telles initiatives sont notamment responsables des écarts entre la loi formelle et son application (Carde, 2006; Rossinot, 2006). Plusieurs infirmières ont ainsi développé une « éthique professionnelle contextualisée » en dépit des protocoles, du fait qu'elles doivent répondre à des exigences de performances précises et sans être tenues d'accommoder leurs usagères. Souvent, cette étiquette met de l'avant le côté humaniste de leur travail et leur permet de se valoriser à l'intérieur de celui-ci (van Zanten, 2003). Elles ont ainsi le sentiment de remplir un rôle social au-delà de l'exécution de leurs tâches. Agnès van Zanten se penche principalement sur le milieu de l'enseignement et de l'éducation où elle distingue l'adaptation contextuelle des stratégies de survie et l'éthique professionnelle contextualisée. La première porte principalement sur l'adaptation des pratiques d'enseignement afin de pouvoir « survivre » lorsque confronté à des populations défavorisées. La seconde repose sur une « construction cognitive et morale plus complexe » qui permet un regard positif sur les étudiants, au détriment de leurs parents responsabilisés pour les comportements déviants de l'enfant. Les enseignantes – au même titre que les infirmières – deviennent les agentes de rédemptions de la

clientèle déviante. « De façon cohérente, cette conception conduit alors à attribuer une valeur très positive au rôle d'éducation que jouent les enseignants » (van Zanten, 2004 : 213).

Il n'existe aucun guide ni aucune politique précise concernant la gestion de la différence dans les soins de santé (Le Gall *et al.*, 2012). L'ambiguïté des procédures concernant la gestion de la différence laisse place au dialogue, à la négociation et à la recherche de compromis qui tiennent compte des demandes et des attentes des usagers, tout en respectant les principales règles des établissements de santé (Le Gall, *et al.*, 2012). Les infirmières apprennent à gérer « de façon toute naturelle » la différence dans la rencontre clinique au cours de leur processus de socialisation professionnelle (Démazière et Gadéa, 2009).⁴¹ Elles apprennent par exemple « sur le tas » la capacité de négociation qui nous intéresse ici et se tournent vers les collègues plus expérimentées ou leurs supérieures lorsqu'elles ont des questions (Le Gall, *et al.*, 2012). Actions prises pour pallier les vides procéduraux, normes et pratiques officieuses qui permettent de répondre aux attentes d'efficacité, « éthiques contextualisées » des infirmières et initiatives internes des départements et hôpitaux : la pratique quotidienne du métier d'infirmière peut sembler irrationnelle, hasardeuse, voire incohérente. En ce sens, elle contraste avec la vision formelle que proposent les politiques publiques en matière de santé.⁴²

La culture professionnelle infirmière comporte donc, d'une part, les valeurs de la santé publique ainsi que les savoirs (normes, règles, organisations et pratiques) tels que soutenus par la santé publique et, d'autre part, les savoir-faire, les écarts d'application des normes et des règlements proposés par la santé publique qui interviennent dans le quotidien des infirmières.

⁴¹ Pour Démazière et Gadéa (2009) « la socialisation professionnelle s'inscrit dans le temps long d'apprentissage par paliers et dans une multiplicité d'interactions et d'échanges, pour aboutir à une véritable conversion identitaire » (p. 22).

⁴² L'horaire de travail des infirmières en est un exemple. Même si les infirmières ont un horaire fixe, de 8 h à 16 h par exemple, plusieurs sont contraintes d'en faire davantage. Certaines arrivent plus tôt le matin pour prendre de l'avance sur leur journée ; d'autres retournent des appels pendant l'heure du dîner ou d'autres mangent devant leur ordinateur pour mettre à jour leurs dossiers; et finalement, plusieurs d'entre elles quittent plus tard que prévu n'ayant pas pu effectuer tout le travail de la journée dans le temps alloué (David *et al.*, 1999).

La culture professionnelle de Champy n'est pas changeante ou malléable au gré des situations, parce qu'elle est basée sur une profession qui n'a pas à intervenir avec des individus. La culture professionnelle infirmière, notamment par la place centrale qu'occupent les savoir-faire dans la profession, semble être plus souple que les valeurs de la santé publique qu'elle est censée mettre en application.

La culture professionnelle s'acquiert au cours du processus de formation. Sous forme d'enseignements, tant académique que par stage (*internship*), les employés de l'État reçoivent les enseignements relatifs aux valeurs, aux savoirs et aux savoir-faire propices à la pratique et essentiels pour adhérer à un groupe professionnel (Grando et Sulzer, 2003). Les enseignements sont alors dispensés par des professionnelles expérimentées qui « activent » la culture professionnelle des nouvelles venues (Champy, 2011). Les infirmières, à leur arrivée dans un nouvel établissement, « sont accueillies par des “anciens” porteurs de normes alternatives qui les confortent implicitement ou explicitement dans l'adoption d'attitudes et de pratiques plus ou moins déviantes par rapport aux objectifs institutionnels » (Becker, 1952 traduction par van Zanten, 2003 : 163). La distance prise vis-à-vis des règles officielles ne signifie pas l'opposition aux objectifs de la pratique et de l'établissement. Au contraire, c'est souvent à des fins de productivité, ou encore pour rendre le travail supportable et calmer l'anxiété qui s'y rattache, que les règles sont contournées (Faulkner, 2013). C'est aussi pour cette raison, soit de respect des valeurs de la santé publique, que j'ai décidé d'inclure les savoir-faire qui font de la culture infirmière quelque chose de changeant au gré des contextes.

Il est possible d'identifier la culture professionnelle en examinant le processus historique d'une profession. « [II] ne s'agit pas de voir la culture comme le résultat éphémère d'un travail local de construction », mais comme quelque chose qui transcende les époques. Ce chapitre présente une perspective historique de la profession infirmière en comparant l'infirmière à domicile à la sœur hospitalière.⁴³ Cette comparaison permet de poser les valeurs

⁴³ À la fin du 17^e siècle et pendant près de deux siècles, les sœurs hospitalières seront la plaque tournante des soins de santé. L'Église ayant hérité de la gestion des premiers hôpitaux (*hospices*) du

de prévention, de promotion de la santé et les pratiques de soins comme étant le noyau de la culture infirmière. Les infirmières de notre enquête pratiquent le soin à domicile. Cette particularité liée à l'organisation des soins influence inévitablement leur façon de pratiquer le métier d'infirmière et leur identité professionnelle. Dans la prochaine section, j'explique le contexte d'émergence du soin à domicile au Québec et en présente les répercussions sur la profession d'infirmière.

Les soins postnatals : de l'hôpital au domicile

En 1988, les résultats d'une étude sur les coûts de la santé⁴⁴ prévoyaient une hausse des coûts liés à la santé de 400 % pour l'an 2000, si la prise en charge des patients, notamment des aînés, n'était pas réformée.⁴⁵ En réaction à ces résultats, le Parti québécois, au pouvoir de 1994 à 2003, a élaboré la réforme Rochon.⁴⁶ Cette réforme visait à modifier la logique des réseaux d'établissement en une logique de réseaux intégrés dans l'optique de rationaliser les dépenses (Fortin, 2004 : 89). Ce qu'on appelle le « virage ambulatoire » ou la « déshospitalisation », consiste principalement à écourter ou même à éviter les séjours en milieu hospitalier en offrant davantage de services en milieux de vie à domicile ou au CLSC, devient la philosophie dominante des services de soins. Conséquemment, le nombre de chirurgies d'un jour augmente, plusieurs examens médicaux sont désormais effectués en clinique externe et les hospitalisations sont de moins en moins longues (David *et al.*, 1999). Les services liés aux

territoire correspondant aujourd'hui au Québec. Le clergé s'occupe de leur direction en effectuant la gestion et ce sont les sœurs hospitalières qui font office de main d'œuvre (Petitat, 1989). Elles composent une force de travail expérimentée et quasiment gratuite dans une société où le financement et le personnel qualifié font défaut (Brunier, 2006 ; Cohen, 2008). Certaines femmes pieuses ne font pas partie d'un ordre religieux et effectuent une formation pouvant durer jusqu'à deux ans (Cohen, 2008). Les femmes se consacrant aux soins d'autrui sont caractérisées comme dociles : elles ont une tâche à accomplir, à la croisée des sciences de la santé et de la piété, en n'en dérogent pas (Audy, 2014).

⁴⁴ La Santé et les personnes âgées à l'an 2000, Québec, MSSS, 1988, trois volumes.

⁴⁵ Cette augmentation était principalement attribuée à la population vieillissante et au nombre d'hôpitaux, de lits, et de personnels médicaux supplémentaires que la prise en charge des aînés nécessiterait (David *et al.*, 1999)

⁴⁶ Le rapport de la Commission Rochon est apparu en 1988 alors que la réforme a été implanté en 1995 (Grenier et Bourque, 2014).

soins postopératoires, aux soins palliatifs et aux suivis de maladies chroniques sont transférés de l'hôpital au domicile. Cette réforme influe également sur les soins obstétricaux et donc, sur les soins postnatals. Le programme Périnatalité 0-5 ans, avec sa portion « à domicile », incarne le modèle de gestion des services de soins par excellence dans le Québec des années 2000.

Afin de contrôler les coûts liés à l'hospitalisation, la durée du séjour hospitalier des mères est écourtée. Ce congé précoce est désormais la norme obstétricale et est octroyé (voire imposé) aux femmes qui ont donné naissance à un bébé en santé.⁴⁷ Par congé précoce, on entend un séjour de 48 heures ou moins suivant un accouchement vaginal et de moins de 96 heures suivant une césarienne sans complication (Guay *et al.*, 1996 dans Pomerleau, 2008). Pour assurer le succès de cette nouvelle mesure, « le ministère de la Santé et des Services sociaux a énoncé des conditions, dont la mise en place d'un système de visites postnatales systématiques à domicile. Cette visite doit être faite par une infirmière des services de périnatalité » (DGSSMU, 2008 : 20). Cette opérationnalisation qui vise à transférer les soins postnatals de l'hôpital au domicile a été effectuée pour permettre une offre de services plus continue, coordonnée et accessible (MSSS, 2013). Suite à cette réforme, toutes les nouvelles mères reçoivent un appel téléphonique d'une infirmière au lendemain de leur retour à la maison et un suivi à domicile doit être réalisé dans les 72 heures suivant le retour à la maison (MSSS, 1999 dans Pomerleau, 2008). À l'heure de la publication de la synthèse des politiques de périnatalité 2008-2018, il est réitéré que toutes les nouvelles mères doivent recevoir la visite d'une infirmière dans les premiers jours suivant le retour à la maison. Les coupes budgétaires font que seules les mères primipares, celles ayant accouché par césarienne et celles prenant part au programme SIPPE, ont droit à la visite de l'infirmière à domicile. C'est le cas dans le CSSS étudié :

⁴⁷ D'autres critères qu'un bébé en bonne santé rendent éligibles les mères au congé précoce : la mère doit être en bonne santé, la grossesse et l'accouchement doivent s'être déroulés sans complication, le bébé doit être de poids suffisant (plus de 2500 g) et être né à terme (plus de 37 semaines) (MSSS, 1999 dans Pomerleau, 2008).

Mais, normalement, notre mandat au départ, si on suit vraiment le protocole qui est demandé, c'est que toute maman qui allaite, que ce soit son premier ou son septième, notre mandat, c'est d'aller les visiter. On a un délai peut-être de 24 heures ou de 72 heures et on peut aller jusqu'à une semaine, mais on devrait théoriquement toutes les visiter; l'agence s'attend à ce qu'on le fasse, et, en ce moment, nous ne le faisons pas, on n'y arrive pas (Lucie, infirmière).

Les infirmières rencontrées ne visitent donc pas systématiquement les mères multipares. Ces dernières sont plutôt invitées à se rendre à la clinique du nouveau-né afin de faire peser leur nourrisson. Ce service, selon le CSSS étudié, « permet d'optimiser l'utilisation de nos ressources tout en répondant aux besoins de la clientèle ».⁴⁸ Le rythme et le nombre de rencontres entre les infirmières et les usagères, deux propriétés du contexte de négociation, dépendent de ce principe d'organisation qui délimite quelles familles reçoivent les visites à domicile, sont éligibles au programme SIPPE ou doivent se rendre à la clinique du nouveau-né.

Ces visites systématiques, à la clinique du nouveau-né ou à domicile, ont pour fonction d'évaluer et d'assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né, de répondre aux questions des parents, d'assurer un soutien en matière d'allaitement, d'informer les nouveaux parents des ressources du quartier et de compléter l'enseignement offert à l'hôpital, réduit depuis la systématisation des congés précoces. Pour justifier cet enseignement écourté, il semble que les décideurs se soient basés sur des études démontrant qu'à l'hôpital les nouveaux parents ne sont pas dans des dispositions optimales pour recevoir des informations relatives au retour à domicile puisqu'ils sont davantage portés sur les conditions physiques immédiates de la mère et de l'enfant (Pomerleau, 2008). À partir du troisième jour, les parents commenceraient à formuler des questions précises sur la vie quotidienne avec l'enfant (l'allaitement, le bain, le sommeil, etc.), ce qui coïncide désormais avec la rencontre de l'infirmière à domicile. Les infirmières en soin à domicile répondent donc à ces questions. Cette nouvelle configuration

⁴⁸ Rapport annuel, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (2014). Consulté en ligne le 3 septembre 2014. Adresse URL : https://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcsl/Menu_du_haut/Publications/Rapports_annuels/Rapport_annuel_abrege_-_2014/Services.pdf

des soins les place en première ligne pour gérer les problématiques récurrentes de la santé postnatale, à savoir les difficultés d'allaitement, l'ictère néonatal (la jaunisse) et la perte de poids du nouveau-né, un ensemble de problématiques qui sont « dans leurs “peak” après trois jours de vie », comme le soulève Roseline, l'une des infirmières rencontrées.

Les transformations de l'hôpital ont eu pour effet d'élargir le nombre d'actes infirmiers, alors qu'obstétriciens et infirmières hospitalières délèguent de plus en plus de leurs tâches, ce qui n'est pas sans conséquence (Arborio, 2009 : 53). La mère se retrouve seule et sans accompagnement professionnel (à l'exception des femmes recevant également les services privés d'une doula⁴⁹ ou d'une marraine d'allaitement) lors de la montée laiteuse, qui survient généralement 48 heures après l'accouchement. La majorité des questions sur l'allaitement émerge évidemment à la suite de la montée laiteuse, laissant les infirmières à domicile mandataires du soutien et de l'enseignement en matière d'allaitement. La jaunisse apparaît bien souvent autour du troisième jour de vie, ce qui oblige les infirmières à poser des diagnostics et à prodiguer des conseils à ce sujet. Il en est de même avec la perte de poids du nouveau-né. Plusieurs pratiques, tâches et enseignements, longtemps gérés par les infirmières hospitalières, sont donc désormais à la charge des infirmières à domicile.

Les conséquences du virage ambulatoire se font également sentir sur les infirmières hospitalières à qui incombent désormais tous – et seulement – les cas lourds (David *et al.*, 1999). Elles ont ainsi moins de temps à consacrer à l'enseignement de l'allaitement. Anne-Marie, une des infirmières participantes à l'étude, mentionne d'ailleurs une véritable opposition entre elles, infirmières à domicile, et les autres, infirmières hospitalières, notamment lorsque vient le temps d'enseigner l'allaitement. Au retour d'un suivi où elle avait passé près d'une heure trente avec une usagère déterminée à allaiter, mais éprouvant de

⁴⁹ Selon le centre de formation pour doula ou accompagnante à la naissance Alternative naissance, une doula : « est une personne ressource qui favorise l'autonomie dans la démarche personnelle de la femme ou du couple qu'elle accompagne. L'accompagnante est une femme spécialement formée pour offrir un soutien non médical durant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale (Centre Alternative naissance. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://alternative-naissance.ca/fr/index.php>).

grandes difficultés, Anne-Marie se désole : « La patiente a eu le malheur d'écouter l'infirmière hospitalière, ça *scrap* un allaitement ça! Elles n'ont pas le temps de leur montrer, ça fait qu'elles le font vite vite, et dès que c'est un peu compliqué, elles leur donnent le biberon ». La profession, en tant qu'unité élémentaire de la spécialisation des métiers, devient un véritable marqueur identitaire (Menger, 2003). Les conditions dans lesquelles travaillent les infirmières en soin à domicile et le mandat spécialisé qui leur est attribué, font en sorte qu'elles ne s'identifient plus comme infirmière hospitalière, mais considèrent avoir une identité unique, soit « infirmière en soin à domicile ».

L'exemple d'Anne-Marie montre les impacts directs des modifications structurelles sur les tâches et les responsabilités des infirmières, tant hospitalières qu'à domicile. Ils conduisent à une différence d'interprétation de la philosophie de la santé postnatale et renforcent la distinction entre les deux types d'infirmières. On retrouve donc, au sein d'une même profession, deux réalités qui apparaissent non seulement différentes, mais parfois opposées et conflictuelles (Dubar et Tripier, 2005). Les changements sociaux qui résultent des restructurations périodiques sont responsables de l'émergence de nouvelles professions et de nouvelles spécialités, ainsi que de l'apparition de savoirs abstraits spécifiques aux professions émergentes (Hughes, 1963; Abbott, 1988, 2003; Bucher et Strauss, 1961 dans Strauss, 1992). Déplacer l'infirmière de l'hôpital au domicile des usagères n'implique pas seulement un changement de lieu de travail. Au contraire, « [...] intervenir à domicile constitue un volet beaucoup plus important de la pratique professionnelle qu'il n'y paraît à première vue, le domicile n'étant plus seulement le décor d'une intervention professionnelle typique, mais bien la condition d'une reconstruction majeure du sens de l'intervention » (Crevier *et al.*, 2010 : 181).

Profession : infirmière à domicile

De toute évidence, les infirmières en soin à domicile existaient avant les années 1990. Le virage ambulatoire a augmenté leur nombre ce qui favorise le développement d'une culture professionnelle particulière (Hughes, 1963). Elles se considèrent comme ayant une position distincte au sein du système de santé et ne s'identifient pas aux infirmières hospitalières. En effet, exercer « une [même] activité professionnelle ne se réduit pas à la mise en œuvre de

compétences et de techniques, mais suppose également l'intégration à un micro-univers social caractérisé par des valeurs, des façons explicites ou implicites de faire face à différents problèmes, des configurations spécifiques de relations de travail » (van Zanten, 2003 : 161). Par leur accès au milieu de vie, les infirmières à domicile doivent donner leurs soins tout en portant une attention particulière à une série de facteurs (environnementaux, psychosociaux, économiques, culturels et sanitaires) qui ont une incidence sur la santé des familles. Elles partagent une culture professionnelle qui se distingue de celles des infirmières hospitalières. Les prochaines sections ont pour objectif de démontrer en quoi les infirmières rencontrées se démarquent de leurs collègues hospitalières, qui elles ont été maintes fois étudiées, leur culture, leurs tâches et leur philosophie étant bien connues (Davis, 1966; Divay, 2009; Hughes, 1996; Cohen, 2008; Petitat, 1989; Rothier Bautzer, 2014).

Pour mettre en lumière quelques éléments clés de l'identité professionnelle des infirmières à domicile, j'ai conceptualisé leur profession sous le postulat suivant : la position professionnelle de l'infirmière à domicile se situe à mi-chemin entre l'infirmière moderne hospitalière et le tout premier type d'infirmière au Québec, la sœur hospitalière (Audy, 2014). Les infirmières à domicile se démarquent par leurs tâches et par les savoirs qu'elles mobilisent, par la relation thérapeutique qu'elles entretiennent avec leurs usagères, par leur rapport au temps, et finalement, par leur façon bien à elle, de négocier leur pratique de soin aux univers de sens rencontrés à domicile (Audy, 2014). Montrer la distinction entre les différents groupes d'infirmières est utile afin de réfléchir aux particularités du contexte dans lequel évoluent les infirmières à domicile et mieux situer les négociations qui émergent de leurs suivis postnatals.⁵⁰

⁵⁰ Les prochaines sous-sections de ce chapitre font en partie l'objet d'un article. Voir AUDY, Emilie (2014). « Les infirmières en soin à domicile : entre vocation et profession », Actes de colloque, XIe Colloque de l'ACSSUM, Tradition(s) : Au-delà des idées reçues, pp. 55-69.

Tâches et savoirs mobilisés

Le contexte politique est indissociable de la détermination des tâches attribuées à une profession et les infirmières à domicile ne font pas exception (Abbott, 2003: 46). Suite au virage ambulatoire, les infirmières hospitalières ont transféré plusieurs tâches aux infirmières à domicile, notamment certains enseignements.⁵¹ Les tâches que les infirmières à domicile effectuent dans l'exercice de leurs fonctions sont à la croisée du *care* – comme le faisait à l'époque les sœurs hospitalières – et du *cure* – comme les infirmières hospitalières d'aujourd'hui. Le *care* a une double dimension : il désigne à la fois l'activité pratique du soin et l'attitude basée sur la préoccupation d'autrui. Le *care* prend en charge la dimension de proximité, de singularité et d'engagement personnel constitutif de la relation (Molinier *et al.*, 2009; Rothier Bautzer, 2014). Les infirmières en soins à domicile occupent des fonctions qui touchent principalement le bien-être des parents : elles répondent aux questions, les rassurent, leur donnent des conseils, etc. D'un autre côté, elles se rapprochent davantage du *cure* quand elles s'adonnent aux tâches techniques. Les infirmières de suivis postnatals doivent faire l'évaluation de la mère et du nouveau-né et, si nécessaire, elles doivent par exemple retirer les agrafes dans les cas de césarienne.

Ce tiraillement entre le *care* et le *cure* explique la subjectivité des savoirs qu'elles mobilisent pour effectuer leurs tâches quotidiennes. Tout comme leurs homologues hospitalières, elles doivent, dans un premier temps, posséder des savoirs techniques. Dans le contexte étudié, elles sont les principales pourvoyeuses de soins de l'usagère. Les suivis postnatals se déroulent en outre sans la surveillance ou la supervision d'un médecin. Cette autonomisation vient avec une lourde part de responsabilité qui les oblige à maîtriser certaines compétences cliniques inédites pour elles (AFÉAS *et al.*, 1998). Dans un deuxième temps, elles doivent aussi mobiliser des compétences et savoirs professionnels d'ordre

⁵¹ Notons que le virage ambulatoire a également un impact sur les infirmières hospitalières qui étaient déchargées des cas « légers ». Les infirmières hospitalières travaillent désormais seulement avec des cas lourds, ce qui leur donne peu de répit et leur empêche de voir la progression d'un patient puisque celui-ci est retourné à la maison dès qu'il est stable.

praxéologiques, c'est-à-dire des savoir-faire efficaces. Ces savoir-faire, sont « ceux qui doivent être mobilisés par les intervenant[e]s pour établir une relation de confiance ou maintenir une distance relationnelle adéquate avec l'usager [l'usagère] – guident de façon plus ou moins inconsciente l'intervention à domicile » (Crevier *et al.*, 2010 : 179). Ce type de compétences et de savoir-faire, spécifiques aux soins à domicile, s'apparente à ce qu'on a longtemps appelé les « savoir-faire féminins ». Ils nous rappellent les attentes vis-à-vis des sœurs hospitalières du début du 19^e siècle (Petitat, 1989). De fait, ce type de soins est de nos jours souvent « relégué dans la sphère privée, du relationnel et de l'affect » (Saillant *et al.* 1994 : 123). Ces tâches socialement représentées comme féminines, en ce sens qu'elles mobilisent des qualités supposément attendues des femmes et rappellent les corvées de la sphère domestique, participant à la moindre reconnaissance professionnelle des infirmières en soin à domicile, comparativement à une infirmière au bloc opératoire par exemple (Grando et Sulzer, 2003; Saillant *et al.*, 1994; AFÉAS *et al.*, 1998).

L'idéologie sanitaire, ce que Cohen et Dagenais (1987) désignent comme étant la rencontre entre le prolongement des mouvements de charité et de philanthropie et le soin (non-médical), est au coeur des interventions des infirmières en soins à domicile.⁵² Elle contribue à renforcer l'idée selon laquelle les tâches qui incombent aux infirmières à domicile s'apparentent aux tâches originellement octroyées aux sœurs hospitalières. Leur pratique, ne se déroulant pas dans un hôpital aseptisé, les oblige à aborder les questions relatives à la propreté et à la prévention d'infection. Les infirmières de suivis postnatals doivent informer leurs usagères des conditions de conservation des aliments, de la stérilisation des biberons et des moyens efficaces pour garder les plaies propres (plaies vaginales, cicatrices de césarienne). En milieu hospitalier, plusieurs des tâches liées à l'hygiène, qui peuvent être appréhendées dans les termes de Hughes (1996) comme du « sale boulot », sont en général déléguées aux auxiliaires. Seules avec leurs patientes, les infirmières en soins à domicile ne

⁵² Pour Cohen et Dagenais (1987), « la naissance de l'idéologie sanitaire [...] deviendra le leitmotiv de l'affirmation professionnelle des infirmières » (p. 157).

peuvent se décharger de ces tâches moins techniques auprès de subalterne.⁵³ Certaines des infirmières rencontrées soutenaient que les infirmières hospitalières travaillant en obstétrique laissaient les infirmières de suivis postnatals « se débrouiller » avec les tâches les moins gratifiantes comme l'hygiène et les soucis des usagères, etc. La notion de sale boulot peut alors être perçue comme relative, puisque « le caractère évolutif de la division du travail [rend] impossible tout projet d'établir une définition » (Arborio, 2009 : 53). Cette notion recouvre en fait les tâches les moins techniques du lot. Les tâches qui incombent aux infirmières à domicile et les savoirs inhérents dictent leur pratique de soin et sont de ce fait partie intégrante de la culture professionnelle infirmière. La réalisation de ces tâches mène à la rencontre entre une usagère et une infirmière au cours de laquelle elles s'engagent dans une relation thérapeutique.

Relation thérapeutique

Au Canada, la relation thérapeutique est définie comme un rapport planifié et circonscrit dans le temps qui vise à répondre aux besoins spécifiques du patient en matière de soins de santé, en portant une attention toute particulière aux croyances, aux valeurs et aux préférences du patient.⁵⁴ Le pouvoir, le respect, la confiance et l'intimité sont les quatre éléments centraux de la prestation de soins infirmiers. Réfléchi à l'aide de ces quatre constances du soin, la relation entretenue entre les professionnelles de la santé et les usagères est vécue différemment selon qu'elle se déroule en milieu hospitalier ou au domicile. La relation de pouvoir entre les infirmières et les usagères est de surcroît déséquilibrée, puisque

⁵³ Les infirmières rencontrées peuvent toutefois envoyer une auxiliaire de santé et de services sociaux pour aider les parents avec une tâche précise. Le rendez-vous est fixé quelques jours après la rencontre postnatale. Dans d'autres contextes, notamment les soins post-opératoires ou les soins aux aînés, le « sale boulot » peut être transféré aux auxiliaires familiaux, mais également aux proches aidants. La définition de proche aidant, n'incluant pas les parents donnant des soins à leurs enfants (de moins de 18 ans), il serait erroné de soutenir que les infirmières transfèrent quelques tâches qu'il soit à un proche aidant (Kempeneers *et al.*, 2015).

⁵⁴ Cette définition rejoint à la fois la relation thérapeutique tel qu'entendue par le Collège des physiothérapeutes de l'Ontario, l'Association des infirmiers et infirmières du Nouveau-Brunswick et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

l'infirmière possède des connaissances scientifiques, a accès à des renseignements personnels et privilégiés et détient l'autorité que lui confère la santé publique. Toutefois, les relations de pouvoir très hiérarchisées en milieu hospitalier – entre patientes, préposées, infirmières, médecins et médecins spécialistes (Strauss, 1992) – sont atténuées dans les rencontres à domicile. Le cadre de la relation est tout à fait différent : les infirmières à domicile soutiennent qu'elles sont « l'invitée » de la famille. « Quand tu rentres dans une maison, t'attends d'être invitée, avant même d'entrer », explique Brigitte. Lorsque les infirmières « attendent dans le portique » que la famille les invite, qu'elles enlèvent leurs chaussures (ou mettent des chaussures d'intérieur ou des pantoufles) et qu'elles acceptent un thé, un café ou un verre d'eau, les rapports de pouvoir au sein des relations thérapeutiques sont momentanément suspendus. Se crée alors une proximité entre la professionnelle et l'usagère qui accentue les dimensions relationnelles et émotionnelles de l'accompagnement en contexte de soin (Crevier *et al.*, 2010; Saillant et Gagnon, 1999). Ce relatif équilibre des pouvoirs entre les usagères et les professionnelles est une propriété du contexte de négociation (Strauss, 1992) et coïncide avec un des facteurs de personnalisation des soins que Mead et Bower (2000) identifient comme la « relation égalitaire ».

La relation de pouvoir, partiellement atténuée dans le cas présent, permet d'établir une relation de confiance avec l'usagère (Crevier *et al.*, 2010). La confiance de l'usagère envers l'infirmière à domicile se traduit de deux façons. À l'intérieur de cette relation tout comme en milieu hospitalier, l'usagère s'attend dans un premier temps à ce que l'infirmière possède les connaissances et les compétences requises pour répondre à ses besoins immédiats et qu'elle fasse preuve de compassion. Dans un deuxième temps, laisser entrer une inconnue chez soi, aussi professionnelle soit-elle, relève d'une autre forme de confiance. Pour gagner cette confiance particulière, les infirmières jouent, par exemple, sur le fait qu'elles sont l'invitée de la famille, « qu'elles ne se présentent pas avec leurs gros sabots » et elles développent des techniques pour rapidement créer un lien de confiance.

Les infirmières en soins à domicile mentionnent que les usagères s'ouvrent facilement à elles. Lorsque les usagères n'abordent pas de front leurs problèmes, le fait d'être à domicile permet de comprendre les parents au-delà de ce qui est dit : « ils ne nous parlent pas toujours

de leurs difficultés réelles. Mais, quand on est à domicile et qu'on voit qu'ils n'ont pas de meubles et qu'ils doivent monter de quatre à six étages, c'est une autre réalité », m'indique une des infirmières rencontrées. Le domicile est très « parlant », disent-elles. Partager l'espace de la famille permet aux infirmières d'identifier des conditions de vie qui sont difficilement repérables en milieu hospitalier. En milieu hospitalier, l'usagère est plutôt une patiente et est identifiée, formellement, par son nom et sa condition physique. À domicile, son identité devient plus poreuse et plus complète. Lucie considère qu'elle et ses coéquipières ont un regard plus exhaustif sur leur usagère puisqu'elles sont : « les yeux : on arrive là et on a tout le volet que l'hôpital ne voit pas, c'est-à-dire le domicile, la relation conjugale, la relation familiale, la fratrie. Nous, on est là vraiment pour aller voir en général comment ça se passe au domicile. Est-ce que c'est sécuritaire? Est-ce qu'il y a de la violence? Est-ce qu'il y a des signes de dépression? Le logement, comment il est? » Le fait d'avoir accès au milieu de vie permet à l'infirmière d'évaluer plus rapidement la situation en « donnant aux intervenants la possibilité de procéder à des observations plus détaillées et plus justes. On les voit dans leur environnement immédiat [...], ça peut aller jusqu'aux habitudes de vie [...] Ça nous amène un autre élément dans notre évaluation de la situation », disait un intervenant, soutien à domicile dans l'étude de Crevier *et al.* (2010 : 183). Lorsque les usagères se rendent à l'hôpital ou encore à la clinique de vaccination, elles mettent leurs plus beaux habits, elles sont maquillées et apportent la plus belle couverture du poupon. « Ils sont tout chromés! » Le logis familial montre une tout autre réalité : « la belle couverte qu'ils ont amenée à l'hôpital [ben] c'est leur seule couverture pour le petit », ajoute Lucie. Les conditions dans lesquelles vivent certaines des usagères du territoire – elles sont plusieurs à parler de l'insalubrité, de la moisissure, des coquerelles et des punaises – ont parfois choqué les infirmières qui étaient habituées aux soins en milieu hospitalier. « Quand j'étais dans les hôpitaux, moi, je ne pensais jamais qu'il y avait des gens qui vivaient dans des conditions comme ça... j'étais comme naïve, et ça m'a ouvert les yeux sur plein de choses de visiter à domicile, de voir comment il y a des gens qui vivent, comment les gens pensent. C'est comme si tu étais vraiment dans l'intimité de chaque personne », affirme Nadège, une infirmière rencontrée. Cette intimité, cette proximité qu'ont les infirmières à domicile avec leurs usagères prennent une place particulière importante dans la relation thérapeutique puisque beaucoup d'éléments d'informations proviennent de l'accès même au domicile qui permet aux infirmières d'accéder à et de prendre en compte de l'aspect

biopsychosocial de la situation et de besoin de soin (Mead et Bower, 2000). L'accès au milieu de vie permet également de percevoir la condition de santé telle que vécue par la famille (Mead et Bower, 2000). Est-ce que la mère a du soutien familial? Doit-elle s'occuper de ses autres enfants malgré la fatigue? Doit-elle retourner au travail?

Les visites à domicile permettent aux usagères de briser leur isolement. En prodiguant des soins dans le milieu de vie même des personnes, les infirmières ont le « sentiment d'être "attendues" et "désirées" par les bénéficiaires » (Saillant *et al.*, 1994 : 120). Les professionnelles qui se rendent sur place deviennent une membre significative de leurs réseaux sociaux, un réseau parfois faible, tant en taille qu'en intensité, notamment chez les familles nouvellement arrivées au Québec (Saillant *et al.*, 1994). « Il y a des mamans que c'est la seule jasette qu'elles vont avoir dans leur semaine avec quelqu'un d'autre que leur mari ou que leurs amies maghrébines qui ont toutes des enfants et qui n'ont pas le temps, et c'est vrai », explique Roseline. La visite d'une professionnelle peut par ailleurs être très valorisante pour les usagères : elles se sentent reconnues puisqu'une intervenante prend le temps de se déplacer pour elle. À ce sujet, Brigitte mentionne que « pour eux autres, recevoir des conseils et avoir quelqu'un qui vient à la maison, juste ça, ils l'apprécient parce qu'ils n'ont pas ça chez eux. Les aider à l'arrivée d'un nouveau-né, pour eux autres, c'est unique, et ils disent à quel point ils apprécient ». Dans la même veine, ces suivis peuvent parfois être une motivation intrinsèque pour accomplir les petites tâches du quotidien : faire sa toilette, s'habiller, ranger le domicile, préparer du thé. Une telle proximité relationnelle, comme dans le cas des infirmières SIPPE, peut toutefois se solder en une pression excessive sur la professionnelle qui se sent entièrement responsable du bien-être de son usagère et sa famille. Il arrive même que l'infirmière soit inquiète pour une usagère et lui téléphone le soir venu, de la maison, afin de s'assurer de sa condition (David *et al.*, 1999). De plus, la relation de proximité qui se développe entre l'intervenante et l'usagère peut amener l'infirmière à se questionner sur son identité professionnelle, à la croisée de compétences techniques et relationnelles.

L'accès à l'espace social des usagères distingue donc fortement l'infirmière à domicile de l'infirmière hospitalière. En soins à domicile, les tâches effectuées obligent à voir le corps des usagères comme un tout, à la différence des infirmières du milieu hospitalier où la

spécialisation soutient une vision plus fragmentée des corps. L'usagère devient un foie, un rein, un poumon, un utérus (Fortin, 2005). Non seulement les infirmières rencontrées voient le corps comme un tout, mais elles perçoivent également les multiples dimensions de l'individu : son statut socioéconomique, sa culture, ses composantes personnelles et affectives, ses goûts, ses relations conjugales, etc. C'est notamment à travers la connaissance, la compréhension et la prise en compte de ces multiples dimensions du patient que l'infirmière établit une bonne relation thérapeutique.

Optimisation et rapport au temps

On pourrait croire qu'à domicile les conditions sont rassemblées pour que les infirmières puissent s'attarder au bien-être physique, psychologique et social de leurs usagères. Le contexte de travail ne permet pourtant pas une telle attention. Les protocoles d'optimisation sont désormais le mot d'ordre dans le soutien à domicile et les suivis postnatals emboîtent le pas de l'efficacité et de l'optimisation. Certaines infirmières déplorent cette situation : « pour un pansement, vingt minutes, et, pour une injection, quinze minutes. Comme si c'est juste l'acte ». Elles dénoncent les politiques de gestions des suivis postnatals qui semblent de moins en moins prendre en considération que « tu as affaire à des êtres humains [...] Je ne peux pas dire que je vais rentrer et que je fais juste ça... C'est multifactoriel. Moi, quand je rentre à la maison, je ne fais pas juste donner mon soin; j'évalue, et la personne me dit des choses [...] et en même temps, je fais des interventions », rapporte Nadège.

Le rapport au temps des infirmières à domicile est central dans leur pratique. Bien que leurs homologues en milieu hospitalier soient également soumises à des contraintes dans le temps en raison du volume de patients, la façon dont les infirmières à domicile sont confrontées au temps est décisive. Les infirmières hospitalières commencent leur travail à une heure fixe, et vraisemblablement, pour un quart de travail d'une durée prédéterminée. Leur départ coïncidera avec l'arrivée d'une nouvelle équipe et le début d'un autre quart de travail. De leur côté, les infirmières à domicile commencent elles aussi à une heure fixe, mais elles ne terminent que lorsqu'elles ont accompli l'entièreté de leurs tâches de la journée. Puisqu'aucune équipe n'est présente pour prendre la relève, elles doivent s'assurer du bien-être de l'usagère d'ici à sa prochaine visite, si prochaine visite il y a. Dans les établissements

de santé, l'horloge apposée au mur est une référence pour tout le département et s'institue comme un mécanisme rassurant : l'heure d'arrivée des membres du personnel, l'heure à laquelle les docteurs font leur tournée, l'heure des pauses et des repas, etc. Les infirmières en soins à domicile, pour leur part, ne bénéficient pas d'une horloge dictant le début et la fin de leurs suivis. Elles ont peu de contrôle sur la durée des visites qu'elles effectuent, puisqu'elles sont constamment à la merci des imprévus (David *et al.*, 1999). Leur agenda est marqué par les circonstances du moment : les patients en détresse qui nécessitent une plus longue intervention, les patients qui n'ouvrent pas la porte ou ne sont pas à domicile, le trafic et les conditions routières, etc. (David *et al.*, 1999).

Sur le terrain, les plus anciennes connaissent le quartier sur le bout des doigts. Les nouvelles recrues ou les infirmières provenant des agences doivent souvent consulter *Google Map* pour visualiser leur destination et se créer un itinéraire. Certaines d'entre elles sont plus à l'aise dans les rues de Bordeaux-Cartierville, d'autres à Saint-Laurent, selon le lieu où elles étaient en poste avant les fusions et la création du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent en 2004. Il est important qu'elles se rendent rapidement sur leur lieu de travail. Le temps qu'elles peuvent dédier à chaque visite à domicile est en effet limité et une mauvaise gestion de la route peut diminuer le temps dédié à un suivi ou retarder l'infirmière dans ses tâches connexes⁵⁵. De plus, il est fréquent que des travaux routiers obligent un détour parfois préjudiciable en termes de temps.⁵⁶

Le stationnement est tout aussi problématique. Certaines infirmières déplorent le manque de places de stationnement dans les quartiers précaires ou la difficulté liée à la signalisation entourant les stationnements. La multitude de pancartes « Défense de

⁵⁵ Dans « Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec » (1999), Hélène David *et al.* abordent les contraintes qu'engendrent les soins à domicile depuis le virage ambulatoire. Elles traitent notamment des enjeux liés à la circulation routière et au stationnement (p.51). Les retards accumulés pendant la période de suivis à domicile impliquent nécessairement un retard dans les tâches administratives de l'après-midi (p.53).

⁵⁶ En parcourant les rues du territoire tous les jours, elles sont à l'affût des portions de rue en réparation et diffusent l'information aux collègues : « N'oublie pas, il y a des réparations sur le boulevard Thimens! ».

stationner », notamment sur les grosses artères (Décarie, Côte-Vertu, Thimens, Sainte-Croix et Jules-Poitras), où sont situées plusieurs tours d'habitation, décuple la difficulté de se garer. Ce problème, propre aux soins dispensés à domicile, concerne plusieurs quartiers denses de Montréal. Une infirmière ayant longtemps travaillé dans le secteur Côte-des-Neiges soutient que les problèmes liés au stationnement y sont encore plus importants. D'autres critiquent le nombre restreint de places de stationnement au CLSC de Saint-Laurent. Il n'est pas rare qu'au retour de leur suivi, les infirmières tournent en rond pendant 10 à 15 minutes pour garer leur voiture. Une situation très frustrante quand cela retarde ou empiète sur leur pause-dîner. Les places sont limitées au point où les infirmières doivent avertir les usagères de se présenter 30 minutes à l'avance au CLSC afin d'être certaines d'être à l'heure pour les rendez-vous, que ce soit pour un suivi de poids ou pour une vaccination.

Autant en ce qui concerne le trajet à suivre que pour le stationnement, elles ont toutes leurs petits trucs et astuces développés avec l'expérience. Elles retournent constamment dans les mêmes immeubles. Les tours d'habitation de la rue Deguire, par exemple, sont remplies de familles, surtout immigrantes, qui nécessitent des services en postnatalité. Certaines semaines, une même infirmière peut s'y rendre à deux voire trois reprises. Il arrive qu'elle y croise une collègue, elle aussi en route pour une visite similaire, mais à un autre étage. Ces infirmières qui, le pas pressé et un pèse-bébé sous le bras, parcourent les corridors de leur immeuble sont devenus des silhouettes familières pour les habitants des tours.

Malgré les contraintes de temps, plusieurs infirmières affirment qu'elles refusent de déshumaniser davantage leur service. Malgré les pressions bureaucratiques qui évaluent la qualité du travail infirmier au nombre de dossiers traités, certaines refusent cette mécanique bureaucratique, à défaut de faire des heures supplémentaires et d'empiéter sur leur temps personnel, en travaillant pendant l'heure du dîner par exemple (David *et al.*, 1999; Crevier *et al.*, 2010). Les infirmières, comme Nadège, sentent la qualité de leur travail menacée par les politiques de rationalisation des États. Ces dispositifs mis en place par les experts de politiques publiques modifient les conditions concrètes de leur pratique professionnelle (Dubar et Gadéa 1999). Nadège avait d'ailleurs quitté son poste précédent auprès des aînés, soutenant que l'optimisation en était venue à bout de sa satisfaction professionnelle.

Ajustement de la pratique à la culture profane de l'usagère⁵⁷

Connaître la localisation où se déroulera le suivi permet également aux infirmières de se faire une idée de ce qui les attend. S'agira-t-il d'une famille précaire et potentiellement nombreuse vivant près de la voie ferrée ou d'une famille aisée récemment établie dans le riche secteur des Bois-Francis? Entre demi-sous-sol crasseux et condos de luxe, les problématiques rencontrées sont nécessairement différentes. Apporteront-elles des pantoufles en papier pour protéger les tapis persans des familles musulmanes ou des sacs de plastique dans lesquels elles devront mettre leurs vêtements pour se protéger des punaises⁵⁸? L'environnement physique où elles doivent pratiquer leur intervention influe sur la préparation du suivi et sur son déroulement.

Outre les pantoufles en papier et les sacs plastiques à prévoir, les infirmières de suivis à domicile doivent également préparer leur matériel avant de prendre la route. Dans leur cartable se retrouvent les formulaires à remplir, le dossier de l'usagère et les fascicules informatifs qu'elles peuvent (ou doivent, selon le cas) remettre aux familles. À cela s'ajoute le pèse-bébé. Selon le contexte de la visite, elles doivent se munir de l'équipement supplémentaire nécessaire : la trousse pour retirer des points de suture, une liste de pédiatres à la demande des parents (relayée par Lina), etc. Prévoir l'équipement et se soucier d'être « matériellement » aptes et prêtes à répondre à toutes les éventualités n'incombe pas aux infirmières hospitalières pour qui tout le matériel possible est à disposition (David *et al.*, 1999).

Ce type de préparation distingue là aussi les infirmières hospitalières des infirmières à domicile. Le devoir d'ajustement de leur pratique de soins aux univers de sens rencontrés à domicile est le plus important pour mon étude (Crevier, *et al.*, 2010). Le domicile, contrairement à l'hôpital, reflète la subjectivation de l'espace de vie de l'individu (Crevier *et*

⁵⁷ Dans le texte de Crevier *et al.* (2010), il est plutôt question « des ajustements à l'univers de sens » des usagères. Dans la présente étude, « culture profane » sera plutôt utilisé.

⁵⁸ Concernant les punaises, elles sont informées des immeubles infestés par le biais de Lina qui fait suivre à son équipe les informations qu'elle reçoit de la Ville de Montréal.

al., 2010).⁵⁹ Le domicile, en tant qu'espace habité, rend visibles les conditions, croyances et pratiques des usagères. Certains éléments du décor témoignent de leur condition socioéconomique; d'autres permettent de cerner certaines données culturelles. Quelques infirmières ont insisté, lors de mes premiers contacts avec elles, sur le fait qu'elles ne parlaient jamais de religion ou de culture avec leurs usagères. Toutefois lorsque je leur demandais de nommer leurs usagères, elles étaient toutes en mesure de cibler les principaux pays d'origine et la religion des familles rencontrées. « Comment le savez-vous si vous n'en parlez jamais? », leur ai-je demandé, « Ben! Ça se voit! » En effet, certains éléments comme les tapis chez les orientaux, les gros meubles en acajou et la décoration minimaliste chez les juifs hassidiques ou les croix et livres de louanges sur la table de certains groupes chrétiens viennent, sans même devoir en discuter, informer (à tout le moins orienter) les infirmières quant à la culture des usagères. Les infirmières en CLSC sont bien intégrées à la communauté qu'elles desservent et savent reconnaître certains éléments culturels (Faulkner, 2013 : 122). Ainsi, même si certaines familles ne désirent pas démontrer et aborder leur religion ou leur culture « pour un mal de dents », pour reprendre l'expression de Lévy (2004), l'accès au domicile donne tout de même certaines informations. Des informations qu'elles peuvent ignorer et qui, inévitablement, orientent leurs pratiques. Une jeune stagiaire, nouvelle dans le domaine des soins à domicile, m'explique l'impact de l'accès au milieu de vie des usagères sur la pratique infirmière : « Ce n'est pas comme à l'hôpital où tu vas donner ton enseignement pis tu sais pas, tu donnes, l'enseignement que tu donnes à tout le monde... Là, c'est vraiment adapté à chaque personne. Il y a des choses qu'il faut que tu changes, différentes façons d'expliquer. On peut les conseiller avec ce qu'ils ont ».

Outre l'accès inévitable à ces éléments d'information d'ordre religieux ou culturel, propre aux infirmières à domicile, la façon de gérer les demandes d'accommodements religieux ou culturels se vit également très différemment à l'hôpital et au domicile. En milieu

⁵⁹ Il ne faut toutefois pas croire que l'hôpital est un lieu neutre, aseptisé et imperméable aux coutumes des uns et des autres où priment la connaissance scientifique et la bioéthique. Voir les écrits de Massé (1995; 2003), Fortin (2004; 2013), Le Gall *et al.* (2012) sur le sujet.

hospitalier, le corps médical doit respecter les demandes des usagères. Dans trois cas de figure, les membres du personnel hospitalier ne sont pas tenus de prendre compte les demandes des usagères, à savoir si la demande va à l'encontre des soins ou règles d'hygiène de l'établissement, si la demande risque de perturber la quiétude des autres usagères et finalement, si la demande signifie un surplus de travail pour le soignant. De toute évidence, en contexte de soins à domicile, les demandes liées à la quiétude des autres usagères ne s'appliquent pas. De plus, même si l'infirmière informe les usagères des risques liés, par exemple, à un sur-habillement et sur-enveloppement de l'enfant ou au fait de devoir protéger la peau de l'enfant du soleil, une fois l'infirmière partie, rien n'empêche l'usagère et son entourage de poursuivre leur pratique. Seules les demandes qui exigent un surplus de travail de la part du soignant ne sont pas tenues d'être respectées.

En contexte postnatal à domicile, la prise en compte et l'adaptation aux conditions, pratiques et croyances familles rencontrées font partie du quotidien. À Montréal, 45 % des familles utilisant les services de périnatalité sont nés à l'extérieur du pays (Fortin, 2005). Alors que, de façon générale, les enfants entrent en contact avec la société d'accueil par l'école et les pères par le marché du travail, les femmes demeurent souvent à la maison et ont un contact limité avec la société d'accueil. La naissance d'un enfant permet aux femmes et à leur famille de prendre connaissance des services de santé québécois (Battaglini *et al.*, 2000; Fortin, 2000; Massé, 1995). De ce fait, « les services de santé font partie intégrante du processus d'adaptation sociale des familles immigrantes et en particulier le système périnatal en tant qu'espace de contacts réguliers des parents immigrants avec la société d'adoption » (Fortin et Le Gall, 2007 : 17). Ces éléments de la culture profane des usagères déterminent la complexité et l'enjeu des négociations (Strauss, 1992).

Culture professionnelle infirmière et culture profane

Dans le cadre des soins postnatals à domicile, la culture infirmière est mise à l'avant-scène. L'usagère reçoit chez elle une infirmière qui prodigue des services professionnels sous forme d'enseignement et de tâches techniques. C'est la présence et la diffusion de la culture professionnelle infirmière qui fait, parfois, émerger la culture profane de l'usagère.

La culture profane, contrairement à la culture professionnelle infirmière, est basée sur des croyances et des « connaissances concrètes, locales donc fortement diversifiées et s'appliquant à une réalité dense et multidimensionnelle » (d'Arripe et Routier, 2013 : 222). La culture profane englobe toutes les idées, croyances, connaissances, pratiques ou expériences individuelles ou communautaires et elle a une certaine légitimité (Freidson, 1984). Ces dernières peuvent découler de la religion pratiquée par les usagères, par leur culture, leur appartenance ethnique, leurs conditions socioéconomiques, leur idéologie politique, etc. « Nul besoin d'appartenir à une minorité ethnique dite "exotique" pour avoir des croyances, des valeurs, une rationalité originales » (Massé, 1995 : 35). Il est possible par contre, et même très fréquent, que la culture profane, concorde avec la culture professionnelle infirmière, dite experte. Une famille qui a intériorisé les normes de la santé publique, qui reconnaît l'expertise des infirmières et des médecins et qui adopte des pratiques quotidiennes reconnues et approuvées par la santé publique, en est un exemple. La culture profane coexiste avec la culture professionnelle (d'Arripe et Routier, 2013). En contrepartie, certains éléments de la culture profane ne concordent pas avec la culture professionnelle et représentent ce que j'ai présenté en introduction, la « différence » (Thériault, 2013). Des manifestations de cette différence parsèment les rencontres entre les infirmières et les usagères. Au cours des chapitres suivants, la définition de la culture profane des usagères permettra de présenter des situations où cultures profane et professionnelle entrent en collision. Une frontière se crée et délimite la différence.

La culture professionnelle infirmière, basée sur les connaissances scientifiques, n'est pas une entité figée. Elle fluctue au gré de l'évolution de la science et de la modification subséquente des normes professionnelles et de la pratique infirmière. Certaines infirmières sont beaucoup plus flexibles et promptes à assouplir leurs pratiques atténuant ainsi l'expérience de la différence et réduisant parfois la possibilité qu'elle se manifeste. La frontière est tracée par les professionnelles qui reconnaissent, ou non, une condition, une pratique, une croyance, une idée, comme étant différente. Nébuleuse, la frontière peut être amplifiée par la couleur de la peau des usagères, leur statut migratoire, leur pays d'origine, la religion qu'elles pratiquent, leur niveau d'éducation et de langage, etc. : divers aspects qui agissent comme éléments visibles de la différence. Cette étude décrit les négociations

entreprises par les infirmières, en situation, lorsque des manifestations de la différence émergent en contexte de soins postnatals. Par « en situation », j'entends « l'ensemble des valeurs et des "attitudes" avec lesquelles l'individu ou le groupe est en relation, dans le cadre d'un processus d'action, et par rapport auxquelles est programmée cette action et sont évalués ses résultats » (Goffman, 1974 : 16). Ma perspective est situationnelle, ce qui signifie que je m'intéresse à ce dont un individu est conscient à un moment donné, que ce moment mobilise souvent d'autres individus et qu'il ne se limite pas nécessairement à la rencontre de face-à-face.

Le troisième chapitre développe le concept Straussien (1992) de contexte de négociation, qui rassemble les propriétés structurelles intervenant directement comme conditions dans le déroulement de la négociation. La culture professionnelle infirmière, à savoir l'ensemble des valeurs, savoirs et savoir-faire qui sous-tendent le métier d'infirmière en est un élément significatif. Les spécificités liées aux soins à domicile font également partie du contexte immédiat de négociation.

Chapitre IV — Regard ethnographique : la méthode

La perspective ethnographique, à la fois épistémologie et méthodologie, est une façon de concevoir la réalité sociale qui rend possible l'analyse de la pratique quotidienne des infirmières d'un service de santé donnée. Elle exige de poser un regard sur les documents de lois, normes, règlements et codes de déontologie qui structurent et encadrent la pratique infirmière, mais également sur la pratique concrète, sur le vécu. L'attention portée au vécu donne accès à l'interaction, entre l'infirmière et un corpus de normes, mais également à l'interaction entre infirmières, entre infirmières et usagères, entre usagères et sa famille, d'autres part. L'ethnographie permet une enquête sur-le-champ, au moment où l'action se déroule, en temps réel. Être en contact direct avec les acteurs me permet de saisir les relations dynamiques entre ces dernières.

La collecte de données s'est déroulée dans cette optique. Dans sa forme la plus large, soit de l'accès au terrain d'étude à la validation des résultats avec les membres concernés, la collecte de données a révélé beaucoup sur la culture infirmière, tant dans l'organisation que la philosophie de l'établissement. La collecte de donnée compose l'analyse en ce sens qu'elle a permis d'appréhender le milieu infirmier, le contexte dans lequel se sont déroulées les négociations. Sont considérées comme données dans ce travail tous les courriels échangés avec les gestionnaires du CSSS alors que je commençais à contacter les acteurs du terrain, les échanges téléphoniques avec les membres du CÉR de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'attribution de la certification éthique, les rencontres préliminaires avec la chef de programme, et celle avec les membres de l'équipe qui visait à présenter mon projet d'étude.

Ethnographies et ethnographies hospitalières

Le quotidien est un lieu fondamental d'intervention politique où les interactions, entre les infirmières et les usagères par exemple, s'inscrivent et révèlent des logiques antérieures au fondement même de la société (Berger et Gayet-Viaud, 2011). Geertz (2003) rappelle ainsi que « des petits faits parlent de grandes questions ». Observer attentivement le quotidien,

l'ordinaire ou ce que Malinowski nomme « les impondérables de la vie authentique » (1963), permet de saisir le sens que les acteurs donnent à leurs actions. L'étude ethnographique de Fainzang (2013) sur les relations entre les médecins et les patients montre que cette approche permet de découvrir quels mécanismes sociaux sous-tendent et suivant quels paramètres se construisent les relations complexes entre les médecins et les malades (Fainzang, 2013 : 91). L'analyse des interactions entre infirmières et usagères permet de découvrir les principaux mécanismes de production et de reproduction d'une société qui rendent compte du processus même de la vie sociale, encore plus que le ferait l'étude des institutions et des organisations supra-individuelles (Quéré, 1988; Simmel, 2010). Les pratiques de soin réalisées et vécues au quotidien en disent long sur les contextes plus larges dans lesquels elles s'inscrivent (Fortin et Knotova, 2013). Le récit de la rencontre entre infirmière et usagère n'est donc pas *que* le récit de cette rencontre, mais bien la synthèse de toute une société et son contexte, condensée dans une rencontre d'une heure. Les différents principes de l'ethnographie⁶⁰ « rendent possible une approche de va-et-vient permanent entre le niveau micro et le niveau macro » (Coman, 2011).

Dans le domaine de la santé, les ethnographies sont nombreuses.⁶¹ Elles sont particulièrement utiles afin de démontrer les nuances, la complexité et la diversité des contextes de pratiques de soin (Fortin et Knotova, 2013). L'approche ethnographique m'est apparue comme toute indiquée pour répondre à ma question de recherche. Cette thèse, comme les nombreuses ethnographies hospitalières qui l'ont précédée, permet de saisir la complexité

⁶⁰ Par grands principes, je retiens principalement ceux appliqués par les auteurs des ethnographies hospitalières lues : l'immersion à long terme sur un terrain d'étude, la multiplicité des méthodes de collecte de données, l'attention toute particulière portée aux régularités, aux nœuds, aux acteurs pivots et aux éléments perturbateurs ou vecteurs de changements, la comparaison constante et le retour systématique sur les concepts utilisés.

⁶¹ Je pense entre autres à *Une ethnologue à l'hôpital* (2000) d'Anne Vega; *Les aides à domicile : Un autre monde populaire* (2014) de Christelle Avril; *The Spirit catches you and you fall down* (1997) d'Anne Fadiman; *Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère* (2009) d'Anne Guillou; *Broken limbs, broken lives : Ethnography of a hospital ward in Bangladesh* (2005) de Shahaduz Zaman ou encore; *Paging God; Religion in the Halls of Medecine* (2012) de Wendy Cadge, pour n'en nommer quelques unes. De plus, en 2013, la revue *Anthropologie et Société* publiait un numéro thématique sur les ethnographies hospitalières.

des rencontres entre infirmières et usagères alors que cette rencontre met en scène une professionnelle de la santé et une usagère, mais également une experte et une profane, une non-migrante et une migrante, une femme appartenant au groupe majoritaire et une au groupe minoritaire (Fortin, 2013). L'ethnographie est la meilleure façon de mettre en relief la confrontation (et l'imbrication) des deux univers, professionnelles et profanes, dans laquelle chacune des actrices s'inscrit (Fainzang, 2013).

Accéder au terrain

La lourdeur de l'administration de la santé publique et l'étendue de son pouvoir se sont fait ressentir dès les premières démarches pour accéder au terrain. Les procédures ont été longues. Les responsables du centre de recherche responsable de l'établissement dans lequel je voulais travailler s'interrogeaient sur ce qu'une telle recherche pouvait bien leur apporter. Est-ce que cette étude s'arrime avec les axes de recherche soutenus par le centre?⁶² Est-ce que la présence d'un chercheur sur le terrain est réaliste d'un point de vue logistique? D'un point de vue éthique? Et parlons-en de l'éthique! Une fois le projet de recherche accepté par le centre de recherche InterActions, puis par les gestionnaires du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, le comité d'éthique à la recherche (CÉR) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal devait également donner leur appui. S'en est suivi une série de va-et-vient entre les agents du CÉR et moi afin d'ajuster certains points notamment sur la façon d'approcher les usagères des services de soins postnatals, en plus de devoir plusieurs fois

⁶² Les travaux des chercheurs d'InterActions le Centre de recherche et de partage des savoirs du CIUSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal s'organisent autour de quatre axes (approches analytiques) et de six champs d'application. Ces derniers peuvent évoluer selon les besoins et les intérêts pertinents du territoire.

Axe 1 — Entre la recherche et l'offre d'aide : l'adéquation et la dynamique des liens informels

Axe 2 — Cloisonnement et collaborations au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Axe 3 — Trajectoires et gouvernance des réseaux hybrides

Axe 4 — Expérimentation en réseau : innovations et retombées Les champs d'application

Les six champs d'application concernent la périnatalité/petite enfance; les jeunes/écoles/communauté; l'immigration/inclusion; les aînés; les réseaux locaux de services; et les solidarités familiales. (Centre de recherche InterActions. Consulté en ligne le 23 février 2015, Adresse URL : <http://www.centreinteractions.ca/domaines-d-activites/recherche/>).

préciser « ce que je voulais observer ». Après 7 mois d'échange, à la fin de l'été 2013, on m'a finalement permis de rencontrer les responsables du programme de soins que je souhaitais contacter. Ce n'est que le 16 septembre 2013, après un autre trois mois d'ajustements et de négociations avec le CÉR de l'Agence, auxquels s'ajoutent quelques échanges avec le personnel du CSSS, que j'ai enfin rencontré Marion, chef d'administration du programme Périnatalité 0-5 ans du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

La tenue de mon projet de recherche au sein du programme de périnatalité semble d'abord inquiéter Marion : ma présence sur le terrain pourrait déranger les usagères et entraver l'efficacité de son équipe. De nos échanges, je comprends qu'il est essentiel que je ne ralentisse pas la cadence des suivis méticuleusement planifiés. L'explication de ma présence et les potentielles questions de la part des usagères ne doivent pas affecter le travail des infirmières.⁶³ Il faut éviter que ma présence ne place les infirmières dans l'inconfort, qu'elles se sentent évaluées, jugées et que la qualité des suivis s'en ressente. Marion précise qu'elle ne veut forcer la main d'aucune membre de son équipe : la participation de ses infirmières se fera sur une base volontaire. La présence d'une chercheuse dans un moment aussi intime pourrait également rendre mal à l'aise les usagères. Il ne faudrait pas que des mères censurent leurs histoires ou s'empêchent de poser leurs questions, notamment par peur que leurs propos soient rapportés.

Les quarante minutes qu'a duré notre entretien ont été suffisantes pour comprendre la pression exercée sur l'équipe afin de couvrir avec efficacité un territoire aussi vaste que Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Avec des ressources de plus en plus limitées (moins d'infirmières à temps complet) et des demandes de services toujours plus nombreuses (augmentation de la population), elles n'ont pas une minute à perdre avec mon étude, si intéressante soit-elle. L'étude proposée pourrait être perçue comme une tâche supplémentaire à insérer dans leur suivi postnatal, ce qui contribuerait à ce que Faulkner identifie comme un

⁶³ Afin de respecter les procédures mises en place par le CÉR, je devais me présenter et remettre aux usagères un document d'information et de consentement expliquant ma recherche et je devais recueillir leur accord verbal.

« sentiment de presse et l'impression d'être régulièrement contraints par le temps, les normes à respecter et les exigences des clients » (2013 : 46).

Au cours des semaines qui suivent, j'apprendrai que l'équipe a récemment fait l'épreuve d'un incident dramatique : un nouveau-né du territoire a été amputé en urgence des orteils en raison de problèmes de malnutrition liés à d'allaitement.⁶⁴ La famille et le bébé n'ont pas pu bénéficier d'un service de soins à domicile en raison d'un changement dans les procédures administratives. Dans les médias, on remet en cause les budgets et l'insuffisance des ressources mais également les procédures et la décision de l'équipe de référer la famille à une clinique d'allaitement au 12^e jour de vie du bébé.⁶⁵ Pour rassurer Marion, j'insiste sur le fait que je ne désire pas évaluer le travail de ses infirmières – de toute façon je n'ai aucune compétence en soins ou formation qui légitimerait une telle évaluation. Je réitère que je prendrai en considération les difficultés liées au contexte organisationnel, tant les objectifs de performance, la rationalisation des services et la gestion serrée des ressources et que je serai le plus flexible que possible.

Plusieurs chefs de programme et cadres – tant en santé qu'en éducation – ont une connaissance directe du terrain. Des données statistiques françaises démontrent d'ailleurs que les postes « de cadres sont quasiment tous occupés par d'anciennes infirmières qui, vers la quarantaine, décident de changer de métier tout en restant dans leur milieu professionnel » (Divay, 2009 : 139). C'est souvent motivé par une volonté d'agir sur ce milieu qu'elles connaissent bien (Divay, 2009) qu'elles décident de prendre un poste dans l'administration. Ce parcours typique explique peut-être pourquoi Marion voit non seulement l'intérêt, mais également la pertinence de mon travail sur les négociations entre infirmières et usagères.

⁶⁴ Breton, P. (23 décembre 2013). « Cauchemar pour les parents d'un poupon », La Presse. Consulté en ligne le 25 avril 2016. Adresse URL : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201312/22/01-4723421-cauchemar-pour-les-parents-dun-poupon.php>

⁶⁵ « Faute de budget et de ressources suffisantes, plusieurs centres de santé et de services sociaux ont dû restreindre le nombre de visites à domicile au cours de la dernière année. » On peut également y lire : « L'infirmière a plutôt donné rendez-vous au couple au 12^e jour de vie de Benjamin, à la clinique d'allaitement » (Breton, 2013).

Connaissant bien son équipe, elle me prépare aussi à ce qui m'attend. La création du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent a récemment unifié le programme Périnatalité 0-5 ans et les infirmières du CLSC de Bordeaux-Cartierville et du CLSC de Saint-Laurent. La fusion des CLSC en CSSS s'est faite graduellement, mais c'est principalement entre 2010 et 2012 que se sont opérés les plus grands changements. Se retrouvant depuis peu ensemble, Marion me parle d'une « distinction ». Elle suppose une différence d'approche selon le CLSC d'attache, spécifiant que chaque établissement avait, avant la fusion, sa philosophie et sa façon de voir le travail. En entretien, les infirmières ayant vécu la fusion perçoivent également une différence entre les infirmières de Bordeaux-Cartierville et celles de Saint-Laurent : elles se comportent différemment entre elles, avec leurs usagères, mais également vis-à-vis de « l'organisation » du CSSS. Le CLSC de Bordeaux-Cartierville avait beaucoup de ressources et possédait un ratio d'infirmières par naissance (bébé/infirmière) plus avantageux. Bien que la population desservie se ressemble, le CLSC de Saint-Laurent, quant à lui, couvre un plus grand territoire et la population vulnérable est plus nombreuse.⁶⁶ Le taux de natalité y est très élevé, notamment du fait de la présence d'immigrants. Le nombre d'infirmières est insuffisant pour desservir l'ensemble des familles. Plus tard, au cours d'un entretien, une infirmière m'expose une autre différence entre les deux CLSC liés au lieu d'accouchement des usagères. Les femmes de Bordeaux-Cartierville accouchent en forte majorité à l'Hôpital Sacré-Cœur et, avant la fusion, « l'assistante là-bas pouvait aller directement à Sacré-Cœur pour voir tout de suite les mamans qui allaient accoucher et leur dire : “Bonjour. Je suis X, je travaille au CLSC. Vous accouchez demain ou après-demain. Une infirmière va venir vous voir. Est-ce qu'il y a quelque chose de spécifique?” Je veux dire, ça crée un lien, et ça crée la confiance », m'explique-t-elle. Les usagères de Saint-Laurent, poursuit-elle, sont beaucoup plus

⁶⁶ Le territoire couvert par le CLSC de Saint-Laurent était de 43 kilomètres carrés alors que celui de Bordeaux-Cartierville était de 12 kilomètres carrés. Les données du Recensement 2011 indiquent toutefois un plus faible taux de chômage à Saint-Laurent (11.3 %) qu'à Bordeaux-Cartierville (14.6 %) et un taux de diplomation plus élevée (82.8 % contrairement à 80.5 % pour Bordeaux-Cartierville). La non-reconnaissance des diplômes étrangers et conséquemment les emplois non déclarés de certains immigrants sur le territoire (Dupuis, *et al.*, 2016, à paraître) peuvent créer un décalage entre la représentation statistique et la représentation réelle de la population vulnérable sur le territoire.

nombreuses et accouchent dans différents centres hospitaliers (Royal-Victoria, Cité de la Santé, l'Hôpital Juif de Montréal, St-Mary) et le CLSC n'a jamais eu les ressources pour offrir un tel service sur son territoire. L'infirmière poursuit :

Parce qu'on a été un des derniers CLSC sous-développés, je veux dire. En 1990, avec l'assistante, on faisait des comptabilités, et il nous manquait, pour arriver aux autres... je pense qu'on avait 40 % d'infirmières par rapport à d'autres CLSC, qui en avaient 100 % pour un même quota. Eux autres, ils pouvaient faire des cours de ci et des cours de ça. « Nous autres, on est tellement bons, on fait ci et on fait ça. » Ici, on ne fait pas ça. Non. Nous autres, on est là dans l'eau. Des fois, on fait ça. C'est des visites, des visites et des visites, et de la vaccination et de la vaccination, ça fait que le crémage, on n'avait pas le temps; ce n'est pas parce qu'on ne voulait pas et qu'on ne voyait pas, mais on n'était pas assez (Jocelyne, infirmière).

Les infirmières de Saint-Laurent seraient donc habituées à gérer des situations critiques en plus de travailler plus avec moins, dit Jocelyne. Depuis l'arrivée en poste de Marion, il y a quelques années, son « plus grand défi est d'harmoniser les pratiques des infirmières à la suite des fusions ». Encore aujourd'hui, les infirmières qui étaient à l'embauche de l'un ou l'autre des CLSC se réclament toujours de leur lieu d'attache initial. D'ailleurs, les entrevues avec les infirmières débiteront souvent par : « Je suis infirmière à Saint-Laurent » ou « Je suis infirmière à Bordeaux-Cartierville ».

Quand notre entretien du 16 septembre 2013 tire à sa fin, Marion me demande ce dont j'ai besoin pour mener à bien mon étude. En lui rappelant ma flexibilité, je lui dis que j'aimerais suivre des infirmières, plusieurs infirmières, dans plusieurs familles, afin de dresser un portrait le plus représentatif possible et que je désire totaliser au minimum cinquante heures de suivi. J'ai l'impression qu'elle trouve que c'est beaucoup, mais au moment de l'étude son équipe comporte une quinzaine d'infirmières, dont cinq à temps complet en service régulier et quatre en SIPPE. Chaque infirmière à temps complet réalise généralement plus d'un suivi par jour. Dans ces conditions, ma demande lui semble raisonnable et faisable. Elle offre d'aborder la recherche avec ses infirmières lors de leur prochaine rencontre d'équipe. Je propose plutôt de me déplacer et de présenter moi-même ma recherche, en quelques minutes. L'exercice me donnera la chance de prendre la mesure de l'intérêt des infirmières, de montrer mon engagement dans le projet et mon professionnalisme. Je me savais surtout capable de vendre

mon projet avec plus de conviction et d'enthousiasme que Marion, si bien intentionnée soit-elle. Elle accepte en souriant.

J'ai rencontré l'équipe du programme Périnatalité 0-5 ans, dans la matinée du 9 octobre 2013. Je disposais de 20 à 25 minutes pour leur « vendre » mon projet et, en quelque sorte, convaincre les infirmières d'y participer. Je m'étais préparée. Je m'étais entraînée. À mon arrivée, Marion m'avoue avoir un peu débordé sur l'horaire du jour et qu'une présentation de 15 minutes serait préférable. Le temps. Toujours le temps. Environ 25 infirmières, travailleuses sociales, nutritionnistes et psychoéducatrices sont assises autour des tables disposées en carré. Je remarque la diversité ethnique autour de la table : plusieurs femmes noires, une femme asiatique, une jeune femme voilée. La période de questions me permet également de découvrir une multitude d'accents chez les femmes blanches rassemblées pour la réunion. Je présente mon projet rapidement tout en étant attentive aux réactions de mes auditrices. Elles posent plusieurs questions sur la religion et m'informent que la religion est peu présente au cours de leur suivi. Certaines posent des questions quant à leur participation : Peuvent-elles faire une entrevue même si elles ne font plus de suivis à domicile depuis quelques années? (Évidemment!) Suis-je intéressée à suivre des familles québécoises? (Bien sûr, à titre comparatif notamment.) Est-ce que je suis prête à être appelée pour une rencontre moins d'une heure avant le début de ladite rencontre? (Et comment!) La réception générale est favorable. Je suis emballée! Leur collaboration est essentiellement à la réalisation de l'étude.

Lina : la porteuse de projet

Sans Lina, il aurait été difficile d'effectuer un terrain aussi rigoureux. En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*, il est impossible pour une chercheuse d'accéder au dossier clinique d'une usagère (LS4, article 19). Le recrutement des participantes usagères, tant pour les observations que les entretiens, doit être fait par un membre de l'équipe de soins, par souci de confidentialité. Dans mon cas, la tâche revenait à Lina, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ICASI), responsable, entre autres, de la prise de rendez-vous pour les usagères bénéficiant d'un service de suivi à domicile et de la coordination des suivis. Les compressions budgétaires en santé contraignent les ICASI à « jongler » avec les effectifs, de faire « toujours plus avec toujours moins de

moyens” et de “bricoler” des solutions pour remplacer les agents absents » (Divay, 2009 : 138). Les tâches qui lui incombent sont multiples : elle est une personne-ressource pour les collègues. Elle aide la chef de programme, détermine les besoins de certaines infirmières en terme de formations et en fait l’inscription (formation en allaitement, en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et en vaccination). À l’occasion, elle remplace l’infirmière qui fait les dépistages postnatals, elle forme et oriente le nouveau personnel et supervise la qualité du travail des infirmières et de leurs dossiers. Elle révise aussi les outils cliniques, les procédures et les protocoles concernant les 0-5 ans, coordonne le travail des infirmières travaillant les samedis et dimanches. Elle effectue régulièrement la liaison avec les hôpitaux, en plus d’être responsable des dossiers des familles porteuses d’hépatite B. Le cumul de ces responsabilités est lourd pour ces aides à la gestion qui sont responsables de la gestion et de l’administration de l’équipe, mais également au soutien individuel, tant logistique que moral, des employées (Divay, 2009; van Zanten, 2003). Les infirmières ayant récemment rejoint l’équipe sont plus dépendantes des chefs d’établissement dans l’aménagement des conditions de travail et le perpétuel roulement de l’équipe devient une tâche additionnelle de travail pour les ICASI comme Lina (van Zanten, 2003).

Malgré cette multitude de tâches, Lina a eu soin d’organiser pour moi les observations des suivis postnatals à domicile en service régulier et les entrevues avec les infirmières. Elle a également veillé à rappeler aux infirmières SIPPE, qui organisent elles-mêmes leur horaire, la tenue et la progression de mon étude et les désirs empiriques qui y étaient reliés.⁶⁷

Les infirmières assignées au suivi à domicile s’inscrivent dans une routine bien huilée qui exige une solide coordination. Lina est déjà à son bureau lorsque les infirmières et les autres membres de l’équipe arrivent au 3^e étage du CLSC le matin. La forte majorité des suivis

⁶⁷ Par désirs empiriques j’entends mon désir de représentativité (sommes toute sommaire) de l’échantillon. Voici un exemple. Après quelques mois, j’avais observé beaucoup de suivis avec des femmes musulmanes, et, afin d’être fidèle au portrait du territoire, je désirais rencontrer des femmes provenant d’Asie. Je n’en avais rencontré aucune alors qu’elles sont nombreuses sur le territoire de BCSTL. À ma demande, Lina demandait aux infirmières SIPPE de me contacter si elles avaient une femme asiatique intéressée à participer à l’étude.

postnataux à domicile se déroulant en matinée, les infirmières arrivent tôt et consultent l'horaire géant, un tableau blanc à même le mur du bureau de Lina. Minutieusement tenu par celle-ci, cet horaire, qui fait office de calendrier, est un référent essentiel pour l'équipe. De la grosseur d'un pan de mur, le nom de chacune des infirmières est inscrit dans la première colonne. D'abord les temps pleins responsables des suivis à domicile : Micheline, Camille, Lucie, Linh, Nadège, etc.; ensuite, les temps partiels affectés à la clinique de vaccination ou à la clinique du nouveau-né : Brigitte, Jocelyne, Justine, etc. Les colonnes suivantes correspondent aux jours de la semaine. Lina a soigneusement inscrit l'activité de chacune, au croisement du prénom et de la journée (ex : clinique du nouveau-né, 9 h SD (suivi à domicile) Mme Trahan, 10 : 30 SD Mme El-Nawad). Les congés et les vacances y sont également consignés. Les infirmières responsables des suivis à domicile viennent se renseigner sur les deux suivis qu'elles doivent effectuer le matin, prennent les dossiers et les consultent.

Lina porte son casque d'écoute téléphonique sur la tête de 7 h le matin à son départ en fin d'après-midi, cinq jours par semaine. Il n'était pas rare de devoir laisser des messages sur sa boîte vocale. Bien qu'elle soit débordée, elle retournait toujours mes appels. Pendant près d'un an, nous nous contactions les lundis matins pour discuter de nos disponibilités hebdomadaires. Après les salutations d'usage, elle m'annonçait quelles infirmières parmi celles qui avaient accepté de participer à mon étude pouvaient être accompagnées⁶⁸ et celles effectuant des suivis qui concordaient avec mon horaire. Ensuite, Lina téléphonait aux familles pour leur demander leurs accords. Elle leur expliquait mon étude dans les grandes lignes à l'aide d'un script téléphonique (Annexe 2) que je lui avais fourni à la demande du CÉR en santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal. Si ces dernières acceptaient, elle me passait un second coup de fil pour m'annoncer l'horaire exact de mes suivis hebdomadaires. Les semaines où leurs horaires étaient surchargés, soit parce que l'une d'entre elles était malade ou qu'un important boom de naissances était survenu, Lina

⁶⁸ Je ne suivais pas les infirmières qui avaient, sous leur aile, une stagiaire. Il avait été établi, lors de la rencontre du 9 octobre 2013, que faire un suivi postnatal à trois (infirmière, stagiaire, chercheur) pouvait être intimidant pour l'usagère.

s'excusait de ne pas m'offrir les conditions idéales pour mon étude. Sa bonté et son désir de me voir persévérer m'ont donné plus d'une fois la dose de courage nécessaire pour braver la neige aux aurores. L'étude semblait lui tenir à cœur. Elles m'expliquaient les particularités de son travail avec une population desservie et des intervenantes provenant des quatre coins du monde. Lina est elle-même originaire du Moyen-Orient. Elle y a fait sa formation d'infirmière et puis de sage-femme. À son arrivée au Québec, elle a complété les examens de l'Ordre des infirmières et un court stage en chirurgie et avant d'être embauchée par un hôpital montréalais comme infirmière en salle d'accouchement. En 1999, elle devient infirmière en périnatalité avant d'être promue infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, en 2009.

Passer par une tierce personne pour le recrutement occasionne forcément certains biais d'échantillonnage. Les établissements accoucheurs, via la Direction de la Santé publique, font parvenir à Lina les dossiers des femmes qui nécessiteront un suivi postnatal dans les jours qui suivent. Outre les informations concernant l'accouchement — tels le lieu de l'accouchement, le type d'accouchement (par voies naturelles ou par césarienne), la date et l'heure de naissance du bébé, son sexe et son poids —, les seules informations dont dispose Lina pour sélectionner une famille participante à l'étude sont le pays de naissance du couple, le patronyme des parents et parfois la langue. Dans une thèse qui porte sur les négociations permettant d'arrimer les pratiques de soins et aux pratiques quotidiennes des usagères, il est évident que, dans l'imaginaire de Lina, comme dans l'imaginaire collectif élargi, certaines familles apparaissent comme plus « intéressantes » que d'autres : les familles récemment établis au Québec, les couples interethniques, les familles ayant transité par la France ou les États-Unis avant de s'établir ici, les familles où les parents ont un écart d'âge important, etc. Il était donc fréquent que Lina m'appelle en mentionnant qu'elle avait « une famille intéressante pour moi ». Il est possible que dans notre chasse aux familles intéressantes, je sois passée à côté de familles moins « spectaculaires », mais qui auraient été tout aussi pertinentes pour l'étude (Cadge, 2012 : 210).

Il est arrivé que Lina essuie des refus de la part des infirmières, qui, fatiguées, n'avaient pas envie que je sois présente, mais également de la part des familles. Quelques fois, des usagères ou leur mari, en fonction de qui lui parlait au téléphone, se sont assurées que la

chercheuse soit bel et bien une chercheuRE. Ce type de question, lorsque Lina m'en faisait part, m'apparaissait comme un indicateur à mi-chemin entre le niveau de pudeur de la mère et la potentielle religiosité de la famille, deux catalyseurs de différence. Il est arrivé que mon intuition se confirme. À d'autres moments par contre, je regrettais de m'être laissée influencer par de telles typifications. On peut d'ailleurs lire ma déception dans mon carnet d'observation alors que j'étais convaincue qu'une mère avec un patronyme arabe ayant demandé à Lina si la chercheuse était une femme serait très pratiquante. Cette déception est liée à une envie de faire des observations riches, où les éléments susceptibles d'être négociés sont nombreux et la pertinence de mon sujet serait ainsi validée. Le temps passé sur le terrain m'apprendra que les éléments les plus intéressants sont souvent très subtils et difficiles à repérer au premier regard :

J'étais un peu surprise d'ailleurs, parce que Lina m'avait avertie que [la] maman avait demandé si la chercheuse qui allait se présenter était une femme. Je m'attendais donc à voir une famille plus pratiquante. Pourtant non. (Notes d'observation).

Il arrivait également que Lina me dise l'origine du prénom de la mère, lorsque différente du pays d'origine inscrit dans ses documents. Par exemple, un matin elle me dit alors que je m'apprêtais à rencontrer une jeune mère originaire d'Arabie Saoudite, qu'elle suspectait d'être catholique et libanaise en raison de son prénom. Comme souvent, elle avait vu juste. Elle avoue également qu'avec l'habitude, les noms des parents et leur lieu de naissance, elle devine généralement la religion pratiquée par les parents. C'est donc aidée de Lina et de l'équipe du programme Périnatalité 0-5 ans du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent que j'ai entamé un terrain de onze mois auprès des infirmières de suivis postnatals et de leurs usagères.

La collecte de données

Le 21 octobre 2014, après neuf mois de dédales administratifs, je commence enfin mon terrain et les premières observations de suivis postnatals à domicile. Le déplacement en métro est long du quartier Villeray au quartier Saint-Laurent. Le profil des passagers se modifie lentement : les *bobos* de la rue De Castelnau, les immigrants de Parc-Extension se mêlent aux

banlieusards fraîchement débarqués du train de Blainville, aux étudiants universitaires de la ligne bleue. La route vers le nord en direction Côte-Vertu renouvelle le flot de passagers. À l'étudiant du Cégep de Saint-Laurent se greffent les travailleurs immigrants. À 8 h 20, j'arrive au bout de la ligne orange, je sors à l'angle des Boulevards de la Côte-Vertu et Décarie et me fonds à la masse de travailleurs pressés et d'étudiants nonchalants.⁶⁹ Ce matin-là comme ceux qui suivront, j'aurai les cinq sens en alerte. Je prends la démarche ethnographique très au sérieux, entre naïveté de la débutante et souci de mal faire. Je note tout : je prends des notes dans mon cellulaire. Je n'écoute pas de musique et je ne lis pas de livre. Je regarde. J'épie. Pourtant, après deux semaines, ce trajet et ces gens seront devenus partie intégrante de mon quotidien. J'oublierai même de les observer. Je me serai fondue à eux et mon désir de comprendre le contexte dans lequel les usagères du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent évoluent ou dans lequel les infirmières à domicile se rendent au boulot passera au second plan. Certains matins, en parcourant les 700 mètres qu'il faut pour atteindre le CLSC de Saint-Laurent, je m'en voudrai de ne pas avoir été plus attentive à cet environnement, sachant fort bien que sur le chemin du retour, l'atmosphère, comme les passants, sera différente. Je ne ressentirai plus la fatigue de toute une population se rendant machinalement au boulot dans la froideur de l'automne québécois. Au retour, j'aurai aussi la tête pleine d'idées neuves, conséquence des suivis à domicile parfois paisibles et parfois si troublants, notamment pour une doctorante en sociologie, aucunement formée à l'intervention. Ces observations dans le métro, dans les rues du quartier et dans le CLSC Saint-Laurent sont considérées comme des données et sont particulièrement utiles pour contextualiser mon étude.

Je m'étais préparée à affronter le terrain. Pendant les semaines qui ont précédé mon premier avant-midi d'observation, j'avais épluché les sites web de l'établissement et les documents gouvernementaux pertinents (Politique de périnatalité 2008-2018 et Aide-mémoire de l'évaluation postnatale ainsi que le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à*

⁶⁹ Marc Augé est l'auteur de *Un ethnologue dans le métro (1986)* et de *Le métro revisité (2008)*, où il décrit le métro de Paris comme un espace qui, non seulement reflète, mais qui amplifie et grossit ce qui se passe à sa surface.

*deux ans*⁷⁰). Dès mes premiers jours à l'étage dédié au programme Périnatalité 0-5 ans, j'ai amassé les documents de services, les protocoles de soins, les dépliants informatifs à l'intention des nouveaux parents et le magazine *Naître et grandir*⁷¹, distribué gratuitement sur l'étage. Ils ont également été examinés puisqu'ils aident à saisir l'organisation du service de soins étudiés ainsi que les ramifications de la santé publique (Malinowski, 1963).

À ces documents officiels et gouvernementaux s'ajoutent toutes les informations sur l'organisation du programme et les procédures informelles gérant les employés, que j'ai pu glaner lors de mes observations à l'étage du programme Périnatalité 0-5 ans. Je parle ici des mémos accrochés aux babillards, des calendriers exposés dans les corridors présentant soit les anniversaires des employées, soit leurs vacances, des écriteaux « Puis-je régler votre demande par courriel? Si oui, prière de ne pas déranger » sur la porte de l'assistante-chef, du choix des affiches posées sur les portes des bureaux, etc. Ces données ont principalement été rassemblées lorsque j'attendais l'infirmière avec laquelle j'étais jumelée pour les observations et avant ou après une entrevue avec l'une d'elles. Je profitais de ces moments d'attentes pour prendre en note tout ce qu'il m'était permis de voir sur l'étage. Ces éléments servaient à refléter, contextualiser et à donner vie aux données récoltées formellement dans le cadre d'entretiens et d'observations et permettaient d'appréhender la réalité des infirmières. Ces heures passées à errer dans les corridors et la cuisinette du département de périnatalité n'avaient pas pour unique fonction d'amasser des informations. Je devais me faire accepter. Je devais m'y immerger jusqu'à ce que ma présence soit acceptée (Coulon, 1992). Dans son étude en milieu hospitalier, Wendy Cadge (2012) soulève l'importance d'être acceptée formellement (avec certificat d'éthique et accord de la direction), mais également, au-delà du formel (*beyond formal*). Une présence répétée m'a permis de prendre ma « place » et d'accéder à une position d'observation « tenable » (Beaud et Weber, 2003; Geertz, 2003). Pour être acceptée, j'ai également dû « rentrer dans le rang » pour reprendre le terme de

⁷⁰ Je me référerai à ce livre comme étant le *Mieux vivre avec notre enfant* ou simplement le *Mieux vivre*, tel qu'il est nommé par les infirmières et les usagères.

⁷¹ Un magazine mensuel de référence sur le développement des enfants, créé par la Fondation Lucie et André Chagnon.

Vingré (2006). J'ai dû dire blanc quand elles disaient blanc, noir quand elles disaient noir. Je ne contredisais jamais ce qu'elles me disaient ou ne réagissais jamais aux opinions personnelles qu'elles émettaient. Je me contentais de sourire et de poser quelques questions. Je me transformais en une sorte de caméléon idéologique, ce qui me permettait souvent de recueillir des informations sans même les solliciter (Vingré, 2006). Comme Vingré travaillant sur les caissières, j'ai bien compris que pour avoir accès aux infirmières, je devais accepter le rôle implicite qu'elles me confiaient : rapporter là « vérité » sur la prise en compte de la religion dans le soin à domicile étouffé par le vacarme des débats publics autour des accommodements raisonnables et de la Charte des valeurs.

Pour représenter le plus finement possible la réalité sociale que j'ai observée, j'ai diversifié les techniques de collecte de données (Malinowski, 1963, Geertz, 2003). Je me suis intéressée à la fois aux outils, aux documents et aux matériaux écrits, mais également au non-écrit et à l'implicite. J'ai ensuite entamé une série d'observations et d'entretiens afin de trianguler les informations recueillies.

Les observations

« Go and sit in the lounges of the luxury hotels and on the doorsteps of the flophouses: sit on the Gold Coast settees and on the slum shakedown; sit in the Orchestra Hall and in the Star and Garter Burlesk. In short, gentlemen, go get the seat of your pants dirty in real research » (Park, dans Blumer, 1986 : 97).

Les observations permettent de voir à la fois l'intime et la structure, « une hiérarchie stratifiée de structures signifiantes » (Geertz, 2003) ou l'ordre d'interaction (Goffman, 1988). L'ordre d'interaction est « un ordre endogène en train de se faire, coproduit par les activités et les catégorisations de membres engagés dans la situation ou comme un ordre prédéterminé, sous certains aspects, par la prégnance de structures sociales et culturelles dans la situation » (Cefaï, 2011). Pour être saisi, il est impératif d'accéder directement aux situations étudiées. Les observations des suivis postnatals à domicile se sont d'abord déroulées du 21 octobre 2013 au 7 avril 2014, période au cours de laquelle trente et un suivis ont été effectués. Une deuxième vague d'observations, visant à valider les résultats préliminaires, a eu lieu au cours de l'hiver 2015. Au total, j'ai participé à quarante-trois suivis à domicile effectués par dix

infirmières différentes. La forte majorité des suivis a été effectuée en avant-midi, à raison de deux par jour, à savoir, en règle générale, le premier de 9 h à 10 h 30 et le second de 10 h 30 à midi. En moyenne, ils ont duré environ une heure, mais j'ai également participé à des suivis qui n'ont duré que quinze minutes⁷². Environ soixante-cinq heures d'observation de suivis à domicile ont ainsi été conduites. Huit des infirmières que j'ai accompagnées pratiquent en services réguliers exerçant à temps complet. Deux infirmières sont rattachées au programme SIPPE. Dans leurs cas, les visites ont été brèves car plus fréquentes. Certaines des infirmières rencontrées ont plus de quinze années d'expérience (en périnatalité, mais également dans d'autres domaines comme la cardiologie, les soins intensifs, la gérontologie, etc.). D'autres en sont à leur début cumulant moins de deux mois d'expérience. Âgées approximativement de 25 à 60 ans, les participantes proviennent de différents pays : du Canada et du Québec bien sûr, mais également d'Haïti, de Roumanie, du Vietnam et du Cameroun. Si certaines ont étudié le métier d'infirmière dans leur pays d'origine, toutes ont complété leur formation ou une formation d'appoint au Québec. Toutes les infirmières rencontrées étaient soit protestantes, catholiques ou ne se disaient appartenir à aucune confession religieuse. À ma connaissance, il n'y avait pas d'infirmières musulmanes dans l'équipe. Il y avait cependant une travailleuse sociale voilée qui avait l'effet d'ancrer les débats autour du projet de loi 60.⁷³ Les infirmières vues en observation sont toutes embauchées par le CSSS, à l'exception d'une seule, rattachée à une agence de placement, venue dépanner ponctuellement au sein du programme pendant quelques mois. La plupart ont habité ou résident encore sur l'île de Montréal. Les autres vivent dans les banlieues voisines.

Avec les infirmières, nous avons visité quarante familles au total (trois ont été vues à deux reprises). Reflétant la diversité ethnique du territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-

⁷² Selon mes observations, un premier suivi dure généralement une heure. Si le bébé nécessite une seconde ou une troisième pesée, les parents sont priés d'apporter leur enfant à la clinique du nouveau-né, en CLSC. Toutefois, certaines infirmières se rendent une deuxième fois à domicile pour une pesée rapide, notamment lorsque la mère n'a pas de moyen de transport ou a plusieurs d'autres enfants à sa charge.

⁷³ Quelques infirmières, en entretien ou lors des observations, ont démontré leur opposition au projet de loi 60 en faisant valoir les qualités professionnelles et personnelles de la travailleuse sociale voilée.

Laurent, la forte majorité des familles rencontrées est issue de l'immigration (Congo, Maroc, Afghanistan, Rwanda, Côte-d'Ivoire, Burundi, Irak, Inde, France, Chili, Chine, etc.) Certaines sont au Canada depuis plus de dix ans, d'autres depuis à peine quelques mois. J'ai également rencontré des couples mixtes dont les parents provenaient de deux pays d'immigration différents ou dont l'un des deux parents était québécois d'origine.

Lors des rencontres postnatales, les usagères ne sont pas questionnées d'emblée sur leur croyance et leur pratique religieuse. Il est par contre arrivé que l'infirmière, s'inquiétant du réseau de soutien de la famille par exemple, interroge la mère à propos de ses amis ou ses connaissances « dans votre Église ou votre communauté religieuse ». Par moment, les mères annoncent de front leur religion et leurs pratiques, que celles-ci aillent dans le sens ou à l'encontre d'un soin. Ce type d'information permet d'identifier sans erreur la religion des familles et des usagères. D'autres indicateurs peuvent aider à déterminer si la famille est croyante et pratiquante et donc de comprendre de quelle religion il s'agit. Je pense ici à la rencontre d'une mère ou grand-mère voilée, à l'autel de culte hindou installé dans le coin du salon, aux croix accrochées aux murs et aux livres de louanges laissés sur la table du salon. Parmi les femmes rencontrées, certaines se sont déclarées athées ou n'ont jamais mentionné une croyance religieuse. Chez certaines toutefois, les croyances et les pratiques quotidiennes s'arrimaient difficilement avec les pratiques de soins telles que promues par la santé publique. On pense par exemple aux femmes qui s'opposent à la vaccination ou défendent le sommeil en famille, communément appelé le « cododo ».⁷⁴ Les propos de ces dernières et les échanges entre elles et les infirmières sont tout aussi pertinents pour cette étude que celles des femmes s'identifiant comme croyantes et pratiquantes d'une religion reconnue.

Toutes les observations se sont déroulées en français, à l'exception de deux exclusivement en anglais. Au cours de certains suivis, les échanges ont été plus difficiles en raison de la langue, lorsque les parents ne parlaient ni français ni anglais par exemple. Pour

⁷⁴ « Le partage de chambre et le partage de lit sont 2 pratiques distinctes, mais on les regroupe souvent sous l'appellation cododo. » (Naitre et grandir, Consulté en ligne le 22 avril 2016. Adresse URL http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=cododo-partage-lit)

cette raison, deux rencontres se sont déroulées dans un hybride de français et d'anglais. Toutes ces informations, à savoir la langue, l'origine ethnique, la religion (si déclarée), le lieu d'habitation (appartement, maison, etc.), le nombre d'enfants (primipare ou multipare), la langue dans laquelle s'est déroulé le suivi, ont été consignées, immédiatement après les suivis, dans un tableau Excel.

Les suivis postnatals à domicile se déroulent sensiblement tous de la même façon. À notre arrivée à domicile, l'infirmière procède aux salutations d'usages et je me présente rapidement⁷⁵. Certaines familles demandent des explications supplémentaires quant à ma présence alors que, parfois, on m'ignore complètement. À des fins analytiques, je divise la rencontre en trois parties : l'entrée et les salutations d'usage; le cœur du suivi postnatal déterminé par le moment où l'infirmière sort ses documents ou le pèse-personne ou encore pose sa première question à l'intention des parents; finalement, la sortie, c'est-à-dire l'échange de salutations de départ et les derniers mots sur le pas de la porte. Lorsque commence le cœur du suivi, je m'installe un peu à l'écart (jamais entre l'usagère et l'infirmière, par exemple), à un endroit stratégique qui me permet d'avoir une vue d'ensemble sur la situation. Dans les appartements minuscules ou lorsqu'il n'y a qu'un matelas posé par terre dans une pièce encombrée, par exemple, ces endroits stratégiques se font rares et je me positionnais là où il y avait de l'espace.

Accompagner une infirmière lors d'un suivi postnatal à domicile implique nécessairement une intrusion dans la vie privée des gens. N'ayant pas d'« aura médicale »⁷⁶, je devais incarner le rôle de la jeune chercheuse sérieuse, assidue et expérimentée. Je calquais

⁷⁵ Ma rapide présentation est due au fait que l'étude en cours leur a déjà été expliquée par Lina, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat. (ICACI) et que si je suis présente, c'est qu'ils ont préalablement consenti à participer à l'étude.

⁷⁶ En entrevue, deux infirmières abordent cette aura médicale qui provient des connaissances médicales qu'elles possèdent et qui sont nécessaires au moment de la rencontre. Elles parlent d'un « piédestal » sur lequel certaines familles semblent les poser. Elles ont toutes mentionné l'effort pour créer des relations cordiales et égalitaires, mais elles sont conscientes qu'elles se présentent à titre de professionnelles de la santé et que cela a inévitablement un impact sur la hiérarchie entre l'infirmière et l'usagère.

mon comportement sur celui des infirmières afin de ne pas détonner ou attirer l'attention sur moi. Je ne me donnais pas le droit de grimacer à la vue de mamelons gercés et saignants, ni à la vue d'hémorroïdes ou de cicatrices de césarienne. Je restais droite sur mon siège lorsque les femmes épuisées s'ennuyant de leur mère restée au pays d'origine pleuraient leur désespoir en se cachant le visage derrière la couverture de leur bébé. Je réprimais toute expression quand nous pénétrions dans les appartements exigus et insalubres de certaines familles. Étant qui je suis toutefois, je ne pouvais rester de glace devant un nouveau-né. Tout comme les infirmières qui ne se gênaient pas pour « catiner » avec le bébé, féliciter les parents et souligner avec émerveillement les quelques adresses du poupon (force dans les doigts et le cou, yeux alertes, etc.), j'y allais de quelques commentaires positifs quand ils semblaient opportuns. Il est arrivé, plus d'une fois, que je prenne le bébé dans mes bras pendant que l'infirmière s'affairait à un soin médical. Présenter une facette « femme » et « potentielle future maman » a été bénéfique pour le recrutement des participantes usagères pour les entretiens individuelles.⁷⁷

Au cours de mes observations, je ne désirais pas me faire oublier, mais je voulais avoir le moins d'incidence possible sur l'interaction entre l'intervenante et l'usagère. À l'image de la sociologie de Park, je désirais observer sans participer. J'ai très rarement parlé, ou fait une quelconque action autre qu'écrire dans mon carnet de la main droite et de bercer un bébé du bras gauche. Pourtant, il n'était pas rare que les infirmières m'incluent dans le suivi, notamment alors qu'elles étaient à la recherche d'approbation : « Oh non maman ne vous en faites pas, il n'est pas trop petit ce bébé. Ce matin, dans une autre famille, on en a vu un beaucoup plus petit, n'est-ce pas Emilie? » Ou encore « Emilie, regarde comme il est fort cet enfant, on ne voit pas ça souvent, hein? » La plupart de ses inclusions ou demandes d'approbation ne portaient pas à conséquence. Malgré mon désir de ne pas interférer avec la situation, ma présence et la mention de mon objet d'étude avaient une incidence sur le comportement des actrices. Parfois, les infirmières disaient « Et, est-ce que c'est religieux ça? »

⁷⁷ Bourdieu note la complicité entre femmes comme façon de « surmonter les obstacles liés aux différences entre les conditions et, en particulier, la crainte du mépris de classe qui, lorsque le sociologue est perçu comme socialement supérieur, vient souvent redoubler la crainte, très générale, sinon universelle, de l'objectivation » (1993 : 1399).

Parce qu'Emilie ici note les éléments religieux », notamment lorsqu'une usagère mentionne que c'est très important chez elle, dans son pays, d'allaiter. Toujours par rapport à l'allaitement, une usagère congolaise a répondu à l'infirmière : « puisqu'on parle de religion, je répondrai "si Dieu le veut" » alors qu'elle lui demandait si elle avait le désir d'allaiter longtemps.

J'ai pris des notes dans un carnet, tout au long de chaque observation. J'ai longuement hésité à savoir si j'allais ou non prendre des notes manuscrites pendant l'observation, mais dès le premier suivi, j'ai jugé cette méthode adéquate. La prise de note fait partie intégrante du suivi postnatal à domicile : l'infirmière remplit, tout au long de la rencontre, plusieurs documents administratifs et les parents prennent parfois des notes au fil des informations reçues. La prise de note concorde également avec l'image⁷⁸ que les participants ont d'une étudiante et de ce fait, j'étais à l'aise à procéder ainsi. Mes notes avaient pour but de collecter le récit de la rencontre, les « discours-dans-l'interaction » (Malinowski, 1963; Emerson *et al.*, 2010). Avant même mon premier suivi, j'avais identifié les éléments auxquels être attentive (Annexe 3) : les circonstances de la rencontre, le déroulement du suivi (points abordés, diffusions d'informations, questions et réponses), le contexte de la rencontre et des potentielles négociations (relation entre l'intervenante et la famille, les réactions des uns et des autres face à l'annonce d'une pratique, tant religieuse et culturelle que de santé, les réactions aux questions posées, etc.). L'environnement dans lequel j'étais plongée était lui-même consigné. Au cours des rencontres, certains points ont été retirés, et d'autres ont été raffinés, afin de concorder avec mon objet d'étude qui se précisait.

Une fois de retour au bureau, je transcrivais mes notes à l'ordinateur. Aux notes prises dans le carnet, j'ai fréquemment ajouté des éléments tirés des mémos que j'ai faits après les rencontres dans le métro ou ailleurs, à l'aide de mon téléphone cellulaire, alors que des éléments importants me revenaient en mémoire. J'y écrivais également, tel que le suggéraient

⁷⁸ Goffman (1973) porte une attention particulière aux acteurs qui, à travers leurs actions et leurs comportements, se conforment au rôle qui leur a été attribué. Ils font ainsi ce qui est attendu d'eux. On attend d'une étudiante qu'elle s'assoie, écoute et prenne des notes.

Beaud et Weber (2003), des impressions, des émotions, des questions qui étaient survenues pendant le suivi. Ces notes avaient pour fonction de transformer des observations, impressions ou fragments d'idée en un matériel tangible qui permettait de mettre à distance et de prendre du recul sur ce que j'avais observé (Beaud et Weber, 2003). Parfois, deux ou trois jours après un suivi, ou suite à une autre observation, un détail qui m'avait pourtant échappé lors d'un suivi me revenait : une phrase évoquée que j'avais mal comprise, une référence à la politique du pays d'origine, etc. C'est dans ce genre de moments que j'ai compris qu'on n'est plus jamais en paix lorsqu'on commence une ethnographie. À tout moment, j'ai eu l'impression d'avoir une illumination qui devait être immédiatement consignée, alors qu'à la lumière du jour, sous un autre angle, mon mémo m'apparaissait souvent impertinent.

Quarante-trois (43) rapports d'observation ont été créés, sur lesquels je me suis permis de revenir lorsqu'une idée postérieure surgissait. Dans les premiers rapports, j'ai souvent ajouté des phrases telles que : « je n'ai pas porté attention à l'endroit où l'infirmière s'assoit, ni même, si elle s'était assise » pour noter les failles de mes premières observations et l'évolution de mon regard ethnographique. Dès l'écriture des rapports, j'ai, avec un code de couleur très rudimentaire, surligné les thématiques émergentes susceptibles d'être utiles dans mon analyse : relation thérapeutique, religion, statut socioéconomique, relation entre homme et femme, etc. La transcription des notes de terrain m'a permis de resituer les données brutes dans leur contexte et de relever les différences, les contradictions ou les récurrences de certains éléments (Beaud et Weber, 2003). Par exemple, lors de mon troisième suivi avec une infirmière, elle distribue un dépliant sur la salubrité alimentaire. Dans mes notes de terrain, j'en fais mention comme suit :

Elle donne les documents habituels à la famille, en plus d'un sur la salubrité des aliments. Elle insiste sur l'importance d'en faire une lecture attentive. C'est la première fois que je vois ce document. Je réalise du coup qu'une odeur de viande avariée flotte dans l'appartement. En quittant l'appartement, elle mentionnera qu'elle a un doute sur leur connaissance quant aux méthodes de conservation des aliments (Notes d'observation).

Comme illustrés par cet exemple, mes rapports d'observation combinaient les faits tels qu'ils se sont déroulés, mes impressions et le retour sur la situation, lorsqu'un tel retour avait lieu.

À la fin des suivis observés, alors que l’infirmière remplissait les derniers documents, j’en profitais, lorsque je le jugeais pertinent, pour demander à la mère si elle était intéressée à m’accorder une entrevue. Ma demande nécessitait bien souvent une seconde explication ou de plus amples détails de mon étude aux parents. Je leur remettais un document d’information sur la recherche en cours (Annexe 4), je prenais leur numéro de téléphone et je leur proposais de lire la description de l’étude à tête reposée et offrait de leur téléphoner au cours de la semaine pour répondre à leurs questions et prendre un rendez-vous, si elles désiraient participer⁷⁹. Parmi les femmes à qui j’ai adressé une demande, une seule a refusé et un entretien, pourtant inscrit à l’horaire, n’a finalement pas eu lieu.

Les entretiens

Les entretiens individuels ont comme fonction de comparer et vérifier ce qui a été observé afin de réduire les erreurs d’observation. Faire les entretiens post-observations était nécessaires pour le recrutement, mais servait également à revenir sur la situation observée, et ainsi, contrôler les observations, à l’aide des interprétations des participantes (Beaud et Weber, 2003). Au cours des observations, j’ai sélectionné onze mères avec qui j’ai réalisé des entretiens individuels. Le biais de sélection par rapport aux familles sélectionnées pour l’étude a inévitablement entraîné un biais quant aux usagères que je pouvais potentiellement rencontrer en entretien individuel. Les participantes ont été choisies dans une perspective de représentativité du territoire. J’ai tenu compte, dans ma sélection des variables de la religiosité, des statuts socioéconomiques, de la mixité des couples, des pays d’origine et de la date d’arrivée au Québec. Les mères rencontrées proviennent de l’Europe, du Maghreb, de l’Afrique et de l’Asie du Sud-Est. Elles ont entre 24 et 40 ans et sont établies au Québec depuis au minimum deux mois et au maximum douze ans. Neufs entretiens se sont déroulés en français et deux en anglais. Une seule a été conduite en présence du conjoint et les quelques propos du père ont été enregistrés et analysés aux mêmes titres que ceux des femmes. Une des

⁷⁹ Toutes les usagères recevaient le document d’information et de consentement à l’étude. J’incitais les usagères qui allaient potentiellement participer à l’étude à en prendre connaissance.

femmes rencontrées se disait athée alors que les autres s'identifiaient comme étant musulmane, hindou, protestante, adventiste, catholique et «juive comme moi je suis catholique».⁸⁰

Tous les entretiens avec les usagères se sont déroulés au domicile de la famille. Ma visite à leur domicile avait l'avantage de briser l'isolement des nouvelles mères, dont les visites et les sorties sont souvent limitées dans la période suivant la naissance d'un enfant (Crevier *et al.*, 2010). Au téléphone, j'expliquais la recherche et je répondais à leurs questions. Je mettais également l'accent sur mon rôle en tant que chercheuse et sur le fait que, bien qu'accompagnant une infirmière pendant le suivi, je ne relève pas du CSSS. J'essayais, par ma tenue vestimentaire notamment, de souligner ma non-affiliation. Alors que j'avais tenté d'imiter la tenue de ville des infirmières lors des observations, je ne me suis pas gênée pour porter un *jeans* pour les entrevues avec les usagères. Les entrevues avec les jeunes mères ont été agréables et décontractées. À mon arrivée, je réexpliquais les grandes lignes de mon étude et ouvrais la porte aux questions. Je faisais également signer le formulaire d'information et de consentement (Annexe 5). J'avais un canevas d'entrevue auquel je me référais sporadiquement (Annexe 6), mais les entretiens ont plutôt pris la forme d'une discussion autour des enjeux de périnatalité et du rôle des familles et de la santé publique sur la santé et le développement de l'enfant. Par souci de neutralité, j'évitais l'engagement personnel, ce qui n'empêchait pas l'interaction et les échanges entre l'usagère et moi (Bourdieu, 1993). J'ai bercé plusieurs bébés, les mères ont allaité et changé des couches devant moi.⁸¹ Les enregistrements de ses entretiens sont ponctués de nos rires et de pleurs de poupons. Les entretiens ont duré entre 27 minutes et 1 h 35 et ont tous été transcrits. Le code de couleur préliminaire, utilisé dans les rapports d'observation a également été appliqué sur la transcription des entrevues.

⁸⁰ Cette expression est revenue plusieurs fois, d'abord de la bouche de l'usagère, mais également de la part des infirmières rencontrées en entrevue alors qu'elle décrivait la diversité religieuse de leurs usagères : « Oui, j'ai suivi des femmes qui se disent chrétiennes, baptistes, des femmes juives, disons juives comme moi je suis catholique. Elles se disent juives, mais elles ne font pas shabbat » (Justine, infirmière).

⁸¹ J'utilisais un niveau de langage et des signes verbaux et non verbaux pour encourager la collaboration et la confiance des femmes interrogées, tel que le propose Bourdieu (1993).

Je souhaitais avoir participé à plusieurs suivis postnatals et avoir complété quelques entrevues avec les usagères avant de rencontrer les infirmières en entretiens individuels, et ce pour plusieurs raisons : je voulais questionner ce que j'avais vu lors des suivis postnatals et je voulais comparer les visions des nouvelles mères avec celles des infirmières (Geertz, 2003). Les entretiens avec les infirmières se sont donc déroulés au cours de l'été et de l'automne 2014. Au total, 11 infirmières ont été rencontrées. J'avais auparavant accompagné certaines d'entre elles lors de visites postnatales à domicile. D'autres, au contraire, ne faisaient plus de visite à domicile depuis quelques années, mais en avaient une certaine expérience et désiraient participer à l'étude. Deux des infirmières rencontrées sont rattachées au programme SIPPE et sept sont en suivis réguliers, dont une stagiaire. Lina, l'infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ICACI) du programme, fait également partie de l'échantillon. Les entretiens se sont tous déroulés dans les locaux du CSSS, soit dans leur bureau personnel ou dans une salle réservée à cet effet. À mon arrivée, je réexpliquais les grandes lignes de l'étude, je répondais aux questions et je faisais signer le formulaire d'information et de consentement (Annexe 7). Les entrevues étaient d'une durée de 47 minutes à 1 h 35 et malgré le canevas d'entretien (Annexe 8), des sujets très différents ont pu être abordés d'une entrevue à l'autre. Avec les infirmières plus expérimentées par exemple, nous avons longuement abordé l'impact du virage ambulatoire sur la façon de concevoir la santé publique avec un grand S. Avec une autre infirmière qui a 18 ans d'expérience en soin et soutien à domicile, mes questions portaient davantage sur l'impact du domicile sur la personnalisation des soins. Avec la jeune stagiaire, j'ai davantage abordé des sujets comme la transition entre l'école et le terrain, son degré de satisfaction et de préparation aux réalités du terrain. J'ai modulé mes questions afin que chacune d'entre elles m'aide à saisir une facette du métier d'infirmière : l'une faisait ressortir l'institution, l'autre la critiquait, l'une parlait de l'expérience, l'autre de la non-expérience, et ainsi de suite (Beaud et Weber, 2003). Toutes les femmes rencontrées en entrevue, à l'exception de la jeune stagiaire, ont elles-mêmes des enfants. Le rapport qu'elles entretiennent avec leur propre maternité/parentalité a souvent occupé une place importante dans les discussions. Quelques-unes des infirmières rencontrées sont issues de l'immigration. Ce facteur est particulièrement pertinent puisqu'il vient apporter un regard peu exploré dans le milieu de la santé. En effet, la plupart des études dressent un portrait – et en font l'analyse subséquente – d'un corps d'infirmières blanches et homogènes

en opposition aux usagères qui sont issues des minorités et forment un groupe hétérogène (Cognet, *et al.*, 2010). Tous les entretiens se sont déroulés en français, ont été enregistrés et retranscrits.

Tout comme les observations, deux des entretiens avec les usagères et deux des entretiens avec les infirmières se sont déroulés après une première analyse des données. Elles avaient comme fonction de valider les résultats, mais également de répondre aux questions qui n'avaient pas suffisamment été développées au cours des premiers entretiens ou pour répondre aux nouvelles questions qui avait surgi lors de l'analyse.

L'anonymisation, le codage et l'analyse : sur le chemin de la modélisation

Une fois la transcription de mes notes d'observation et des entretiens terminée, j'ai procédé à l'anonymisation des manuscrits. Les noms des participantes ont été modifiés ainsi que toute autre information susceptible de les identifier (nom de leurs enfants, nom de leur mari, etc.). Garantir l'anonymat des infirmières, toutes employées du CSSS de BCSTL, a nécessité quelques modifications supplémentaires. Leur origine ethnique, leur âge et leur expérience dans d'autres départements permettent d'identifier certaines d'entre elles. J'ai donc mis de côté certaines caractéristiques.

Les rapports d'observations et les transcriptions d'entretiens ont été importés dans Atlas TI, un logiciel d'analyse qualitative. Dans un premier temps, j'ai classé mes documents selon le type de matériel : rapport d'observation, transcription d'entrevue avec usagère, transcription d'entrevue avec infirmière. Tel que proposé par Beaud et Weber (2003), j'ai débuté le codage avec les observations et entretiens qui m'avaient paru les plus intéressantes et pertinentes. Pour le codage, j'ai tenté de me rapprocher le plus que possible de la méthode d'analyse proposée par Strauss et Corbin (1990, dans Strauss, 1992). Je m'en suis parfois un peu éloignée afin de laisser libre-court à mon instinct. J'ai procédé à un « codage ouvert » qui vise à fractionner les données en « les nommant, les comparant et les regroupant en fonction de leurs propriétés » (Strauss, 1992 : 54). Cette forme de codage a été amplement suffisante pour répertorier et recenser les éléments factuels ou d'ordre organisationnel. J'ai ensuite procédé au « codage axial » qui consiste à lier les catégories entre elles et d'y faire émerger

une seule catégorie comme étant le phénomène central de l'étude. Sans surprise, mon codage ouvert avait permis de repérer une catégorie « Négociation ». Tout ce qui m'était apparu à première vue comme une adaptation, un compromis, un ajustement, un accommodement, une tension ou un conflit a été identifié par le code « Négociation ». Je devais ensuite réfléchir à la façon dont étaient liées mes sous-catégories ou dimensions au concept de négociation. Quelle est la propriété d'une négociation? La négociation était-elle un contexte, une cause, une stratégie, une condition de l'action? Pour ma part, la position que prenait l'infirmière par rapport à ce qu'elle considère comme les normes de la santé publique permettait de distinguer les formes de négociation. Il est essentiel de noter ici que ce que j'identifie comme « le rapport aux normes de la santé publique » signifie plutôt le rapport « à ce que l'infirmière identifie comme étant les normes de la santé publique ». En effet, il arrive parfois qu'au nom de la santé publique, une infirmière agisse d'une manière tout à fait contraire à ce que la santé publique préconise véritablement. Ainsi, il est toujours question « des normes de la santé publique », dans la mesure où elles sont comprises, interprétées et divulguées d'une manière qui est propre à chaque infirmière.

Finalement, pour la dernière partie du codage, ce que Strauss et Corbin (1990, dans Strauss, 1992) nomment le codage sélectif qui permet la création d'un modèle théorique synthétisant les résultats de l'étude, je me suis inspirée de la méthodologie de l'étude de Becker *et al.*, (1961) dans *Boys in white : Student culture in medical school*.⁸² J'ai dû reprendre les segments identifiés comme « Négociation » ainsi que les mémos qui y étaient accolés. J'ai tenté de leur attribuer un sens plus général, comme l'ont fait les auteurs avec les *perspectives* des étudiants en médecine : « After running through the incidents and reviewing the tentative analyses made in the field, we formulated a general statement of the perspective as the students themselves might have put it » (Becker *et al.*, 1961 : 37). Une des principales différences entre l'exercice analytique de ces auteurs et celle que j'ai voulu réaliser porte sur

⁸² Le livre *Boys in white : Student culture in medical school* (1961), porte sur la formation des étudiants de médecine. Les auteurs retracent l'évolution des représentations de la médecine et de sa pratique, chez les étudiants de la première à la quatrième année de formation. Leur adhésion à la culture estudiantine est nécessaire à l'acquisition de compétence professionnelle.

la place des acteurs dans la réflexion. Dans mon analyse, je ne m'intéresse pas à la façon dont l'infirmière en action identifie son geste de « négociation », alors que pour Becker *et al.*, le motif mobilisé par les étudiants est déterminant.

À titre d'exemple, le segment suivant :

La mère et le père parlaient un français très rudimentaire. [...] Micheline parlait lentement, avec des beaucoup de gestes. [...] Elle essayait d'expliquer en mot simple « lochies », « le retour de couche ». La mère a souri et lui a dit « j'étais infirmière dans mon pays ». Micheline rit et immédiatement, elle ajusta son langage pour une version plus scientifique. Moins d'information générale et plus d'informations précises » (Notes d'observation)

A été traduit par : « Repositionnement du langage »

Une fois que les 124 entrées ont été traduites en déclaration plus générale et ont été, lorsque possible, regroupées, j'ai formulé « a systematic and more general statement of the kinds of attitudes and actions which could be seen as expressing the basic » *négociation* (Becker *et al.*, 1961 : 39). Cet exercice était une manière de donner un sens aux données collectées. À l'aide de cette méthode, j'ai identifié cinq formes de négociation, qui feront l'objet de la prochaine partie de cette thèse. Chacune des cinq formes de négociation représente une façon unique de négocier et s'oppose à la mise en forme des idées explicatives des quatre autres (Geertz, 2003). Elles représentent mon interprétation de la visée du phénomène de négociation (Berger et Gayet-Viaud, 2011).

La collecte de données m'oblige à concentrer sur les infirmières et leurs perspectives, au détriment du point de vue de l'usagère. La méthodologie utilisée ne permet que très peu de retours sur les observations de suivis postnatals avec les usagères, alors qu'ils sont possibles avec les infirmières. De plus, même quand j'avais la chance de m'entretenir avec des usagères, ce n'était qu'une seule fois et pour seulement une heure. Le discours des usagères m'est principalement parvenu à travers ce que les infirmières m'en ont dit. Les infirmières ont quant à elles été suivies sur une longue période, à plusieurs reprises, dans une multitude de situations en plus d'avoir parfois été interviewées. Pour ces raisons, j'aurai de la difficulté à donner une voix égale aux deux parties. De ce fait, je déclare que l'interaction infirmière-usagère sera principalement, pour ne pas dire entièrement, étudiée du point de vue de l'infirmière. Je

justifie cette façon de procéder en soulignant d'abord qu'il est préférable « de mieux comprendre d'abord les milieux de soins pour ensuite nous attarder à celles et ceux qui y sont de passage » (Fortin, 2013 : 180). Ensuite, bien que le rapport usagères/infirmières joue un rôle particulièrement important dans la construction de l'identité professionnelle, la profession d'infirmière ne peut se caractériser par la seule relation de service (Grando et Sulzer, 2003). Les bénéficiaires potentiels varient considérablement. La relation est insuffisante pour rendre compte de l'activité, du savoir-faire et de l'identité professionnelle. Enfin, il est possible que le travail d'infirmière se déroule sans qu'il y ait de véritables relations de service, notamment dans ce que Jean Gadrey nomme une relation standardisée, qu'il identifie comme n'étant pas une interaction (Menger, 2003).

Pour terminer l'analyse, j'ai présenté les résultats préliminaires aux infirmières participantes et autres employés du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, lors d'une présentation formelle, le 16 novembre 2015, qui avait pour but de valider les réflexions et la modélisation. Leurs commentaires et rétroactions m'ont permis de réajuster quelques éléments d'analyse en plus de confirmer la mise en forme de cette thèse.

La construction idéaltypique et le récit semi-fictif

« Be a good craftsman: Avoid any rigid set of procedures. Above all, seek to develop and use the sociological imagination. Avoid the fetishism of method and technique. Urge the rehabilitation of the unpretentious intellectual craftsman, and try to become such a craftsman yourself. Let every man be his own methodologist; let every man be his own theorist; let theory and method again become part of the practice of a craft »

(Mills, 2000 [1959] : 225)

Les infirmières rencontrées sont, pour la plupart, conscientes d'arrimer, d'ajuster, d'adapter, d'accommoder leurs pratiques de soin lorsqu'elles interagissent avec les usagères. « Négocier » n'est toutefois pas un terme que ces professionnelles de la santé utilisent d'emblée lorsqu'elles parlent de leur travail. Le terme relève plutôt d'une construction conceptuelle utilisée par les sociologues et autres chercheur.e.s (Becker *et al.*, 1961; Cagnet, 2012; 2013; Freidson, 1984; Kutty, 1975; Pennec *et al.*, 2014; Strauss *et al.*, 1963; Strauss, 1992). Déterminer et décrire les différentes formes de négociation est l'angle sous lequel

j'examine la réalité empirique, mon fil narratif, ma façon de faire sens du chaos que présente la réalité sociale observée, à savoir, les interactions entre infirmières et usagères lors des suivis postnatals (Coenen-Huther, 2003; Cefai, 2010; Thériault, 2013).

L'analyse de mes résultats a débuté dès la collecte de mes premières données, c'est-à-dire dès les premiers échanges de courriels, les premières rencontres et l'observation des premiers suivis postnatals (Strauss et Corbin, 1990 dans Strauss, 1992). J'ai été amenée à comparer ce que je voyais dans les différents suivis et ce que j'entendais par le biais des récits des infirmières. L'observation des différentes façons qu'avaient les infirmières de négocier leur pratique de soin m'a permis de créer des idéaltypes de négociation (Thériault, 2013). Par modèle idéal, j'entends une « présentation [...] conforme à la réalité empiriquement observable si les actions et interactions en cause obéissaient à une logique pure que ne viendrait affecter aucun facteur extérieur à cette logique » (Coenen-Huther, 2003 : 533). L'idéaltype en tant qu'outil allait me permettre d'observer, de décrire et d'interpréter la réalité empirique (Weber, 1965 [1904]).

Dans un mouvement constant de va-et-vient entre les données empiriques et la construction théorique, j'ai identifié le rapport aux normes de la santé publique, qui agissent en quelque sorte comme une concrétisation des valeurs, des savoirs et des idéaux de la santé publique, comme étant l'élément qui distinguait les différentes façons de négocier des infirmières. Une fois les différentes formes de négociation esquissées, la construction idéaltypique permet un retour sur les données empiriques : le matériel recueilli lors des observations et des entretiens nourris les types créés et une fois construits, les types permettent de comprendre et d'interpréter les formes de négociation (Thériault, 2013). Le rapport axial aux normes de la santé publique a guidé la construction idéaltypique présentée dans les prochains chapitres. Il permet d'analyser les comportements et les attitudes des infirmières lorsqu'elles entrent en interaction avec leurs usagères.

Les normes de la santé publique

Pourquoi parler de normes de la santé publique dans le cadre d'une étude faisant la part belle aux notions de savoirs ou de savoir-faire pour définir la culture professionnelle ? Mon choix repose sur trois considérations. Dans un premier temps, c'est un choix théorique. Pour

Champy (2011), une norme formelle est un savoir et constitue le noyau dur de la profession infirmière, tant que celui-ci unit les professionnelles. Le rapport qu'elles entretiennent, en situation, avec les normes de la santé publique est fluctuant. Ainsi, si les normes unissent les infirmières, leur rapport aux normes est susceptible de les diviser. Les normes de la santé publique sont toutefois comprises, interprétées et divulguées d'une manière qui est propre à chaque infirmière. Dans un deuxième temps, les normes de la santé publique ne sont pas le propre des infirmières puisqu'elles sont transmises aux usagères et intégrées par celles-ci. Les normes de la santé publique ne sont donc pas strictement le fait des professionnelles. Ma troisième et dernière considération est d'ordre méthodologique. Les normes de la santé publique, formelles, sont consignées dans des manuels accessibles aux chercheuses. Il est donc facile d'observer et de comparer ce que l'infirmière devrait dire ou faire avec ce qu'elle fait véritablement.

Les formes de négociation sont basées sur une conception de la réalité qui est mienne. Dans cette veine, j'ai décidé d'assumer jusqu'au bout ma présence sur le terrain et de prendre acte de mes valeurs, de mes choix méthodologiques et de mes préférences (Dumont-Lagacé, 2013). Ce faisant, j'ai décidé d'illustrer ma construction idéaltypique, mes cinq formes de négociation, par des récits semi-fictifs ou, comme le défendrait Geertz, « imaginative writing about real people in real places » (1988 : 141; Humphrey et Watson, 2009). Tous les sujets évoqués, toutes les réponses données et les actions prises ont bel et bien été observés ou recueillis à travers des entretiens, des conversations de corridor ou sont le fruit de rétroactions recueillies lors de la présentation de mes résultats dans des colloques. La semi-fiction relève plutôt de l'amalgame entre ces divers éléments au sein de six récits distincts, soit celui présenté en introduction et cinq autres, qui ouvriront chacun des chapitres de la deuxième partie (Humphrey et Watson, 2009).

Les récits, tout comme la thèse, sont écrits à la première personne puisqu'ils parlent de ma représentation de la réalité (Becker, 2007). Je ne m'exprime toutefois pas à titre personnel. Je rends compte de mes interrogations personnelles, mais elles sont couplées avec celles des autres et rattachées à des débats d'actualité (Cefaï, 2010 : 558). Lors des suivis, j'ai parfois été « choquée » alors que les infirmières et les usagères n'ont pas semblé relever quoi que ce soit. J'ai parfois été très émotive, alors qu'elles étaient impassibles. Je fais une description des suivis de manière à rappeler au lecteur ma présence sur le terrain et, de ce fait, l'importance de ma perception de la réalité dans la construction des idéaltypes. « [...] on désire que son

histoire reflète ses attitudes personnelles, ses interprétations propres, parce que ce sont précisément ces facteurs personnels qui sont importants pour l'étude et le traitement du cas » (Coulon, 1992 : 65). La description des situations est déjà une interprétation. « Rather, these meanings are interpretive constructions assembled and conveyed by the researcher. And, in the pragmatist terms discussed above, such semi-fictionalized writing can be characterized as true » (Humphrey et Watson, 2009 : 51). Je n'ai donc pas essayé d'évacuer ces aspects personnels. Au contraire, je m'en suis plutôt servi pour créer ma propre compréhension du monde et appréhender le phénomène étudié à partir d'elle (Thériault, 2013; Dumont-Lagacé, 2014).

Le récit semi-fictif présente également l'avantage de restituer la négociation sans la sortir de son contexte, de son ordre social (contexte structurel et contexte immédiat de négociation). Avec le récit semi-fictif, il est plus facile de rendre compte du caractère intime, émotif et parfois troublant que provoque la rencontre entre une infirmière et une usagère. Finalement, le choix d'user du récit semi-fictif comme méthode relève également de considérations éthiques. L'équipe du programme Périnatalité 0-5 ans du CSSS de BCSTL est composée d'environ quinze infirmières et la description détaillée, fine et dense d'un, ou de six suivis postnatals, pour illustrer les formes de négociation aurait pu dévoiler l'infirmière vedette (Humphrey et Watson, 2009). Il est de mon devoir de conserver leur anonymat.

Le retour auprès des participantes et des non-participantes

J'ai présenté mes résultats à plusieurs stades de leurs conceptions. Dès les premières réflexions sur les négociations et la marge de manœuvre des infirmières, aux premières ébauches de la modélisation des cinq formes de négociation. La plupart des présentations se sont déroulées en contexte académique, au Québec, au Canada anglais et aux États-Unis.⁸³

⁸³ « Religiosity as a Factor of Negotiation: The Case of Postnatal Home Monitoring » (2015), Ways of Knowing, 4th annual conference, Harvard Divinity School, Cambridge, MA ;
« Religiosity, Negotiation and Healthcare: The Case of Postnatal Home Monitoring » (2014), Norms of Religious Minority Workshop, Victoria, BC ;

Chacune des présentations, suivies de discussions, m'a amenée à reconsidérer, retravailler et peaufiner certains éléments. En novembre 2015, j'ai présenté les résultats de mon étude, dans leur forme quasi finale, à des infirmières qui ont participé à l'étude ainsi qu'à d'autres professionnel.les de la santé travaillant sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Les résultats ont été accueillis positivement, en ce sens que les participantes et les non-participant.e.s ont dit se reconnaître dans mes résultats. Cette confirmation m'a donné la conviction d'avoir fait une analyse sociologique satisfaisante du phénomène observée puisque j'ai réussi « à restituer la réalité dans laquelle sont engagées les personnes que nous avons étudiées, la réalité qu'ils créent en donnant un sens à leur expérience, et par référence à laquelle ils agissent » (Becker, 1985 dans Avanza, 2008 : 54). L'exercice de présentation des résultats aux infirmières permet non seulement un retour fort précieux des participantes, mais oblige une réévaluation et une reconsidération a priori des résultats de notre travail. Ai-je oublié quelque chose? Y a-t-il un angle mort que j'aurais négligé? En voulant leur démontrer que j'avais bel et bien saisi leur réalité sociale, j'ai du faire preuve de nuance, ce qui m'a amenée à faire un pas de plus dans la compréhension de leur vécu.

Le retour auprès des participantes s'est également fait sous forme de lecture partielle du manuscrit par une participante et une responsable du déroulement de l'étude. Afin de répondre à des considérations éthiques, j'ai soumis quelques parties de mon texte aux participantes qui peuvent être identifiées afin d'obtenir leur l'autorisation (Weber, 2008 : 143). L'exercice n'a pas été une mince tâche. D'abord, l'approche ethnographique, dans sa forme écrite, peut diverger de ce que certaines entendent comme l'écriture scientifique. Dans un premier temps, les lectrices ont avoué être mal à l'aise avec la forme que prenait le manuscrit. Les rétroactions de mes lectrices m'ont fait réaliser à quel point les individus réagissent à la

« Suivis postnatals à domicile en milieu multiethnique : l'adaptation des pratiques de soins » (2014), Colloque international du CÉLAT, Représentation et expérience du vivre-ensemble dans les sociétés contemporaines : un état des lieux, Québec, QC. ;

« Croyances, rituels et pratiques religieuses comme facteurs d'ajustement des pratiques de soins : le cas des sages-femmes et infirmières en périnatalité » (2014), 3e Colloque pour étudiants et jeunes chercheurs sur le religieux contemporain, Université de Sherbrooke, QC.

description de leur univers. Elles demandaient l'importance, pour l'étude, de la description des lieux physiques, des horaires des infirmières, etc. L'objet de l'étude étant les négociations entre infirmières et usagères, pourquoi devais-je aborder d'autres sujets a priori déconnectés? Quelques explications sur l'approche ethnographique les ont rassurées. Elles ont également exprimé certains malaises concernant des passages du texte que j'ai retravaillés suite à leurs commentaires. À leur demande, j'ai retiré certaines parties et étoffé, complété d'autres sections. À ce sujet, Florence Weber se prononce :

Il faut alors vérifier point par point ce qui risque de nuire, ou de choquer. Il s'agit souvent de détails qui jouent un rôle mineur dans la démonstration du sociologue. À élaguer son texte de ces détails dont la signification indigène excède la signification sociologique, le chercheur peut gagner en effets de connaissance ce qu'il perd en effets de réel, et la réduction qu'il est alors amené à opérer rapproche le cas ethnographique raisonné des faits stylisés chers aux économistes (2008 : 145).

Malgré les quelques modifications, je me suis efforcée de demeurer fidèle à l'approche ethnographique. L'exercice du retour auprès des enquêtés, bien qu'exigeant et parfois frustrant, a été d'une grande richesse pour l'étude ainsi que pour mes réflexions générales sur l'approche ethnographique et ce que signifie « faire de la recherche ».

Dans ce chapitre, j'ai présenté la méthodologie utilisée pour cette étude. J'ai expliqué comment l'approche ethnographique permettait de mettre en lumière les interactions entre infirmières et usagères dans le contexte des soins postnatals à domicile. J'ai également décrit les façons dont mes données ont été collectées, des premiers contacts avec le terrain au retour auprès de mes participantes. J'ai également fait part de ma réflexion entourant l'utilisation de l'idéal-type et la présentation de mes résultats sous forme de récit semi-fictif.

DEUXIÈME PARTIE – RAPPORT AUX NORMES DE LA SANTÉ PUBLIQUE : CINQ FORMES DE NÉGOCIATION

À l'aune de la première partie, il a été établi que pour répondre aux demandes de leurs usagères, les infirmières doivent trouver un équilibre entre leur mandat infirmier et les attentes de celles-ci. En faisant la promotion du meilleur intérêt de leurs usagères, les infirmières se retrouvent souvent à devoir non seulement respecter, mais également prendre en compte une multitude d'opinions, de croyances, de pratiques et de préférences personnelles au sein même de leurs interventions. La pratique des professionnelles de la santé se distingue des autres pratiques professionnelles, « par le fait qu'elle se réalise sur un matériau humain qui interagit et appelle de permanentes négociations » (Strauss *et al.*, 1963 dans Cognet et Fortin, 2003 : 158). La négociation est centrale à la rencontre clinique et peut parfois être un réel défi dans la pratique infirmière (Le Gall *et al.*, 2012). J'ai également souligné la nécessité de négocier dans la mesure où un arrimage des services de santé à la diversité de la population desservie est indispensable au maintien d'un service de soins efficace et qu'une non-prise en compte de la diversité des besoins pourrait favoriser les inégalités face aux soins (Fortin et Le Gall, 2007). Il y a un apport positif à la prise en compte des dimensions socioculturelles, tant dans les pratiques cliniques, médicales que paramédicales, notamment dans la construction d'une alliance thérapeutique, essentielles à la réussite d'une intervention (Bibeau, 1994 dans Fortin, 2004; Alvarez, 2004).

Désormais, la question n'est plus de savoir si les infirmières négocient ou non avec la population desservie, mais plutôt de quelles façons elles le font et jusqu'où? (Le Gall et Xenocostas, 2011). Dans un contexte où négocier apparaît comme une norme sociale légitime et efficace pour éviter ou diminuer les conflits, les infirmières ont une certaine autonomie dans ce domaine. Malgré les difficultés qu'être laissées à elles-mêmes peut engendrer « [...] plusieurs ont formulé le désir [que le devoir d'accommodement] ne passe pas par l'ajout de normes ou de contraintes, mais plutôt par la mise en place d'occasions inspirantes d'enrichissement dans la pratique quotidienne » (Gauthier, 2004 : 21).

Les prochains chapitres exposent cinq formes que peuvent prendre les négociations en contexte de suivi postnatal à domicile. Il est question de négociation par coopération, par compromis (identification et projection), par détachement, par adaptation typifiée et par coercition. Chacune de ces formes découle d'un rapport particulier aux normes de la santé publique. Elles sont présentées comme des idéaltypes : hermétiques, délimités et ultimes et permettent d'opérationnaliser ce qui a été vu sur le terrain en matière d'adaptation de la pratique de soin en contexte pluraliste. Il ne s'agit pas de types d'infirmière, mais bien de forme de négociation types qui servent à expliquer comment les infirmières, en situation, négocient leur pratique de soin avec leur usagère.

Les chapitres qui suivent débutent tous par la description d'un cas exemplaire semi-fictif. Le cas exemplaire a pour fonction d'asseoir l'explication et l'analyse de la forme de négociation présentée. Les négociations par coopération, par compromis (identification et projection), par détachement, par adaptation stéréotypée et par coercition ne sont pas présentées dans un ordre linéaire qui exprime une gradation de « la meilleure façon de négocier » à « la pire façon de négocier ». Cette étude ne vise pas, on s'en rappelle, à déterminer les bonnes pratiques ou à dénoncer les mauvaises. Elle n'offre pas de réponse toute faite aux interrogations des professionnelles. Au contraire, elle vise une réflexion située sur « la façon de faire infirmière » lorsqu'elles entrent en interaction avec des usagères dont les conditions, pratiques et croyances interfèrent potentiellement avec les normes de la santé publique du Québec. Une analyse *in situ* rend une modélisation linéaire des formes de négociation inadéquate.

Chapitre V — Première forme de négociation : la coopération

« Est-ce que je dépose mes choses? Est-ce que je les garde sur moi? Est-ce que je rentre avec mes chaussures? Sans mes chaussures? Tu ne veux pas les déposer! Les filles m'ont raconté des histoires... » (Stella, stagiaire)

« L'hiver, c'est arrivé que je m'apporte des pantoufles. » (Brigitte, infirmière)

« J'ai toujours mes protégés-bottes. » (Anne-Marie, infirmière)

« M'a te dire, ça dépend. » (Nadège, infirmière)

C'est notre deuxième suivi de la journée. On s'arrête devant la porte d'un appartement, Micheline, l'infirmière que j'accompagne, lève le poing pour cogner et hésite. Elle baisse les yeux sur son cartable ouvert et cherche une confirmation de l'adresse en faisant glisser son doigt de haut en bas de la feuille. Ayant trouvé ce qu'elle cherche, elle referme son cartable et cogne à la porte avec vigueur et détermination. On entend les cliquetis de la serrure et le visage d'un homme apparaît dans l'entrebâillement de la porte. « C'est l'infirmière du CLSC, pour madame... », elle (re)ouvre rapidement son cartable et y lit le nom de la mère en le prononçant difficilement, syllabe par syllabe. « Ab-del-ma-djid ». L'homme tient désormais la porte ouverte et nous sourit fièrement. « Entrez! »

Il nous invite à entrer dans un petit logement de deux pièces. Si les tapis de l'immeuble, tant du hall d'entrée que des corridors, m'avaient semblé poussiéreux et tâchés, celui de l'appartement n'en est qu'une continuité. L'appartement est petit certes, mais n'est ni encombré, ni vide. D'épais rideaux, qui ne sont, après observation qu'une couverture retenue à une tringle par des épingles à linge, couvrent à la fois la porte-fenêtre et la seule fenêtre de la pièce. Il fait sombre. Une odeur de renfermé et d'humidité flotte dans l'air du demi-sous-sol. Micheline sourit à la mère assise avec son poupon dans le vieux fauteuil près de la porte et lui adresse ses félicitations. On enlève nos manteaux et je sens Micheline hésiter à mes côtés. Elle regarde tout autour et alors que l'homme lui tend un cintre, elle lui répond qu'elle mettra nos manteaux dans son sac. L'homme semble perplexe et alors qu'elle retire le pèse-personne de son gros sac, elle y jette nos deux manteaux. Elle lui explique que nous visitons plusieurs maisons par jour et qu'il est important de ne pas amener les microbes de la maison précédente

dans leur demeure et de ne pas transporter les microbes d'ici, ailleurs. Les nouveau-nés ont la santé fragile et on doit minimiser leur exposition aux microbes, lui rappelle-t-elle.

C'est la première journée de l'automne qui nécessite de porter un manteau et avant ce moment précis, je n'avais pas pensé à l'organisation que le port de ce genre de vêtement pouvait nécessiter pour les infirmières à domicile. Plusieurs articles portent sur les difficultés pour les membres d'équipes soignantes à domicile de travailler dans des conditions d'insalubrité morbide ou lors d'infestation de punaises et de vermines, mais à l'exception de l'étude de Le Gall *et al.*, (2012), les études sociologiques ne portent que très rarement sur les mesures prises par les infirmières lors des visites dans les appartements « moyens ». L'appartement un peu plus sale que propre. Outre certains articles qui rendent compte des complications liées à un environnement de travail problématique, il existe des guides de prévention⁸⁴ et des guides d'intervention⁸⁵ dans plusieurs CSSS. Une marche à suivre très stricte est présentée. Dans les cas où les logements ne se qualifient pas comme étant excessivement malpropres ou infestés, la marche à suivre ne semble pas être rigoureusement appliquée. Tout juste ce matin, lors du premier suivi de la journée, Micheline avait laissé son manteau sur une chaise de la cuisine. Du moins, je crois me souvenir. En tout cas, c'est ce que moi j'ai fait et je fais toujours exactement comme l'infirmière que j'accompagne. Je prends une note mentale et manuscrite que désormais je dois porter attention à ce que l'infirmière fait de nos manteaux. Pourquoi Micheline range-t-elle son manteau dans son sac alors que ce matin, elle l'a simplement abandonné sur une chaise? Il est vrai que la famille que nous avons visitée plus tôt ce matin vivait dans un environnement bien différent.

⁸⁴Direction de la santé publique (2012). « Guide de prévention. Interventions à domicile. Situation d'insalubrité morbide ». Consulté en ligne le 9 mai 2014. Adresse URL : [http://www.asstsas.qc.ca/documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/Autres/Guide insalubrite 2012.pdf](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/Autres/Guide%20insalubrite%202012.pdf))

⁸⁵ CSSS de la Vieille-Capitale (2013) « Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et des conditions d'interventions ». Consulté en ligne le 9 mai 2014. Adresse URL : <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=990>

La première famille rencontrée ce matin-là vivait dans un grand appartement lumineux. Le salon et la cuisine formaient une seule et même pièce à aire ouverte. Plusieurs boîtes empilées dans un coin laissaient croire que le couple avait récemment emménagé, ce qu'ils ont confirmé au cours de la visite. Les murs étaient dégarnis, mais près de l'entrée, des cadres étaient au sol appuyés contre le mur, prêts à être installés. Sur la table de la cuisine était déposée une montagne d'objets disparates : vaisselle, livres, vêtements. Il en était de même sur le comptoir de la cuisine et le buffet, comme si on avait sorti le contenu des cartons à la va-vite. Rien d'étonnant à ce désordre, souvent causé par un mélange de confusion et de temps raréfié que l'arrivée d'un enfant provoque chez les nouveaux parents : vêtements de bébé, couches, dépliants informatifs, sucettes, couvertures de bébé, coussin d'allaitement, bavoirs, médicaments, thermomètre et bien sûr, *Mieux vivre avec notre enfant*. Le désordre n'enlevait rien à la propreté du lieu. Les planchers et les murs étaient propres, tout comme les objets éparpillés. C'est sans doute pour cette raison que les manteaux ont été négligemment déposés sur une chaise et les souliers laissés à l'entrée.

Justement, de retour dans le demi-sous-sol, Micheline mentionne aux nouveaux parents qu'elle doit garder ses souliers : question de sécurité. J'apprendrai plus tard que certaines infirmières gardent toujours leurs souliers, « c'est pour des raisons de sécurité. Puis ça m'est arrivé, hein, de sortir avec des femmes, des buildings parce que l'alarme de feu a sonné », m'explique une de ces infirmières qui ne se déchausse jamais. Au cours des visites suivantes, je constaterai que les infirmières ont différentes façons de disposer, surtout en hiver, de leurs bottes et de leurs manteaux. Certaines mettent toujours, à moins qu'un cas de punaises n'ait été déclaré par la ville de Montréal, leur manteau là où le propose l'usagère. D'autres préfèrent le mettre sur une chaise ou un bureau (là où, me semble-t-il, il n'est pas en contact avec d'autres tissus). D'autres encore, comme Micheline pour cette visite, utilisent le sac où se trouve leur pèse-personne pour y déposer leur manteau (et le mien). Finalement, certaines vont le mettre dans un sac plastique qui sera jeté avant même de quitter l'appartement. Pour les bottes d'hiver, tout autant de techniques sont utilisées : certaines enlèvent leur bottes et font la visite en chaussettes, quelques-unes s'apportent des souliers d'intérieur ou des pantoufles, d'autres mettent des couvres-chaussures en plastique et, finalement, certaines gardent

carrément leurs bottes d'hiver, neige pas neige, tapis pas tapis. Pour ma part, j'imité à la lettre ce que font les infirmières que je suis.

Le fait de garder nos souliers ne semble pas importuner nos hôtes qui portent tous deux des sandales. Micheline contourne la table et s'approche du père, la main tendue, pour le saluer. Il regarde la main de l'infirmière et, en croisant ses bras derrière son dos, s'excuse de ne pas lui retourner sa salutation. Il pointe alors son jeune fils et le désordre qui entoure sa femme : quelques couches, lingettes et habits, tant propres que souillés et marmonne le début d'une explication, comme quoi il n'a pas lavé ses mains. Micheline ne s'incommode pas de la situation et tend alors la main à la jeune mère, qui la lui serre en souriant. L'infirmière se présente à la mère et lui explique sommairement le déroulement du suivi. Aux premières questions d'usages, s'enchaînent les questions plus techniques et Micheline commence à remplir le dossier de la mère et de l'enfant. Le père, qui s'était assis près de son épouse, se relève pour laisser la place à l'infirmière. Micheline refuse gentiment prétextant qu'elle préfère rester debout.

De mon siège, une chaise de cuisine placée face au canapé, je regrette de m'être assise. J'ai beau être « l'ombre » de Micheline pour l'avant-midi et avoir imité la majorité de ses gestes depuis 8 : 30 ce matin, je n'ai pas porté attention au fait qu'elle ne s'était pas assise. Ce matin pourtant, nous nous étions assises sur la banquette en L, dans le spacieux salon de la famille rencontrée. J'ai déjà une dizaine d'observations de suivis postnatals à mon actif, mais c'est la première fois que je suis avec Micheline. Je me promets de porter une attention toute particulière à ces éléments matériels (bottes, manteaux, salutations et positionnement de l'une et l'autre) qui scandent l'entrée en scène de la rencontre postnatale.

L'entrée en scène : donner le ton à la rencontre

Où poser son manteau, s'asseoir ou rester debout et, dans le cas échéant, où s'asseoir et où rester debout pour procéder à des soins efficaces ne sont pas des éléments qui génèrent

beaucoup de réflexions chez les infirmières hospitalières. Devoir saluer chaleureusement des hôtes-usagères alors que leur appartement est infesté de punaises non plus. Ces situations sont uniques aux professionnelles qui œuvrent à domicile.⁸⁶ Peu importe les difficultés liées à l'espace physique de la rencontre clinique. Dans un domicile pas toujours digne d'un cinq étoiles, il est impératif de partir « du bon pied » afin que l'interaction se déroule aisément (Goffman, 1973 : 21). Si les premiers échanges entre professionnelles et usagères sont cruciaux dans la mise en place et le maintien d'une bonne relation thérapeutique (Faulkner, 2013), l'organisation que requièrent les soins à domicile ne fait que complexifier les premiers contacts et la mise en scène de la rencontre postnatale.

Les salutations, les présentations et les félicitations qui sont d'usage à l'arrivée sont une forme d'échange par lesquels se manifestent une reconnaissance et une considération réciproque entre les acteurs (Nizet et Rigaux, 2010). Ces moments, que Goffman qualifie de déférence⁸⁷, sont au cœur de la relation thérapeutique. La gestion même des éléments de base (présentations, salutations, félicitations), de par leur fluidité ou de par leur discontinuité, donne le ton à la visite. Les comportements liés à l'accueil sont, pour les usagères des services de soin à domicile, des éléments pragmatiques reflétant la qualité de l'infirmière (Faulkner, 2013). Ce chapitre propose de décortiquer une forme de négociation que j'ai appelée la négociation par coopération. En focalisant principalement, mais pas uniquement, sur les éléments qui entourent « l'entrée en scène », je décris, à l'aide du cas de la famille Abdelmadjid et de Micheline à quoi renvoie ce type de négociation. En guise de comparaison, d'autres parcelles de rencontres entre infirmières et usagères sont présentées afin de donner de la profondeur à mon explication : comment, lorsqu'elles négocient par coopération, les actrices s'ancrent dans leur statut en mobilisant, lorsque besoin est, les normes de la santé

⁸⁶ Une étude de Cagnet et Fortin (2003) soulève également que ce type de questionnement n'incombe pas aux auxiliaires à domicile. Une auxiliaire se prononce : « [L]es auxiliaires, il faut qu'elles enlèvent leurs bottes dans le portique. Madame Ghyslaine, l'infirmière, pourrait rentrer avec deux tas de neige dans les pieds, c'est pas grave, c'est Madame l'infirmière » (Cagnet et Fortin, 2003 : 162).

⁸⁷ « Par le mot de déférence, je désigne un composant symbolique de l'activité humaine dont la fonction est d'exprimer dans les règles à un bénéficiaire l'appréciation portée sur lui, ou sur quelque chose dont il est le symbole, l'extension ou l'agent » (Goffman, 1974 : 50)

publique. Le rapport aux normes de la santé publique se manifeste occasionnellement, par intermittence, lorsqu'elles en ressentent le besoin. De ce point de vue, le rapport aux normes de la santé publique semble utilitariste puisqu'elles ne s'y réfèrent que pour rehausser leur autorité. Notons d'entrée de jeu que la négociation par coopération vise à dépasser les malaises et éviter l'émergence de potentiels conflits au cours du suivi afin de créer et de maintenir un climat stable et cordial pour la durée de l'entretien. Je me suis notamment inspirée de Jim Thomas et de son article *Some Aspects of Negotiated Order, Loose Coupling and Mesostructure in Maximum Security Prisons*. Il y présente une forme de négociation entre prisonniers et gardiens de prison qui vise précisément à éviter les conflits. Un prisonnier peut en faire baver à un officier et, inversement, un officier peut faire du séjour carcéral d'un prisonnier un enfer. Sachant cela, chacun des acteurs tente de coopérer. « This "live and let live" attitude minimizes conflicts for all organizational participants, and is based on "rule following" and "not rocking the boat" » (Thomas, 1984 : 220). Quelque chose de similaire, certes moins contraignant et moins violent, ressort des suivis postnatals à domicile.

La coopération en suivi postnatal à domicile : une mise en scène bien maîtrisée par ses acteurs

Quand Monsieur Abdelmadjid nous ouvre la porte, il sait que ce sont leurs compétences parentales, les siennes et celles de sa femme, qui vont être évaluées. La visite postnatale de l'infirmière est présentée comme un suivi personnalisé de la condition physique du nouveau-né (la pesée, les informations sur les soins d'hygiène et de santé des nourrissons), et de la mère (soutien à l'allaitement).⁸⁸ Mais les usagères ne sont pas dupes. Plusieurs confessent en entretien, ou même directement lors des suivis postnatals⁸⁹, ressentir le poids de

⁸⁸ Grossesse et naissance. Suivi postnatal CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Consulté en ligne le 20 juillet 2015. Adresse URL : <https://www.csssbcstl.qc.ca/soins-et-services/enfants-parents-et-famille/grossesse-et-naissance/#c15928>

⁸⁹ Lors d'une visite, une infirmière a demandé à voir comment la mère lavait le nombril de son nouveau-né et la mère a répondu : « est-ce que je suis évaluée? ». Lors d'une autre visite, un père a eu le même type de réaction lorsque l'infirmière a dit qu'on « allait regarder comment papa se débrouille avec la couche ».

l'évaluation. Pour « réussir l'évaluation », Monsieur Abdelmadjid et son épouse embrassent leur statut de parent. Tout comme Micheline assume son statut d'infirmière et moi de chercheuse. Le statut de parent ou d'infirmière par exemple, implique de déployer plusieurs compétences afin de performer un certain nombre de rôles. Ces rôles sont ce que Goffman identifie comme l'unité de constitution de l'individu (Goffman, 1974). La dyade fonctionnaliste statut/rôle réduit l'imprévisibilité dans les interactions sociales – une professeure, avec son statut de professeure, répond à son rôle de professeure. Il en est de même pour l'infirmière, la chercheuse ou le parent.

Goffman démontre toutefois les limites de cette dyade et propose plutôt de parler de « situation » puisque les interactions « en train de se faire » ne bornent pas avec exactitude les rôles d'autrui et les normes qui les sous-tendent (Gardella, 2003). Chacune des actrices en scène interprète un rôle, véhicule une image de soi (façade) et c'est dans le cadre de cette situation que l'individu se construit. L'individuation – à savoir, le processus par lequel l'acteur se définit, se donne un sens – module la situation. En présence d'usagers de la santé, le rôle des infirmières est différent que celui qu'elles jouent en présence de médecins, de supérieures ou de collègues. Alors qu'elles se placent sous l'autorité des médecins au bloc opératoire, en suivi postnatal à domicile elles sont autonomes et responsables de leurs usagers. C'est principalement à travers les tâches qu'elles ont à accomplir que leur rôle apparaît. Il en est de même pour les parents. En contexte de suivi postnatal à domicile, les parents occupent à la fois un statut de parent et un statut d'utilisateur de services de soin qui se matérialise différemment de celui qui est le leur au terrain de jeu ou en milieu hospitalier. L'analyse que Goffman fait de la situation « telle que vécue » explique les fondements de ce que j'appelle la négociation par coopération. Dans la coopération, les usagers campent dans leur rôle d'usagers et les infirmières dans leur rôle de professionnelles de la santé et elles agissent, intentionnellement ou non, exactement tel qu'il est attendu d'elles, notamment pour faciliter l'interaction. Dans cette forme de négociation coopérative, les actrices performant leur rôle d'infirmière, en mettant de l'avant des éléments tels que des actes et des attitudes qui répondent aux attentes que les usagers ont d'elles, notamment par leur adéquation à la santé publique (Berger, 2006 [1963]).

Côté cour : Micheline l’infirmière et la mobilisation sporadique des normes de la santé publique

Débutons avec Micheline. Le rôle d’infirmière vient avec une façade déterminée, une représentation collective et généralisée de ce qu’est une infirmière et de ce que fait une infirmière (Goffman, 1973). Elle répond adéquatement aux attentes liées à son rôle en portant par exemple une tenue « de professionnelle » soignée et même parfois une carte d’identification accrochée à son gilet sur lequel on peut lire « Micheline, infirmière CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Périnatalité 0-5 ans ». Afin de renforcer cette image de professionnelle et pour offrir « un surcroît de protection à des acteurs qui sont momentanément devenus sacrés » (Goffman, 1973 : 29) – telle l’infirmière à domicile⁹⁰ – elles apportent avec elle une partie d’un « décor » symboliquement associé aux soins postnatals, à la santé, à l’institution de la santé publique : un pèse-personne, un stéthoscope et de la documentation scientifique. Les tâches accomplies par les infirmières pendant le suivi postnatal correspondent aux attentes des usagères : enseignements, évaluations physiques et psychologiques, quelques tâches techniques, etc. Si un parent demande de l’aide pour une tâche qui sort un tant soit peu du cadre de responsabilité de l’infirmière, il est fort probable, dans le cas de la négociation par coopération, que cette dernière refuse. Un parent ayant demandé de l’aide pour le bain de leur nouveau-né s’est fait proposer le soutien d’une bénévoles : « elle, elle est formée pour ça. C’est leur job à elles de vous montrer ça si vous avez besoin d’aide », avait répondu Sandrine aux parents. Les paroles de l’infirmière avaient été prononcées sans, selon mes observations, avoir blessé l’usagère. Au contraire, les parents semblaient conscients qu’une telle tâche n’incombait pas à une infirmière et ils paraissaient satisfaits d’avoir la possibilité de bénéficier d’un soutien bénévole offert par le CLSC. Le bain du nouveau-né peut être considéré comme du sale boulot (*dirty work*) (Hughes, 1996). Cette tâche est souvent relayée aux subordonnées, comme les auxiliaires familiales ou les bénévoles,

⁹⁰ Elles ont été plusieurs en entrevue à évoquer cette distance entre elles et l’usagère, entre elles et les profanes. Elles ont parlé de « halo de professionnelles de la santé » et de « l’aura infirmière ». Dans cette optique, Thériault (2013) aborde la notion du *Us/Them* lorsqu’elle traite de la culture policière et de l’identité de groupe.

ou encore à la sphère privée (aux grands-mères par exemple). Pour sa part, que ce soit pour des contraintes de temps, rappelons que le temps est central dans l'organisation des soins à domicile (David *et al.*, 1999) ou pour incarner son rôle d'infirmière à la perfection, Sandrine, comme toutes les autres professionnelles en situation de négociation par coopération, a limité ses tâches à ce qui est attendu d'elle.

Dans le cas de Sandrine et du bain du nouveau-né, l'infirmière a justifié son refus d'y prendre part par l'existence, au sein même de l'établissement de santé, de bénévoles chargées de ce type d'aide domestique. Elle a mobilisé une ressource de la santé publique qui se traduit par la hiérarchisation des services de soin délimitant quelles tâches relèvent des infirmières et quelles tâches relèvent des subordonnées. La négociation par coopération se distingue des autres formes de négociation précisément par cet élément : en situation de négociation par coopération, l'infirmière, lorsqu'elle doit justifier une action, mobilise le cadre de la santé publique. Cette mobilisation correspond d'ailleurs avec ce qui est attendu d'elles, ce qui concorde avec leur rôle d'infirmière. De la même façon, lorsque Micheline désire garder ses chaussures ou mettre ses vêtements dans son sac, elle s'appuie sur les normes de la santé publique. Dans le cas du port de chaussures, la norme mobilisée renvoie à l'organisation du travail et plus précisément aux normes de sécurité. Les normes de sécurité agissent régulièrement à titre de balise aux adaptations (Le Gall et Xenocostas, 2011). Dans le cas du manteau toutefois, l'infirmière va plutôt mobiliser l'idée de prévention omniprésente en santé publique. Si Micheline avait mentionné qu'elle ne voulait pas prendre le risque de se salir ses chaussettes sur le tapis, les nouveaux parents auraient sans doute été froissés. Établir une relation avec quelqu'un de vexé n'est pas une mince affaire et les infirmières le savent. Elles ont donc appris à gérer ces situations délicates en se retranchant derrière les normes de santé publique. Ces normes cadrent avec le rôle de professionnelle et leur mobilisation confère aux infirmières de la légitimité aux yeux des usagères, en plus de leur assurer une protection de l'institution de santé.

Côté jardin : la famille Abdelmadjid, les « bons parents »

Micheline, Sandrine et toutes les infirmières que j'ai suivies, ont, à un moment ou un autre, campé dans leur rôle de professionnelles, projeté l'image attendue de l'infirmière,

effectué des tâches qui leur sont propres et justifié leurs actions par des normes associées à leur rôle. Dans la forte majorité des cas, au même moment, les usagères se sont prêtées au même exercice. En contexte de soins postnatals à domicile, il est attendu que les parents embrassent leur rôle de « bons parents ». Je conceptualise le « bon parent » comme le « bon malade » ou du moins le malade qui remplit son rôle de malade (Parsons, 1992 [1970]).⁹¹ Le nouveau-parent n'est pas malade, certes, mais sa position d'usager et de bénéficiaire des services conduit parfois les professionnelles de la santé à les assimiler à des « patients ». Certaines infirmières parlent des parents en utilisant le terme « patients ». Pour cette raison, je n'ai aucune difficulté à faire la parallèle entre le « bon parent » et le « bon malade », puisque ces statuts sont tous les deux octroyés par les professionnelles de la santé, « entrepreneuses de morale », détentrices de savoir et de pouvoir et créatrices de normes (Becker, 1985). Le parent, tout comme le malade, est exempté de certaines responsabilités, mais se voit astreint à certains devoirs (Parsons, 1992, [1970]; Béland, 1989). Le statut de « bon/mauvais parent » et de « bon/mauvais patient » est accordé selon la réussite ou l'échec du parent/malade à se conformer adéquatement à son rôle (Strauss, 1992). Dans cette réflexion d'influence parsonienne, le statut de parent/malade est internalisé par le rapport clinique puisqu'il est le résultat organisé de tensions entre le professionnel de la santé et l'usagère (Béland, 1989; Adam *et al.*, 1994).

Concrètement toutefois, le « bon parent » est défini comme aux aguets de toutes particularités ou tous symptômes chez le nouveau-né susceptibles d'intéresser l'équipe soignante (Fortin et Carle, 2007). Par conséquent, un bon parent sait répondre aux questions

⁹¹ Pour Parsons, les rôles du malade sont les suivants : le malade est déchargé de ses responsabilités quotidiennes (sociales, professionnelles, familiales); il a le droit à de l'aide; le malade a l'obligation de considérer son état indésirable et de coopérer pour sa guérison; et le malade a l'obligation de chercher et de demander un aide spécialisé, compétent (Parsons, 1992 [1970]). En outre, en Occident, le « bon malade » est discret. D'abord, il intériorise sa douleur et fait preuve d'une discrétion corporelle. Devant les professionnels de la santé, le malade affronte ses souffrances courageusement et accepte avec reconnaissance d'être le cobaye d'investigations techniques médicales. C'est avec l'aide de ses proches que le malade cache ses souffrances aux yeux de l'équipe soignante. En comprendre ici, que la présence ou non de proches, constitue en elle-même un critère de définition statuant du bon ou du mauvais patient (Société française de médecine générale, 2007 : 41)

des professionnelles. Dans le contexte observé, le « bon parent » est intéressé, tant à la condition de son nouveau-né qu'aux recommandations et aux prescriptions faites par l'infirmière. Le « bon parent » accepte avec une certaine passivité les recommandations et prescriptions des infirmières et ne remet pas en question leur expertise. Il est possible de poser des questions puisque l'absence de questionnement peut être perçue par les professionnelles de la santé comme du déni, un refus de savoir, voire un désintérêt (Fainzang, 2013). Il y a néanmoins, selon mes observations, de bonnes et de mauvaises questions. Les mauvaises questions sont celles dont la réponse est facile à obtenir par soi-même, notamment dans la documentation fournie aux parents ou encore, celles dont la réponse est perçue par le corps médical comme étant trop complexe pour être expliquée et comprise par les parents, simples profanes. Ce faisant, les professionnelles de la santé évaluent l'aptitude des parents à comprendre intellectuellement l'information et à la supporter psychologiquement (Fainzang, 2013). « Ils sont de bons parents » et « ils posent de bonnes questions » est une association directe très fréquente lorsque l'infirmière et moi revenions sur les éléments d'un suivi. Les bonnes questions ne sont ni trop simples, ni trop complexes et ont pour effet de démontrer l'intelligence et l'intérêt du parent au sujet de son enfant. Le « bon parent » s'occupe bien de son enfant sans le surprotéger. Il apparaît comme sûr de lui, autonome et responsable quant aux soins à prodiguer à son enfant, mais accepte les recommandations qui lui sont faites. Il est critique et réflexif, sans remettre en question les prescriptions de la santé publique. Bref, le « bon parent » marche sur une corde raide.

Aparté sur le parent migrant

Lorsque le parent est originaire d'un autre pays, un obstacle s'érige entre lui et le statut de « bon parent ». L'idée de « bon parent » tel que défini par les professionnelles de la santé est basée sur une conception précise de la santé et du meilleur intérêt de l'enfant (Fortin et Le Gall, 2007). Cette conception est différente d'un pays à l'autre et de ce fait, les comportements ou les attitudes que les parents identifient comme étant la « bonne façon de faire » peuvent diverger. Repensons à la mère de jumeaux, présentée en introduction. La « bonne pratique » au pays d'origine, soit attacher des cordons aux poignets des nouveau-nés, est perçue comme une mauvaise pratique au Québec. Dans son pays, une mère de famille qui néglige de le faire est vue comme malveillante. Fortin et Le Gall (2007) donnent également l'exemple de

pratiques sanitaires proposées et encouragées par la santé publique, qui diffèrent des pratiques observées chez plusieurs familles migrantes. Le rapport à la qualité de vie découle de conceptions « individuelles et partagées, modulées par des histoires familiales, des orientations religieuses, des trajectoires de vie, autant d'éléments qui renvoient à de grands sens de la vie » et a nécessairement un impact sur les pratiques (De Plean, 2004 dans Fortin et Le Gall, 2007). Un père qui ne prend pas part à la rencontre postnatale peut parfois être perçu comme un père désintéressé du sort de son enfant. Plusieurs des infirmières disent reconnaître certains traits culturels dans ce comportement et ne le laissent pas teinter leur perception du père.⁹² Il est fréquent que les attitudes et les gestes des parents soient mal interprétés par le corps soignant. Le corps soignant en général et les infirmières imputent rapidement une réaction du parent jugée inadéquate à son origine et à ses croyances. Fortin (2013) présente le cas de deux hommes distincts qui ne pleurent pas suite au décès de leur enfant. Du premier, un Québécois, on dit qu'il gère mal ses émotions, que de toute évidence sa dévastation le rend muet et qu'il éclatera fort probablement en sanglot bientôt. On recommande à l'équipe médicale d'assurer un suivi adéquat avec ce père. Le second, un immigrant, est pour sa part perçu comme un père avec des troubles d'attachement et sa réaction inadéquate est imputée à sa culture.⁹³ Ainsi postulé, le « bon parent », tout comme le « bon patient » occidental, pourrait être considéré comme « mauvais parent » et « mauvais patient » dans d'autres pays (Société française de médecine générale, 2007 : 41).

Pour faire figure de « bon parent », les membres de la famille Abdelmadjid doivent être des hôtes respectables et démontrer leur compréhension et leur adhésion aux valeurs québécoises à travers leurs compétences parentales. M. Abdelmadjid ne désire pas transgresser ses pratiques religieuses et lorsque Micheline lui tend la main, il doit trouver une façon de répondre adéquatement au geste et d'un même mouvement, à toutes les attentes sociales

⁹² Rappelons que cela demeure une particularité des services de première ligne en CLSC, là où les professionnelles connaissent leur population

⁹³ Cet exemple a été donné par Fortin lors d'une présentation dans le cadre des rencontres « Dilemme pluralisme religieux en santé » de la Chaire de recherche du Canada en étude du pluralisme religieux en février 2013.

découlant des rôles qu'il endosse. Il décline gentiment la salutation en prétextant⁹⁴ le fait qu'il n'a pas les mains propres. Sans doute que la véritable raison de son refus s'appuie sur des croyances et des pratiques religieuses qui l'empêchent de serrer la main d'une femme, mais il mobilise plutôt un argument valorisé par la santé publique, et conséquemment, par son interlocutrice infirmière : l'hygiène. Cette façon d'utiliser un argument intelligible et acceptable pour l'infirmière montre le désir ou le sentiment de devoir, de la part de M. Abdelmadjid, de se conformer aux attentes de la santé publique de son pays d'accueil. Par cette action, il montre qu'il reconnaît l'autorité conférée aux professionnelles de la santé et est conscient que les infirmières peuvent lui attribuer le titre de « mauvais parent » s'il ne satisfait pas aux attentes. Si les rapports de pouvoir sont atténués en soin à domicile pour toutes les raisons évoquées précédemment, cette façon de faire démontre un rapport de pouvoir en faveur de l'infirmière qui est celle à qui revient le droit de distinguer le bon du mauvais parent et qui est en mesure de sanctionner si elle le désire.

Éviter les coups de théâtre et l'importance de « garder la face »

Ne pas serrer la main qui nous est tendue et ne pas enlever ses chaussures en entrant dans la maison de quelqu'un sont des situations qui peuvent causer des malaises en ce sens qu'elles font perdre la face à l'une ou l'autre des acteurs en interaction. Selon Goffman (1974), la règle fondamentale que doit respecter toute personne, dès lors qu'elle est en interaction avec d'autres, est de suivre une ligne de conduite de manière à préserver sa face et celle de ses partenaires (Goffman, 1974). Plusieurs méthodes ou stratégies sont employées, quotidiennement, par les acteurs afin de maintenir une interaction, sans perdre la face.

Le *facework* ou la figuration est une des méthodes utilisées pour garder la face et la traduction, peut faire office de figuration puisqu'elle représente une contrainte rituelle et interactionnelle qui permet aux acteurs de conserver ou de préserver leur « face » (Goffman,

⁹⁴ J'utilise le verbe « prétexter » puisque les gestes posés pendant la visite suggéraient que ce n'était pas la raison véritable de son évitement. Sans laver ses mains, M. Abdelmadjid a touché tant son bébé que sa femme.

1973; 1974). Traduire ses propos de manière à être intelligible pour son interlocutrice vise à faire bonne figure et à honorer sa « face », sa face d'usagère ou de professionnelle de la santé. Ces règles d'amour-propre, basées sur le souci de ne pas perdre la face, s'expriment par la mise en valeur de son rôle (d'infirmière ou d'usagère), tant par son discours que par sa tenue (le maintien, le vêtement et l'allure). C'est notre façon, et notre devoir, de « manifester aux autres les qualités qui sont les nôtres » (Nizet et Rigaux, 2010). Dans cette optique, les infirmières agissent de façon à ce que leur apparence et leur façon de faire soient en congruence avec leur rôle professionnel puisque le « moindre désaccord entre les différents éléments de la représentation » attire l'attention (Goffman, 1973 : 32). Par exemple, si Micheline avait mentionné qu'elle ne voulait pas enlever ses souliers parce qu'elle avait peur de salir ses chaussettes, elle aurait créé une rupture avec la représentation sociale de l'infirmière et « lorsque ces ruptures se produisent, l'interaction elle-même peut prendre fin dans la confusion et la gêne » (Goffman, 1973 : 20). Lucie, une infirmière qui apporte ses pantoufles au domicile de ses usagères et qui justifie également sa façon de faire par des normes de sécurité explique sa décision : « À la fois, je leur explique que je respecte, c'est correct, et que, de mon côté, je respecte qu'il faut que, pour moi, ça soit sécuritaire, c'est mes pantoufles et mes affaires. Ça, c'est bien important par rapport à chacun ».

Dans un deuxième temps, la figuration peut prendre la forme de règles de considération et vise, quant à elle, à préserver la face de l'autre. Par exemple, dans le cas de Micheline et de M. Abdelmadjid, l'infirmière ne s'est pas montrée choquée du refus du père de lui serrer la main. Elle est rapidement passée à autre chose, en évitant de mettre de l'emphase sur le malaise qu'un tel geste a pu engendrer. Parce qu'il est important de noter que pour le bon déroulement de l'interaction, l'infirmière a prétendu ne pas éprouver le malaise et a poursuivi son travail. Pourtant, le malaise était bel et bien présent. Je l'ai bien senti émerger de ce court silence, de l'hésitation, de la voix et des gestes un peu saccadés de Micheline lorsqu'elle est passée devant le père pour aller à la rencontre de la mère. Pourtant, Micheline a fait comme si de rien n'était. Lorsque j'ai abordé le sujet avec elle sur le chemin du retour, il n'a même pas été question de la justification du mari. Elle m'a dit qu'au début, elle était choquée du fait que certains hommes refusent de lui donner la main. « J'essaie de ne pas le prendre trop personnel [rires] », m'a-t-elle confié. La poignée de main, en tant que convention sociale, est

symbolique pour l'infirmière qui utilise ce moyen comme geste de déférence à la base de la relation thérapeutique entre infirmière et usagère (Goffman, 1974). De son côté, l'argument, même dans sa forme traduite, justifiant le refus de lui serrer la main, n'a pas réellement enlevé le malaise. Il en est de même du côté des usagères : les infirmières ont beau mobiliser des politiques (officielles ou officieuses) de la santé publique pour justifier le fait de mettre leur manteau dans leur sac de pèse-personne ou dans un sac plastique qu'elles ont apporté avec elle, il n'en reste pas moins que des usagères se questionnent sur la nécessité de tels gestes qui les font sentir malpropres, vulnérables et subordonnés. Avant un de mes entretiens, une jeune Rwandaise revient sur le fait que lors de son suivi, l'infirmière et moi avons mis nos vêtements dans des sacs plastiques. Elle m'avoue qu'après notre départ, elle a demandé à sa sœur, qui avait récemment eu un bébé, si son infirmière avait également mis son manteau dans un sac à poubelle pendant la visite. Cette dernière avait dit que non. La femme conclut « Je sais pas trop... peut-être que moi, l'infirmière trouvait ça sale ici ». Pour ce que je soupçonne être le bon déroulement de la rencontre, l'usagère, Adèle, n'a pas posé de question ni émis de commentaire lors du suivi postnatal, ne voulant pas créer de malaise.

Dans la négociation par coopération, les infirmières agissent comme de véritables représentantes de la profession d'infirmière alors qu'elles s'appliquent à ce que leurs actions, leurs comportements et attitudes cadrent parfaitement avec ce qu'elles et leurs usagères identifient comme étant une « bonne infirmière ».

Justification et traduction : l'illusion

Dans le cas qui est présenté, je crois que M. Abdelmadjid a traduit sa justification religieuse en justification sanitaire afin d'être intelligible, mais surtout accepté – et peut-être même être identifié comme « bon parent » – par l'infirmière. Il est toutefois difficile pour les professionnelles, et pour moi, « de faire la part des véritables demandes liées aux dimensions religieuses, comme lorsque des clients expriment le désir d'être pris en charge par des personnes de même sexe », par exemple (Le Gall et Xenocostas, 2011 : 181).

En sociologie de la traduction, la dynamique interactionnelle des actrices est importante puisque la qualité de la traduction dépend des liens établis entre elles (Fouilleux,

2000). M. Abdelmadjid croyait, à tort ou à raison, que les motifs religieux qui sous-tendent la « non poignée de main » ne seraient pas compris, ni acceptés par son interlocutrice. Étant convaincu que l’infirmière accepterait davantage un argument qui découle directement du système de normes qu’elle valorise, soit la santé publique comme ensemble de valeurs, il a adapté son argumentaire. Il a puisé dans un autre répertoire et a adapté son argument aux règles du jeu de l’infirmière (Fouilleux, 2000). La traduction d’arguments religieux en arguments « publiquement acceptables » a précisément été abordée par Habermas. Il soutient qu’une traduction vise à rendre viables « des concepts bibliques par-delà les frontières d’une communauté religieuse et [à les transmettre] au public universel de ceux qui ne croient pas ou ont une autre foi » (Habermas, 2008 : 165). Pour satisfaire aux conditions de l’usage public de la raison, il suggère que les références explicites aux autorités ou aux sources religieuses soient filtrées et retirées et que seules les actions ou les valeurs qui sous-tendent le discours religieux soient mises en avant-plan afin de former un argumentaire qui demeure ouvert à l’échange de raisons justificatrices, dans « une langue universellement accessible » (Habermas, 2008 : 190). Du coup, une traduction réussie est un argument ou une série d’arguments qui arrive à convaincre les autres de son adéquation générale, tant en terme de portée que de poids, bien qu’il puise son origine dans la religion. Le Gall *et al.* (2012) relèvent ce phénomène dans leur étude : « Quant aux requêtes, elles sont généralement formulées en termes autres que religieux alors que les usagers évoquent rarement leurs croyances ou pratiques religieuses. Le plus souvent, ce sont les professionnels eux-mêmes qui attribuent un rôle à celles-ci ». Un exemple tiré de cette étude porte sur la prise de rendez-vous pendant le ramadan. « Éloïse, une psychoéducatrice au programme DI-TED souligne : “Par exemple, durant la période du jeûne, le ramadan, il y a des clientes qui refusent systématiquement de nous rencontrer. Il y en a d’autres qui vont dire, bien je suis plus fatiguée, est-ce que ça peut attendre et tout ça” » (Le Gall, et Xenocostas, 2011 : 181).

La traduction selon Callon (1986) : la non-poignée de main

Analyser la stratégie utilisée par M. Abdelmadjid permet d’affirmer qu’il est véritablement question de traduction au sens de Callon. Selon lui, une traduction se déroule en quatre étapes. La première étape, la problématisation, est le processus par lequel l’acteur définit le problème ou l’obstacle. Dans le cas qui nous intéresse l’obstacle est le fait que

M. Abdelmadjid ne désire pas serrer la main de Micheline, ou la mienne d'ailleurs, et qu'un tel geste risque, dans un premier temps, de l'identifier comme « mauvais père » et de rendre difficile l'interaction entre l'infirmière et lui. Dans un deuxième temps, Callon parle du dispositif d'intéressement. L'intéressement concerne la réflexion et les actions qui visent à stabiliser et camper l'identité de chaque acteur, ici, professionnelle de la santé versus usagère. Les participants reconnaissent un objectif commun, à savoir partir « du bon pied », établir une relation cordiale et éviter toute stigmatisation. L'intéressement prolonge et matérialise la problématisation. L'enrôlement, troisième étape de la traduction, est un intéressement réussi. « Décrire l'enrôlement, c'est donc décrire l'ensemble des négociations multilatérales, des coups de force, des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir » (Callon, 1986 : 189). C'est à ce moment que M. Abdelmadjid a reformulé son argumentaire, trouvé des équivalences à ses valeurs, ajusté son vocabulaire et utilisé de dispositifs d'intéressement sophistiqués (Callon, 1986). En s'assignant le rôle d'utilisateur et en définissant Micheline comme une professionnelle de santé, il a testé l'identité des acteurs en présence, étape essentielle à la traduction. Finalement, la dernière étape selon Callon est la mobilisation des alliés. Dans le cas présenté, M. Abdelmadjid ne se place pas en porte-parole d'une communauté et transmetteur de message. Toutefois, il est conscient d'être un représentant d'une communauté, dans le cas présent, de la communauté musulmane. Dans le cas de M. Abdelmadjid, l'entièreté du processus de traduction s'est déroulée en moins de dix secondes.

La traduction opérée par M. Abdelmadjid, se retrouve fréquemment, voire constamment, lors des suivis postnatals à domicile. L'espace social de la rencontre entre l'utilisateur et la professionnelle en contexte de soin est un carrefour où se croisent valeurs et normes dans des mises en scène de relations complexes (Fortin et Carle, 2007). Convaincus qu'il existe une infranchissable dichotomie entre professionnelles et usagères, entre science et religieux, les parents présentent leurs arguments, leur mode de vie ou leur conception de la maternité d'une façon qu'ils croient davantage intelligible pour leur interlocutrice. À des fins de compréhension et de reconnaissance, les parents modifient le sens qu'ils donnent à leurs actions ou à leurs recommandations afin d'offrir une interprétation qui leur évite d'être étiquetés comme « mauvais parents », d'être essentialisés par rapport à leur religion ou encore

afin de convaincre leur interlocutrice du bien-fondé d'une pratique. La traduction la plus fréquente est le cas de M. Abdelmadjid, soit le retrait d'arguments religieux et le passage à une argumentation séculière, justifié par le manque de crédibilité associé aux justifications religieuses dans le domaine de la santé en particulier, mais dans la société québécoise en général. Lorsqu'elles répondent aux questions des professionnelles, les usagères des services de soins postnatals s'engagent régulièrement dans des opérations de traduction pour se faire entendre et éviter la stigmatisation. Fortin (2013) relève que les parents qui sont en mesure de le faire obtiennent « plus facilement le service attendu » (Fortin, 2013 : 189). La traduction telle que vécue au quotidien peut faire partie de ce que Goffman décrit comme étant une façon « de créer à dessein à peu près n'importe quelle sorte d'impression fautive en évitant de tomber dans le mensonge caractérisé et inexcusable au même titre que l'insinuation, l'ambiguïté calculée et l'omission de détails » (1973 : 64).

Aparté sur les conventions et pratiques stigmatisantes : le cas de la nourriture halal

Une convention sociale telle que la poignée de main répond à des règles précises, et fait office de rituel pour les gens d'une même société (Goffman, 1973). Elle n'est ni libre, ni subjective. Cette convention sociale se fait stigmatisante pour ceux et celles qui ne la respectent pas. Dans son observance ou sa non-observance, elle peut avoir une incidence sur le déroulement de l'interaction. La négociation par coopération, qui vise justement à s'assurer que l'interaction se déroule le plus aisément possible, tente de pallier ces incidences. C'est par la traduction que plusieurs usagères contournent les conventions sociales stigmatisantes. Voici un autre exemple de traduction, tiré des entrevues réalisées avec les usagères.

Au cours des 24 à 72 heures d'hospitalisation suivant l'accouchement, les mères ont droit à des repas fournis par l'établissement et distribués trois fois par jour. Dans plusieurs centres hospitaliers, un menu identifiant le repas offert et la liste de ses ingrédients accompagnent le plateau de service. Que ce soit une question de goûts alimentaires, d'allergies ou de restrictions religieuses, les usagères rencontrées et ayant vécu cette expérience sont unanimes : savoir ce qui leur avait été présenté était salutaire. Pas besoin de déranger qui que ce soit pour demander ce qui est dans l'assiette, ni de les informer des particularités culinaires

de chacune. « Si ça te plaît, tu le manges; si ça ne te plaît pas, tu ne le manges pas », m'ont répété plusieurs répondantes.

Malgré le menu détaillé et la liste complète des ingrédients, certaines déplorent que, au moment des repas, le corps hospitalier ne se soit pas informé de leurs préférences alimentaires :

L'alimentation, par exemple, il n'y avait personne qui m'a demandé si j'étais végétarienne. Parce qu'ils m'ont amené à manger. Et il y a des restrictions religieuses, je ne peux pas manger tout par exemple. Il y avait beaucoup de fois qu'ils ont fourni et que je ne pouvais pas manger, mais une chance que lui [son mari] m'amenait à manger » (Salima, usagère originaire du Maroc).

Salima et trois autres répondantes ont précisé qu'elles préfèrent dire qu'elles sont végétariennes plutôt que de mentionner qu'elles mangent halal ou casher. Les repas cuisinés par l'établissement s'insèrent dans une logique scientifique : ils sont choisis et conçus dans la perspective d'aider les patients à guérir⁹⁵, avec quelques substitutions pour les patients diabétiques, aux prises avec le cholestérol, etc. Une restriction basée sur une croyance et une pratique religieuse n'est pas considérée comme une raison acceptable au même titre qu'une spécificité médicale (diabète, cholestérol, etc.), une intolérance ou une allergie alimentaire, des conditions reconnues par les professionnelles de la santé et considérées comme des raisons acceptables de ne pas manger ce que l'établissement propose.

Si l'on suit la logique de Becker (1985), les femmes qui refusent la nourriture offerte pour des raisons basées sur des croyances non scientifiques, peuvent être perçues comme déviantes. Le végétarisme, en contrepartie, est souvent justifié par des arguments comme il est bon de « manger des aliments sains pour son corps » ou encore de « se nourrir tout en respectant l'environnement ». Ce type de réflexions apparaît rationnel et cadre davantage avec les attentes institutionnelles. Les femmes rencontrées préfèrent donc s'identifier au végétarisme plutôt qu'au halal ou au casher, puisque cette justification se

⁹⁵ Rappelons que guérir est l'un des principaux devoirs du malade (Parsons, 1991 [1970]).

rapproche davantage des normes d'alimentations et correspond davantage aux conventions sociales. Ainsi, elles évitent d'être considérées comme des femmes qui prennent des décisions irrationnelles qui ne favorisent pas des conditions de santé optimales, en changeant le sens qu'elles attribuent à leur pratique.

De plus, les mères musulmanes rencontrées ont toutes, à un moment ou un autre, orienté la discussion vers les tensions entourant l'islam dans la société québécoise. Elles confient que croire en Allah, porter le voile, faire le ramadan ou manger halal sont des pratiques qui apparaissent stigmatisantes dans le contexte actuel et les discréditent aux yeux des gens « normaux » (Goffman, 1975). Leur choix de dire qu'elles mangent végétarien et non halal découle d'une prise de conscience de ces tensions. « Je préfère dire végétarienne. Ça fait moins de friction », soutient Maysanne. Les femmes qui, en contexte de soin, ont préféré utiliser le terme de végétarienne n'ont pas cherché à cacher leur confession religieuse, mais plutôt à faciliter l'interaction en évitant de mettre de l'avant des éléments susceptibles d'accroître certaines tensions.

En contexte hospitalier, demander ou même mentionner la nourriture halal ou encore refuser de donner la main à une femme pour des raisons religieuses rend explicites des convictions socialement stigmatisantes. Contrôler l'information sur soi est nécessaire pour que l'interaction mixte, c'est-à-dire entre quelqu'un qui ne se conforme pas à une convention sociale et quelqu'un qui s'y conforme, ne soit pas en danger. Un faux-pas dans une « quelconque routine, [...] peut mettre en danger l'ensemble des rapports sociaux ou du rôle dont cette routine n'est qu'une partie » (Goffman, 1973 : 66). Ainsi, la traduction telle que vécue au quotidien est, au même titre que l'insinuation, l'ambiguïté calculée et l'omission de détails, une façon habile de « maintenir dans les rapports sociaux un *statu quo* avantageux » (Goffman, 1973 : 66).

Le savoir-être : improvisation ou script?

Mobiliser des normes de santé publique rapidement et efficacement, expliquer à une usagère que sa technique d'allaitement n'est pas optimale, proposer que le père s'engage davantage dans les soins du bébé sont des exemples de tâches délicates et quotidiennes pour

une infirmière en soin postnatal à domicile. Elles ne nécessitent pas tant de connaissances techniques, mais requièrent un savoir-être, une finesse sociale (Le Gall *et al.*, 2012). « [...] l'adaptation des travailleuses à des lieux de travail variables, à des contextes familiaux particuliers et à des besoins personnels toujours spécifiques, exige un formidable travail sur soi et sur autrui » (Faulkner, 2013 : 208). Ce travail sur soi et autrui nécessite la mobilisation d'un amalgame de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Transcendant toutes formes de savoirs, le savoir-être est ce qui est perçu comme étant « cette illusion d'immédiateté des savoir-faire requis [qui] incite [...] à négliger la composante technique de l'activité » et pousse à stabiliser « l'expertise qui se construit de manière empirique au fur et à mesure du travail » (Grando et Sulzer, 2003 : 152). Sous-tendant chaque geste et chaque échange, des plus banals aux plus décisifs, le savoir-être des infirmières et de leurs usagères, permet la tenue de relations cordiales et professionnelles. Ces relations cordiales sont essentielles, sinon fortement espérées et désirées, pour le déroulement efficace des suivis postnatals.

L'intérêt et les préoccupations des gestionnaires portent principalement sur les savoirs et les savoir-faire efficaces et efficients des infirmières et futures infirmières (Phaneuf, 2011). Plusieurs des infirmières rencontrées ont cependant souligné l'importance du savoir-être au sein de leur profession, une compétence jugée essentielle à l'efficacité du système santé. D'une part, l'organisation de leur profession les oblige, à l'intérieur d'une seule rencontre d'une heure, à rapidement poser les bases propices à une relation de confiance avec l'usagère : la confiance étant la norme qui permet l'intégration du rapport professionnelle-usagère (Béland, 1989 : 168). Cette tâche non-technique est invisible dans la dimension du travail et ainsi, les gestionnaires y allouent peu de temps. Toutefois pour personnaliser les interventions et offrir un soin qui n'apparaît ni automatique, ni routinier, ni sans âme, les infirmières doivent, au sein de leurs fonctions, user de savoir-être, ce qui peut prendre quelques minutes supplémentaires (Penso-Latouche, 2000).

Le savoir-être est difficilement définissable.⁹⁶ Phaneuf (2011) en propose une définition qui rejoint à plusieurs niveaux les descriptions qu'en ont faites mes infirmières.

Le savoir-être est l'état de développement personnel, social et professionnel auquel parvient une personne à la suite d'une évolution due à la maturité, aux expériences de la vie et à la formation. Il suppose d'abord une perception claire de soi et une appropriation de sa compétence professionnelle. Il est sous-tendu par un grand nombre de capacités et d'habiletés sur les plans intellectuel, affectif, relationnel, éthique et fonctionnel. Ces habiletés sont bien intégrées dans l'agir, imbues de valeurs humanistes et d'un sens profond de respect pour l'autre. Elles permettent un fonctionnement professionnel efficace, chaleureux, humain et responsable optimal (Phaneuf, 2011 : 53).

Le savoir-être est donc une aptitude à garder la face afin de maintenir des interactions fluides. Cette définition est particulièrement intéressante parce qu'elle suppose une évolution, une potentielle acquisition du savoir-être et s'éloigne de ce que plusieurs sociologues des professions notamment tiennent pour acquis. Il est alors possible de s'éloigner de la notion de vocation, d'« engagement de soi » (Menger, 1997 dans Menger 2003), de *commitment* (Freidson, 1984) ou de « savoirs naturels », « qui ne s'apprennent pas », ce qui entraîne leur négation en tant que profession et empêche leur reconnaissance (Osty, 2012). Plusieurs des infirmières rencontrées ont avoué « avoir ça dans le sang ». Elles parlent de personnalité qui s'adapte facilement, conjuguée à une évolution, un raffinement de leur savoir-être au cours des années de pratique.

Épilogue

Avec la négociation par coopération, les actrices visent principalement à éviter les malaises, à garder la face et à créer un climat stable qui favorise une interaction fluide et positive. C'est principalement dans un souci d'efficacité et d'efficience que la tenue d'une

⁹⁶ Pour Hannoun (1996) savoir-être et savoir se comporter sont synonymes. Pour Perrenoud (1994), le savoir-être est une manière de penser et d'agir qui relève à la fois intellectuelle, éthique et philosophique et Blin, pour sa part, soutient que le savoir-être se divise en deux pôles, individuel et social (dans Phaneuf, 2011).

interaction continue et sans embûche est primordiale. Comparativement aux autres formes de négociation présentées dans les prochains chapitres, la négociation par coopération est basée sur un rapport aux normes de la santé publique qui relève de leur mobilisation ou de leur non-mobilisation – plutôt que du sens et du poids que l'on attribue à ces normes. Dans les pages précédentes, j'ai démontré que l'utilisation même des normes de santé publique est de première importance. Leur mobilisation, soit directement (« par mesure de sécurité ») ou comme résultat d'une traduction (« j'ai les mains sales »), permet de justifier une action ou un comportement susceptible de nuire au maintien de la face – d'altérer le cours de l'interaction. Toutefois, lorsque les actions des actrices ne demandent pas de justifications puisqu'il est attendu d'elles qu'elles agissent ainsi, les normes de la santé publique ne sont pas mobilisées, ni aucune autre norme d'ailleurs.

Ce scénario, où les actrices doivent d'une part respecter des règles d'amour-propre et d'autre part de considération, les oblige à reconnaître leur interlocutrice comme une actrice capable de briser l'interaction à tout moment (Goffman, 1973; 1974). Cette capacité, pour les deux parties, d'interférer sur le déroulement de l'interaction, confère un certain pouvoir à l'usagère. À l'image des prisonniers et des agents correctionnels de Thomas (1984), les infirmières savent que les usagères peuvent rendre leur tâche difficile et pour cette raison, elles reconnaissent les usagères avec qui elles sont en interaction. Pour continuer le parallèle avec l'étude de Thomas (1984), les usagères savent que le pouvoir conféré aux infirmières est susceptible de faire du suivi à domicile (et plus encore) une expérience désagréable. C'est campées dans leur rôle respectif de professionnelle et d'usagère, avec une façade précise et déterminée, qu'elles parviennent à établir une dynamique relationnelle stable et à naviguer dans l'interaction sans trop de complications.

La négociation par coopération est présente dans la grande majorité des suivis postnatals observés. Cette forme de négociation se juxtapose régulièrement à d'autres. Dans le prochain chapitre, j'explique le cas de Sandrine, brièvement présenté ici pour sa façon d'avoir géré la demande d'enseignement du bain. Si à l'intérieur d'un suivi postnatal Sandrine a fait preuve de coopération, elle a également basé la majorité de son suivi sur une autre forme de négociation : le compromis par identification.

Chapitre VI — Deuxième forme de négociation : le compromis identificatoire et projectif

« *Nous, les immigrants du sud, on aime ça quand il fait chaud.* »

(Micheline, infirmière)

« *Les mamans, parfois, on doit suivre notre instinct.* » (Roseline, infirmière)

On a cherché une place de stationnement pendant de longues minutes en sillonnant les petites rues. En sortant de la voiture, je suis un peu désorientée et je ne sais plus vraiment où je suis. Sandrine n'hésite pas. Elle marche d'un pas assuré, son sac contenant le pèse-personne sous le bras et son cartable à la main. Au détour d'une rue, je reconnais les immenses tours d'habitation où j'ai plus d'une fois accompagné les collègues de Sandrine pour des observations. Tout comme celles que j'ai observées avant elle, Sandrine souligne la difficulté du quartier : mal desservi par les transports en commun, désert alimentaire et plusieurs appartements infestés de coquerelles. « L'inconvénient pour l'infirmière, c'est d'avoir à côtoyer les punaises, les coquerelles puis les rats. C'est vraiment ça, puis l'insalubrité, puis les moisissures », m'avait-elle expliqué alors que je lui demandais les avantages et inconvénients du soin à domicile.

En se dirigeant vers l'entrée, Sandrine me dresse un rapide portrait de la famille qu'elle a rencontrée quelques jours auparavant dans le cadre des suivis SIPPE, une famille qu'elle jugeait intéressante pour mon étude : les Dioubaté sont originaires de la Guinée forestière. Le père est arrivé au Québec il y a près de dix ans et la mère est arrivée en février dernier. Je fais le calcul : nous sommes en janvier 2014, la mère est donc au Québec depuis onze mois. La jeune mère parle très peu le français et le père assurera la traduction. Cette dernière phrase a été dite avec un scepticisme palpable. Quand j'interroge Sandrine du regard, elle poursuit sa description, en guise d'explication : les nouveaux parents sont cousins et ont près de vingt ans d'écart. Une note au dossier, provenant des membres du corps hospitalier, soulève une suspicion de violence conjugale, surtout psychologique. « Le père est toujours en train de rabaisser la mère », ajoute-t-elle. Pour finir, les parents sont tous deux porteurs de l'hépatite B, les enfants aussi et il y a un risque que le nouveau-né soit séropositif. Sandrine compte d'ailleurs aborder ce sujet aujourd'hui.

La complexité du cas m'inquiète. Jusque-là, je n'ai jamais rencontré de famille avec un tel profil. Dans le métier, on les appelle les « cas lourds », mais officiellement, dans les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux, on parle plutôt de « familles vivant en contexte de vulnérabilité » ou de « familles aux besoins complexes ».⁹⁷ Les infirmières du programme SIPPE comme Sandrine ont l'habitude de travailler avec ces familles qui composent la quasi-totalité de leur charge de travail. Lorsque Sandrine achève sa présentation de la famille que l'on s'apprête à rencontrer, nous arrivons à la porte de l'appartement. Les détails sur la famille m'ont rendue anxieuse, mais il est trop tard pour rebrousser chemin. Sandrine cogne. On entend crier. Une voix d'homme, dans une langue qui m'est inconnue. Un bruit d'objets déplacés. Je regarde Sandrine, un peu craintive. Elle me sourit. Elle m'apparaît tellement forte! Elle se tient la tête haute et les épaules droites. D'une voix forte et ferme, elle s'annonce : « C'est Sandrine, du CLSC ». Et la porte s'ouvre.

M. Dioubaté nous laisse entrer. La pièce est petite, mal éclairée et encombrée. La mère est assise sur le canapé; elle est jeune. Ses traits tirés traduisent sa grande fatigue. Elle porte une tunique éclatante, orange et verte qui contraste avec son visage vide d'émotions. Ses lèvres sont serrées, formant une mince ligne. Ses yeux sont ternes. Lui faisant face, son mari, un homme mûr au corps solide, et « son frère⁹⁸ », plus âgé encore, sont assis sur des chaises droites. Je regrette d'être là. Le climat est lourd et je me sens comme une intruse. Sandrine, pleine d'assurance, s'avance dans la pièce. Elle a gardé ses bottes mais a enlevé son manteau qu'elle laisse choir sur le dossier du divan. Elle s'assoit directement à côté de la mère en lui demandant où est la petite Aïcha, âgée de quatre ans. Le père répond qu'elle est à la garderie. Toujours en regardant la mère, Sandrine demande si la petite est toujours aussi triste. Le père intervient : non, elle ne l'est plus. L'arrivée d'un petit frère avait été difficile pour l'aînée et

⁹⁷ Santé et Services sociaux, Québec (2004). « Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Résumé du cadre de référence », 28 p.

⁹⁸ En sortant du domicile, Sandrine dira « c'est toujours difficile avec les familles africaines de savoir si c'est son véritable frère, ou juste quelqu'un de son village. Quoique ça l'a très peu d'importance. Du support c'est du support ».

Sandrine avait utilisé cette porte d'entrée pour établir un contact avec la mère, impassible. « Avez-vous des questions? » demande l'infirmière. La mère fait signe que non, les yeux rivés sur la table du salon. Son mari s'échauffe et lui somme abruptement de « le dire à l'infirmière », de « tout dire ». Après quelques échanges dans leur langue, un échange qui, bien que je ne comprenne pas les mots, donne l'impression d'être calme et sans agressivité, la mère nous dit dans un français approximatif qu'elle a mal aux seins et qu'elle a quelques difficultés avec l'allaitement. Le bébé est dans les bras de la mère et Sandrine propose de le mettre au sein pour voir quel est le problème. La mère s'exécute. Elle me semble maladroite. La mise au sein nécessite beaucoup de rectifications et Sandrine donne plusieurs conseils. Finalement, l'enfant boit paisiblement.

L'enfant est enroulé dans une couverture légère. Dans un mouvement de la mère, nous réalisons que le nouveau-né ne porte pas de couche et qu'il a fait ses besoins sur sa mère. Madame Dioubaté ne réagit pas. Le père, découragé, se lève, prend le bébé, le nettoie, lui met une couche, l'habille et le donne à son « frère » pour qu'il le berce un peu.

Le père, sans nuance et sans malaise, dit que son épouse ne sait pas comment donner le bain, ni comment porter le bébé, ni comment le faire cesser de pleurer, ni comment l'endormir, ni comment l'allaiter, ni comment faire quoi que ce soit d'ailleurs! La mère, fixant toujours la table du salon, encaisse. Sandrine prend sa défense avec des explications simples, exprimées dans le calme et la gaîté. C'est vrai que la mère a déjà eu un autre enfant, mais les enfants sont bien différents : ce qui fonctionnait pour la petite Aïcha ne fonctionnera pas nécessairement pour Amadou. M. Dioubaté semble en colère, il dit que sa femme est paresseuse, qu'elle ne fait rien et qu'il doit s'occuper du bébé, de la maison et d'Aïcha. La mère reste muette. Sandrine informe le père qu'un accouchement est épuisant et qu'il est normal qu'elle soit fatiguée et qu'elle doit se reposer. Sandrine se retourne vers la mère impassible et lui dit qu'il est important que la petite Aïcha passe également du temps avec elle. « Maman, c'est maman et papa, c'est papa. Elle a besoin des deux, comme avant ». Cette « critique » à la mère a eu comme effet d'apaiser le père de famille qui était agité depuis que Sandrine l'avait contredit sur la paresse de sa femme. Il s'assoit enfin.

La conversation dérive alors sur les vaccins et les traitements contre l'Hépatite B. Le père nous fait savoir qu'ils n'ont pas d'inquiétudes face au potentiel diagnostic de VIH d'Amadou. Il dit également qu'il n'en parle pas avec sa femme, et le sujet est clos. Sandrine prend les carnets de vaccination des enfants, des carnets qui ressemblent à une feuille de parchemin pliée en deux, et elle les range dans son sac. Elle leur annonce qu'elle fera la transcription des carnets d'origine dans des carnets canadiens. Une des collègues de Sandrine me parlait justement, pas plus tard qu'hier, des difficultés liées à la vaccination des enfants nés hors Canada et à la tenue de leur carnet de vaccination :

L'Afrique, ça peut être surprenant parce qu'ils ont beaucoup de campagnes de vaccination là-bas, fait qu'ils vont faire vacciner à cause des dangers pour les maladies et les épidémies, fait que c'est sûr qu'il y a des petits manquements, mais c'est pas si tant pire que ça. Les pires carnets, c'est nos carnets arabes qui ne sont pas traduits. Puis ils ont des dates, ils ont des calendriers qui ne ressemblent pas au nôtre. Ça, c'est comme compliqué des fois, mais à part de ça, ça va très bien (Brigitte, infirmière).

Sandrine remet des feuillets d'information à Mme Dioubaté. Parmi ces derniers, il y a un feuillet sur la salubrité des aliments. Je n'ai encore jamais vu ce dépliant et je comprends que les infirmières le distribuent seulement lorsqu'elles le croient nécessaire. En effet, il y a une odeur de viande avariée dans le logement. « Est-ce que vous avez encore des amis qui viennent vous porter de la nourriture? », demande-t-elle gentiment. Le père nous rejoue le même refrain : c'est surtout lui qui cuisine, parce que sa femme ne sait pas faire à manger et qu'elle est paresseuse. La tension est palpable.

Le père annonce qu'il veut faire circoncire son fils, mais que l'hôpital Sainte-Justine, là où sa femme a accouché, charge trop cher. Sandrine lui indique alors une clinique dans l'ouest de la ville. Elle y dirige toutes ses usagères désireuses de faire circoncire leurs enfants pour des raisons religieuses, c'est d'ailleurs à cette même clinique qu'elle a fait circoncire ses deux garçons. Le père demande si le médecin est musulman, parce que les juifs utilisent une technique différente. Pour avoir souvent entendu parler de cette clinique, là où les nouveau-nés protestants et musulmans se font circoncire le samedi, je sais, tout comme Sandrine, que le docteur est juif. Elle répond toutefois qu'« il y a des musulmans, des juifs, des chrétiens... » Je suspecte Sandrine d'avoir compris la question, mais d'avoir répondu à la va-vite, préférant

dire qu'il y a des usagers de toutes les religions, plutôt que d'affirmer que le médecin est juif et d'ouvrir la porte à un discours sur les méthodes de circoncision. Je n'arrive pas à déterminer si c'est le manque de temps qui lui fait couper court à l'explication ou si c'est le tempérament de Monsieur qui la rend, mine de rien, abrupte.

Le dernier sujet que Sandrine veut aborder est la contraception. Elle remet à la mère plusieurs dépliants informatifs sur le sujet et commence à en faire l'explication. Le père, mentionne d'un ton désinvolte que sa femme peut bien lire tous les pamphlets si ça lui chante, mais c'est lui qui aura le dernier mot sur la contraception. Sandrine rétorque du tac au tac qu'ils en reparleront à la prochaine rencontre, mais que pour les prochains quarante jours, il vaut mieux s'abstenir et laisser le corps de madame guérir. Les infirmières sont tenues de mentionner que les nouveaux parents doivent s'abstenir de rapports sexuels pendant la guérison, soit généralement six semaines. Dans la culture musulmane, on parle plutôt de quarante jours. Au fait de cette particularité, Sandrine a opté pour l'élocution « quarante jours » plutôt que « six semaines », ce qui revient essentiellement au même. Le père n'a rien ajouté.

Infirmière : jamais seulement une infirmière

« Toi, ton travail, c'est de décoder l'autre devant toi et essayer de comprendre pourquoi il agit de même » (Jocelyne, infirmière)

Après avoir quitté les Dioubaté, je suis un peu bouleversée. J'ai trouvé ça lourd et surtout difficile d'être témoin d'une telle violence psychologique. Sandrine est d'accord avec moi : c'était violent. Une violence crasse où les coups sont des soupirs et les fessées des regards de mépris. Une violence hurlante qui prenait surtout forme dans le silence. Je suis anéantie et Sandrine me semble imperturbable. C'est vrai qu'elle n'en est pas à son premier suivi et qu'elle a l'habitude, au sein du programme SIPPE, de faire face à des cas complexes. Lors de notre discussion sur le chemin du retour, je réalise que Sandrine a une compréhension de ce qui se déroulait dans ce logement que je n'ai pas. Une compréhension à laquelle je n'ai pas accès, ni moi, ni plusieurs infirmières que j'ai suivies, d'ailleurs.

Sans nier la violence psychologique vécue par la mère, ni réfuter le rapport de genre que je perçois comme inégal, Sandrine prend le temps de nuancer quelques points. Elle m'explique d'abord qu'il est fréquent, voire normal, que de jeunes mères africaines, malgré leurs expériences de maternité antérieure, n'aient aucune connaissance d'un pan complet des soins à donner à un enfant. Dans le cas de Madame Dioubaté, ce sont le bain et les soins d'hygiène corporelle indispensables aux nouveau-nés qui lui sont inconnus. Elle explique qu'en ruralité africaine notamment, les femmes d'une même famille ou de plusieurs familles s'allient entre elles et s'occupent toutes ensemble des enfants : une mère fait les repas pour tous les enfants, l'autre habille les poupons, une mère fait le ménage, l'autre lave les nouveau-nés, etc. Un travail à la chaîne, quoi! Il arrive donc, même après un ou deux bébés, que certaines mères n'aient jamais appris à laver un nouveau-né. Connaissant cette réalité particulière à certaines femmes africaines, Sandrine n'a pas immédiatement apposé l'étiquette de « mauvaise mère » à Madame Dioubaté. Elle n'a pas sonné d'alarme à ses supérieures, ni même sous-entendu que la famille était dans une position critique et nécessitant un suivi constant. Elle a simplement dit que « maman allait avoir besoin qu'on lui montre comment donner le bain et c'est pour cette raison qu'une bénévoles va venir leur enseigner ». Sans plus.

Ensuite, Sandrine prend la défense de Monsieur Dioubaté. Elle me rappelle que dans son pays d'origine, ce sont les femmes qui s'occupent de la maison et des enfants. Ainsi, pour lui, s'occuper de la petite Aïcha, du nouveau-né et de tenir la maison n'est pas « normal ». C'est plutôt contraire à l'ordre des choses. Elle insiste sur le fait que ce n'est pas qu'il n'aime pas ses enfants, mais que cette tâche ne lui revient pas. Elle relève également qu'il n'a pas beaucoup de soutien et qu'il ne peut parler de sa situation à personne : les hommes de sa communauté se moqueraient de lui, tant pour son implication familiale que pour avoir une épouse incapable d'assumer correctement son rôle d'épouse et de mère. Dans les commentaires désobligeants de M. Dioubaté, Sandrine relevait une grande souffrance et une grande incompréhension de ce qui était attendu de lui.

Les explications de Sandrine me surprennent. Elles diffèrent de ce que j'ai observé dans d'autres suivis, avec d'autres infirmières. Sa compréhension de la situation n'émane pas de son expérience infirmière. Si ça avait été le cas, toutes les infirmières ayant plus de dix ans

d'expérience professionnelle comme Sandrine auraient pu avoir la même compréhension de la situation. Non. Sa compréhension est basée sur autre chose : sur des savoirs profanes, fondés sur l'expérience; sur des savoirs situés « produits par des acteurs sociaux sur la base de leur place dans la société » (Lochard et Simonet, 2009 : 275). Ce sont ses expériences personnelles, de mère et d'immigrante africaine qui lui donnent accès à cette compréhension unique de la situation. Une compréhension qui lui permet de considérer les rapports de genre et les compétences parentales de la famille autrement.

Les infirmières partagent une culture professionnelle à laquelle elles se réfèrent dans leur pratique. Elles possèdent également toutes une culture profane qui se manifeste sous la forme d'un ensemble de normes, de référents et de ressources que certaines intègrent à leur culture professionnelle. Dans le cas présent, ce sont des expériences maternelles et migratoires que Sandrine met à profit. Il est ainsi possible, pour certaines infirmières, de puiser dans un autre registre de normes, de valeurs et d'expériences pour, dans un premier temps, comprendre leurs usagères, et, dans un deuxième temps, transmettre efficacement l'information à donner tout en évitant les conflits. Pour accomplir aisément les tâches qui reviennent à leur rôle d'infirmière, elles puisent dans d'autres registres comme mère, immigrante ou croyante par exemple. Tous les éléments de la culture profane des infirmières s'insèrent momentanément dans la culture professionnelle infirmière.

La deuxième forme de négociation que je présente ici est la négociation par compromis. Dans un premier temps, il est question du compris identificateur. Les infirmières-immigrantes, les infirmières-mères ou les infirmières-croyantes utilisent leurs propres expériences et leurs savoirs personnels pour négocier avec leurs usagères. Cette forme de négociation est la conséquence directe de la féminisation du métier d'infirmière (Cognet et Fortin, 2003) et de la présence grandissante de femmes migrantes dans les métiers paramédicaux (Cognet et Fortin, 2003; Battaglini, 2007). L'observation du suivi postnatal fait avec Sandrine sert d'ancrage à la réflexion et est en partie utilisée pour démontrer comment une infirmière peut, en navigant d'un univers de normes et d'expériences à un autre, bonifier sa culture professionnelle. Cela lui permet de comprendre la situation de l'usagère et de personnaliser les soins et les services à sa condition. En guise de conclusion, j'aborde la

négociation par compromis projectif, un dérivé du compromis identificatoire qui résulte d'un désir de comprendre la réalité de l'usagère en se projetant dans sa situation, sans pour autant s'identifier à elle.

La grande valse : de mère, à immigrante, à croyante, à professionnelle

Les infirmières que j'ai étudiées sont rencontrées à titre de professionnelles de la santé. Elles sont employées de l'État. Dans son œuvre *Forms of Talk* (1981), Goffman incite le sociologue à regarder une interaction au-delà du modèle idéalisé orateur-auditeur – dans notre cas, le modèle infirmière-usagère – et d'aller voir comment, dans le discours, les actrices se mettent en valeur. En orientant mon regard dans cette direction, j'ai pu déterminer que, par moment, lorsqu'elles pratiquent le soin, les infirmières se réfèrent à leur statut de mère ou d'immigrante ou à une combinaison des deux, plutôt qu'à leur seul statut d'infirmière.

Les répertoires

Comme décrit au chapitre précédent, l'infirmière débute fort souvent son intervention en présentant sa face d'infirmière, en jouant le rôle et en accomplissant les tâches qui y sont rattachées en se référant entièrement, pour ne pas dire uniquement, aux normes de la santé publique. Il arrive cependant, au cours d'une intervention, que l'infirmière change de registre, change de position et que, selon le besoin momentané de l'usagère et de la relation thérapeutique, l'infirmière mobilise un tout autre pan de son expérience, selon les autres normes qu'elle maîtrise (Lascoumes et Nagels, 2014).

Si au chapitre précédent, la négociation par coopération pouvait être illustrée à l'aide de l'image du théâtre, les négociations par compromis identificatoire et projectif peuvent ici être représentées comme une danse. Une danse où l'infirmière valse d'un statut à un autre, d'un registre de normes à un autre, dans le cadre même de ses fonctions d'infirmière. La figuration de la danse, quant à elle, est inspirée par ce que Goffman appelle le *footing* (1981). Pour Goffman, le *footing* est un terme qui sert à expliquer le changement de position ou d'alignement au sein d'une interaction. Ce changement est la conséquence de fluctuation dans la situation. Dans le cas de la famille Dioubaté et de Sandrine, je réalise après-coup que c'est en réponse à des commentaires de M. Dioubaté, qui auraient pu, dans d'autres circonstances,

briser l'interaction, que Sandrine se réfère à son statut d'immigrante pour comprendre, repenser et modifier le cours de l'interaction. Goffman octroie une grande importance au langage et sa forme puisque celui-ci peut-être utiliser comme une forme d'autorité. En terme goffmanien (1981), l'infirmière agit à titre d'animatrice qui fait de sa parole un spectacle. Sa parole, par le biais de son enseignement, de ses informations, de ses conseils fait d'elle une forme d'orateur dynamique qui occupe une place centrale et de pouvoir dans la dyade orateur/auditeur. À travers la parole, elle peut maintenir son autorité sur son auditoire.

Il est possible, voire probable, qu'une infirmière navigue d'un univers de sens à un autre afin de conserver son autorité. Par moment, recevoir de « doux encouragements » de la part d'une autre immigrante qui a également vécu sa grossesse loin de ses proches a plus de poids que recevoir des instructions formelles de la part d'une professionnelle de la santé. Selon le message qu'elle veut transmettre à l'usagère dans le besoin, l'infirmière utilise différents référents. Dans la négociation par compromis identificatoire, il y a un *footing*, un recadrage du langage et des mots dits par l'infirmière afin d'accéder à l'univers de l'usagère et de pouvoir user des « bons arguments » le temps venu. C'est principalement ce sur quoi les mots et les arguments sont basés et alignés qui est ici particulièrement intéressant. Sur quelles expériences se fondent les mots utilisés? Le changement de position (*footing*) est une façon de percevoir le recadrage d'une situation (Goffman, 1981). Dans les deux formes de recadrage détaillées dans ce chapitre, les infirmières vont tantôt se présenter comme infirmière, tantôt comme migrante ou comme mère afin d'évaluer ou d'examiner la situation de l'usagère, de conserver une autorité mise en péril ou pour donner les arguments nécessaires à l'obtempération de l'usagère aux « bonnes façons de faire ».

L'utilisation du Je : de la personnalisation à l'autorité

Pour repérer ces moments de recadrage, il faut être attentif, non pas à l'information diffusée par l'infirmière, mais à la position dans laquelle elle se place pour diffuser ladite information. Bien qu'elle vise toujours à remplir son rôle d'infirmière, elle peut utiliser plusieurs façades (Goffman, 1973). Quelle façade l'infirmière veut-elle mettre en lumière lorsqu'elle s'adresse à la mère? S'agit-il de sa façade d'infirmière porteuse de connaissances professionnelles? De sa façade de mère, sympathique aux écarts de pratique entre « ce que

l'on doit faire » et « ce que l'on fait réellement »? De sa façade d'immigrante compatissante avec les difficultés liées à l'immigration et aux adéquations à la culture d'accueil? Selon les situations, il peut être facile de relever le changement de cadrage, soit le moment où l'infirmière passe d'infirmière (statut officiel) à immigrante (statut officieux) en contexte de soin. Pour ce faire, elle peut par exemple changer son registre langagier de manière à le personnaliser tel qu'en employant la première personne, qui traduit un « *personal directness or involvement* » (Goffman, 1981 : 127). En utilisant le Je, l'infirmière endosse un personnage et ouvre une porte sur sa personne et sur son intimité. Ces moments sont repérables, ethnographiquement parlant, puisque l'infirmière semble se positionner à mi-chemin entre l'animatrice oratrice et la participante anonyme à une conversation. L'utilisation du Je peut également inviter l'usagère à s'ouvrir davantage. Cette méthode est fréquemment employée en début de rencontre lorsque l'usagère est timide ou peu loquace. Les infirmières tentent parfois d'insérer une ou deux phrases à teneur plus personnelle pour amorcer un lien de confiance.

Le Je permet également une certaine flexibilité où l'infirmière, se présentant sur deux fronts à la fois, en tant qu'infirmière et en tant que mère, peut donner deux voix à son conseil. Les deux voix peuvent aller dans le même sens et ont du poids sur une affirmation : « J'ai également fait circoncire mes fils à cette clinique », déclarait Sandrine aux Dioubaté en leur donnant des informations sur les cliniques pratiquant la circoncision. Elle propose ainsi, à titre d'infirmière et de mère, une clinique particulière, en laquelle elle a confiance. Ainsi, quand l'information donnée à titre d'infirmière ne suffit pas ou ne satisfait pas les usagères, les infirmières peuvent y aller d'une touche personnelle. Dans d'autres cas cependant, lorsque les infirmières usent de leur propre expérience maternelle ou migratoire, elles s'éloignent des normes de la santé publique du Québec et de ce qui est attendu d'elles par l'établissement. Elles exposent la concurrence entre les savoirs existants de la culture profane « dans laquelle la famille est à la fois consommatrice et productrice de soins de santé (Cresson, 1995, 2001, 2006 dans Fortin et Le Gall, 2007 : 22) et les savoirs construits par, et attribués aux, professionnelles (Lochard et Simonet, 2009). Ce type de recadrage fait en sorte que les éléments profanes que l'infirmière a intégrés à sa culture professionnelle viennent neutraliser ou détruire les normes de santé publique qu'elle se doit pourtant de défendre. La multiplicité des statuts, tant professionnels que personnels, n'est donc pas propice à une organisation et

une structure clairement définie (Grando et Sulzer, 2003). Chacune y va de sa recommandation ou de son conseil personnel, diluant ainsi les savoirs professionnels. Les usagères ne sont pas toutes en position de déterminer par elles-mêmes si les informations apportées par l’infirmière découlent de leurs propres expériences ou relèvent de savoirs professionnels. Rappelons que le Je, qui permettrait de distinguer un commentaire professionnel d’un commentaire personnel, n’est pas toujours utilisé pour différencier les deux types d’informations.

Si les infirmières jouent sur plus d’un registre et qu’elles mobilisent à la fois leurs connaissances professionnelles et leurs connaissances profanes (de mère, de migrante ou de croyante), c’est principalement parce qu’on les oblige à la fois à regarder le monde avec des yeux de médecins (scientifiques, basés sur des données probantes), tout en s’assurant d’être humaines, douces et aimantes. Hughes (1996) nomme ce passage d’un statut à un autre, le dédoublement du Soi. Il l’attribue à la coexistence et à l’interaction des deux cultures, profanes et professionnelles, en situation de soin. Le temps d’un argument ou d’un conseil, l’infirmière peut aussi miser sur son statut d’immigrante. Elle ne demeure pas « immigrante » pour toute la durée de l’interaction. Au contraire, elle redevient aussitôt infirmière professionnelle et ouvre la porte à une succession de recadrages (Goffman, 1981).

L’infirmière-mère : à la barre de la maternité

« Être maman et infirmière, c’est savoir [...] qu’un brocoli mal avalé peut dégénérer en pneumonie. Qu’un raisin est le fruit le plus traître qui soit. Qu’un simple mal de tête peut être le début d’un vrai cauchemar. Que le cancer, ce n’est pas juste au téléthon. [...] Être maman et infirmière, c’est aussi d’anticiper la prochaine question d’un parent en sachant que je voudrais moi-même être rassurée sur le sujet »⁹⁹

En 2003, les femmes représentaient 91 % des effectifs infirmiers (Cognet et Fortin, 2003). Elles se font fréquemment assigner l’identité supposée de mères (Paillet, 2009). À tort

⁹⁹ Couture, A.P. (2015). « Maman et infirmière : quand l’un ne va pas sans l’autre », Consulté en ligne le 13 mai 2015. Adresse URL : <http://www.tplmoms.com/2015/05/12/maman-et-infirmiere-quand-lun-ne-va-pas-sans-lautre>

ou à raison, les usagères, mais également les membres de leur propre équipe professionnelle, assument qu'elles sont mères ou qu'elles le seront inévitablement sous peu. En raison de leur expérience de la maternité et de leur « inéluctable » destin de mère, on attend d'elles qu'elles soient douces, patientes et naturellement dotées de compassion et d'empathie (Paillet, 2009).

La grande majorité des infirmières rencontrées en entretien individuel et au cours des observations sont effectivement mères. Elles ont de un à quatre enfants. Alors que certaines ont encore un bébé à la maison, d'autres me décrivent fièrement en entretien le parcours universitaire de leur aîné. Seules trois des infirmières rencontrées n'ont pas d'enfant : l'infirmière issue d'une agence privée, la cadette des infirmières de l'équipe Périnatalité 0-5 ans et la jeune stagiaire. Quelques infirmières-mères, comme Lucie et Camille sont convaincues que nulle n'a besoin d'être une mère pour être une bonne infirmière en périnatalité. L'une d'elles affirme d'ailleurs « qu'on n'a pas besoin d'être cardiaque pour travailler en cardiologie », alors pourquoi devrait-on absolument être mère pour faire un travail efficace et personnalisé en contexte périnatal? Elles soutiennent que c'est principalement la personnalité de l'infirmière, sa curiosité et son désir de comprendre le milieu dans lequel son usagère évolue qui définit la « bonne infirmière » en périnatalité. D'autres ont plutôt la conviction que ce n'est pas le fait d'être mère qui facilite les échanges entre infirmière et usagère, mais plutôt le fait d'être de femme à femme.¹⁰⁰

Les infirmières sans enfants sont confiantes dans leurs compétences professionnelles et ne voient pas, dans l'absolu, de problème à pratiquer en contexte périnatal sans avoir elle-même vécu la maternité. Toutefois, elles notent que si les familles rencontrées demandent à savoir si elles sont mères, elles sont mal à l'aise d'admettre qu'elles n'ont pas d'enfants : « Moi je ne pense pas que je dois absolument être mère [pour bien faire mon travail], mais s'ils [parents] me le demandent, c'est que c'est important pour eux », relève la jeune Jacinthe. Les usagères posent fréquemment des questions personnelles aux infirmières, notamment dans

¹⁰⁰ La complicité entre femmes, que Bourdieu décrit dans les entretiens entre chercheuse et participantes ressort également des suivis postnatals à domicile (1989 : 1399).

l'espoir d'outrepasser la façade d'infirmière et de s'orienter dans la situation (Goffman, 1973 : 33). Les réponses données par les infirmières permettent aux usagères de se guider dans l'intervention, de contrôler et d'évaluer l'ensemble du suivi postnatal : « Comprend-elle ma réalité? » « A-t-elle vécu ce que je vis? » « Quel type d'informations me transmet-elle? » Les infirmières répondent aux interrogations de leurs usagères pour construire une relation thérapeutique saine et égalitaire. « À un moment donné, il faut que tu donnes un peu de toi; sans tout expliquer, tu ne donnes pas ton adresse, mais tu peux dire que tu as des enfants par exemple », explique Jocelyne. D'autres affirment qu'elles répondent à plusieurs questions de leurs usagères afin de présenter une façade humaine : « tu sais, je vais le dire assez tôt dans le début du suivi, quand je vais me présenter en tant que personne, je vais me présenter en tant que maman », soulève Justine.

Si le fait que leur infirmière soit également une mère rassure certaines usagères, il est important de souligner que, pour certaines communautés culturelles, être une infirmière-mère revêt une importance cruciale. D'une part, l'expérience de la maternité lui confère une crédibilité dans sa pratique, mais cette expérience fait aussi des infirmières, de « vraies femmes ». Le fait de n'être ni mère, ni épouse, comme chez nos deux jeunes infirmières et apprenties, les discréditent en tant qu'infirmières et en tant que femmes. « Il m'a dit qu'il avait confiance en moi et qu'il pouvait me respecter parce que j'avais eu quatre enfants. Que ça, ça va amener quelque chose à la société » m'a rapporté Jocelyne qui avait récemment eu affaire à un père maghrébin. Jocelyne n'est pas la seule à avoir relevé cet état de fait où des usagères, mais principalement leur conjoint, accordent une importance toute particulière au fait d'être mère et/ou épouse.

Un autre cas de figure que je n'ai pas directement relevé sur le terrain a été maintes fois soulevé dans la littérature et bien présenté dans le roman biographique d'Åsne Seierstad, *Le libraire de Kaboul* (2003). Dans cette œuvre, l'auteure raconte qu'étant une femme occidentale, célibataire et sans enfant, elle peut être perçue comme une sorte d'hermaphrodite par sa famille d'accueil afghane. Elle n'a pas droit à la même reconnaissance qu'ont les femmes du pays puisqu'elle n'est ni épouse ni mère, mais cet hermaphrodisme lui « [permet] d'évoluer aussi bien parmi les femmes que parmi les hommes » (Seierstad, 2003 : 14). Il est

possible, du moins concevable, que les jeunes infirmières sans mari ni enfant soient perçues, elles aussi, par certaines familles comme étant une forme d'hybride genré et que chacun et chacune, au final, la perçoivent uniquement comme professionnelle de la santé asexuée. Certaines infirmières avouent qu'elles ne diront jamais « mon chum » ou « mon conjoint » avec certaines communautés, mais qu'elles vont opter pour la terminologie « mon mari », même si elles ne sont pas mariées.

Jamais je ne dirais ça [que j'ai un chum] à une femme hassidique, tu sais. Jamais jamais jamais. C'est « J'ai un mari ». Pis peut-être que je vais approcher les femmes juives hassidiques différemment. Elles, elles veulent absolument savoir si tu as eu des enfants et ils ont quels âges? (Justine, infirmière).

Justine poursuit en disant que si elle utilise le terme « mari », ce n'est pas tant qu'elle se sent mal de ne pas être mariée et qu'elle veut éviter les potentiels regards hargneux, mais c'est plutôt qu'elle veut éviter de s'épancher sur sa vie personnelle.¹⁰¹ Outre les enfants et parfois quelques informations sur l'expérience professionnelle, les infirmières se font généralement discrètes sur leur vie personnelle.

Sans parler d'un désavantage apparent pour les infirmières en périnatalité qui n'ont pas d'enfants, plusieurs infirmières-mères avouent que se présenter en tant que mère aide beaucoup à la mise en place d'une relation thérapeutique basée sur la confiance. « La famille sait qu'ils ont devant eux une infirmière, mais non seulement une infirmière, mais une maman », affirme Justine. Au-delà de la relation thérapeutique, plusieurs infirmières affirment que leurs expériences maternelles enrichissent leur pratique quotidienne et font d'elles des infirmières empathiques. Nadège donne l'exemple suivant : « une maman qui a des gerçures

¹⁰¹ Plusieurs familles rencontrées me demandaient si j'avais des enfants. En répondant par la négative, plusieurs remettaient en question les raisons pour lesquels une telle étude m'intéressait. Un homme d'origine pakistanaise m'a un jour dit « Quand tu auras fini tes études, tu seras mère et tu n'auras pas besoin de poser toutes ces questions à des mères... tu pourras y répondre toute seule ». Après avoir fait face à ce commentaire, j'ai également réfléchi à la façon dont je pourrais répondre à cette question sans être discréditée en tant que professionnelle, ni en tant que femme. La question reste sans réponse. J'ai toujours un certain malaise quand on me demande ma situation matrimoniale et si j'ai des enfants.

aux seins, quand elle va retrousser les orteils [pendant l'allaitement], je comprends, je sais exactement ce qu'elle ressent ». Elles comprennent la douleur, la fatigue, les angoisses et la pression sociale vécue par les nouvelles mères. Les médecins étudiés par Paillet (2009) sont d'ailleurs convaincus que les infirmières font de la « projection psychique », ce qui leur donne un sentiment d'identification aux parents. Ce sentiment expliquerait, entre autres, pourquoi les infirmières préfèrent dire la vérité et éviter les secrets avec les familles (Paillet, 2009).

Les infirmières relèvent que leur propre expérience de la maternité leur permet de nuancer certaines informations et d'apporter des conseils précis et préalablement testés, expérimentés : « Je ne suis pas juste dans la théorie là, je suis dans la pratique », souligne Justine. Plusieurs d'entre elles avouent baser leurs enseignements et leurs conseils sur la littérature scientifique et la théorie « des livres », comme elles l'appellent, mais elles agrémentent presque toutes leurs enseignements de conseils pratico-pratiques qui ont fonctionné pour elles. « Ce qui a marché avec moi je vais le retourner, le donner au suivant », conclut Justine en souriant.

L'expérience maternelle ou les expériences maternelles

Dans leur discours et dans leur pratique, je relève que ce n'est pas tant le fait d'être mère ou non qui influe sur le choix d'utiliser ou de ne pas utiliser ses compétences maternelles au sein de leur pratique infirmière, que le nombre d'enfants qu'elles ont et l'époque à laquelle elles les ont eus. Dans un premier temps, les infirmières rencontrées sont unanimes pour dire que les bébés sont tous différents et que ce qui fonctionne avec l'un ne fonctionnera pas nécessairement avec un autre. Elles sont conscientes que leur propre expérience de la maternité ne leur donne pas une connaissance absolue. Mais il est clair que les infirmières avec un plus grand nombre d'enfants, comme Roseline, sont plus promptes à utiliser leur expérience maternelle au sein de leur pratique. « Maintenant, quand je dis quelque chose, c'est parce que je l'ai expérimenté trois ou quatre fois et que je pense que ça a fait ses preuves. Je n'ai pas juste un enfant, je n'en ai pas deux, j'ai quatre enfants! Ça fait que je trouve que ça pèse beaucoup dans la balance pour moi ». Nadège abonde dans ce sens en mentionnant que le bagage de connaissances accumulées au cours des différentes maternités permet non pas de donner le conseil ultime, mais plutôt d'expliquer aux nouveaux parents « qu'il n'y a rien qui

soit blanc ou noir » et qu'il n'y a pas une formule idéale, mais il est plutôt question d'essai et erreur. Les infirmières ayant plus d'enfants et ayant une expérience forte sont plus promptes à affirmer la différence entre les enfants et, ainsi, adoucir les prescriptions faites par la santé publique :

Écoutez, c'est écrit dans le grand livre [le *Mieux vivre avec notre enfant*], mais, regardez, le gros bon sens, on va s'adapter avec chaque bébé. On va regarder le vôtre, comment il est. Il est au sein. Il a bien mangé, il a bien tété, et, après tout ça, il a encore faim? [...] Des exceptions, ça existe (Lucie, infirmière).

L'époque de la maternité joue également pour beaucoup. Celles dont l'expérience de maternité est récente semblent se référer davantage à leur expérience maternelle lorsqu'elles transmettent des enseignements, des informations et des conseils aux nouveaux parents. Celles qui ont eu des enfants dans les années 80 en contrepartie, semblent moins portées à user de leurs expériences maternelles lors d'une intervention : « Parce que mes enfants, au moment où je les ai eus, les normes étaient différentes et les règles étaient différentes. Maintenant, on parle d'autres choses », expliquait Lucie. Pour cette raison, Lucie préfère s'en tenir aux manuels et documents scientifiques à sa disposition et « son gros bon sens », comme elle le mentionne souvent.

Professionnelle d'abord et avant tout : Camille et le contre-exemple

Si elles avaient été face à face, je crois que « le gros bon sens » de Lucie aurait fait grincer les dents de sa collègue Camille. Pour Camille, la mission infirmière ne repose pas sur quelconques jugements, sur quelque chose qui semble aller de soi, d'instinctif ou de naturel. Non. Leur mission est professionnelle et doit le rester. Ainsi, si Lucie évite de se référer à sa propre expérience de mère parce que les choses ont bien changé depuis les années 80, Camille, pour sa part, refuse d'associer ses compétences en soin périnatal à autre chose que des connaissances scientifiques. Malgré sa récente expérience de la maternité, elle affirme que sa pratique n'en a aucunement été influencée et qu'elle continue de donner ses enseignements exactement comme ils le sont prescrits par l'établissement. En refusant de se baser sur son expérience personnelle, elle s'oppose aux conceptions du *welfare state* qui prend appui sur une « discrimination de genre qui suppose la mobilisation naturelle des compétences relationnelles des femmes » (Schnapper, 2003; Faulkner, 2013 : 207). Dans sa perspective, les compétences

en soins apportés à autrui ne vont pas de soi parce qu'elle est une femme et de surcroît une mère, mais bien parce qu'elle a acquis, au cours de ses études et de son parcours professionnel, des compétences scientifiques et techniques rigoureuses. La seule expérience valable est celle acquise auprès de ses usagères au fil des ans, une expérience beaucoup plus pertinente, selon elle. Son expérience en tant que mère ne lui permet pas de comprendre et de décoder ses usagères. C'est plutôt le fait d'avoir côtoyé des centaines de mères au cours des années passées qui lui donne toute sa crédibilité.

L'infirmière immigrante : le grand écart entre ici et ailleurs

« *De Noire à Noire, on se dit les vraies affaires.* » (Nadège, infirmière)

De manière générale, lorsque qu'il est question de soins en contexte pluriethnique, on fait principalement, voire uniquement référence à la diversité des usagères. La diversité des professionnelles est rarement prise en compte et lorsqu'elle l'est, il est plutôt question des problématiques vécues par les infirmières issues de groupes minoritaires durant la période préembauche (Cognet *et al.*, 2010; Charles, 2011). Le corps médical est systématiquement présenté comme une unité homogène, s'opposant aux usagères, qui elles forment un groupe pluriethnique et hétérogène. Pourtant, les changements démographiques de la population québécoise transparaissent également dans le profil ethnique des professionnelles de la santé (OIIQ, 2007 dans Cognet *et al.*, 2010). Les membres de l'équipe du programme Périnatalité 0-5 ans ne font pas exception. Parmi les dix-sept infirmières rencontrées, soit dans le cadre d'entretien individuel, soit au cours des observations, six étaient immigrantes de première génération et avaient immigré au Canada adolescente ou jeune adulte. Trois autres étaient immigrantes de deuxième génération. Elles sont originaires des Caraïbes, de l'Afrique, de l'Asie, de l'Europe de l'Est et du Moyen-Orient.

La présence des immigrantes au sein des équipes professionnelles de santé est de plus en plus grande. Elles sont toutefois plus nombreuses dans les métiers de subordonnées, au bas de l'échelle hiérarchique médicale. Une étude de Cognet et Fortin en 2003 relevait justement que les Noires représentaient 37,5 % des auxiliaires en CLSC (p. 165). À notre première rencontre, Roseline, fille d'immigrants, m'explique qu'à l'époque où elle a fait sa technique

infirmière à la fin des années 80, elle était la seule femme noire de son programme. Elle ajoute : « Les Noires étaient surtout préposées aux bénéficiaires ». Aujourd'hui, dans la région montréalaise, 18 % des infirmières sont issues de l'immigration et 33 % sont immigrantes de deuxième génération (Cognet *et al.*, 2010 : 255). Malgré leur présence croissante, très peu d'études portent sur les effets de la diversification du corps médical.

Historiquement, des immigrantes étaient employées pour s'occuper de la population immigrante, une « clientèle lourde peu prisé[e] par les infirmières canadiennes blanches » (Cognet et Fortin, 2003 : 167). Même si ces politiques néo-colonialistes et discriminatoires sont aujourd'hui interdites, « il serait difficile de dire que la gestion du travail en santé ne continue pas de s'appuyer sur ces pratiques » (Cognet et Fortin, 2003 : 167). En effet, les professionnelles de la santé issues de l'immigration sont surtout concentrées dans les quartiers ethniquement diversifiés, ce qui est confirmé par l'exemple des infirmières du programme Périnatalité 0-5 de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

Les infirmières œuvrant en contexte pluriethnique doivent être à l'aise pour travailler avec la diversité : « les infirmières connaissent le quartier et celles qui ont de la difficulté avec les ethnies, elles ne viennent pas travailler ici », affirmait une cadre dans l'étude de Cognet *et al.* (2010 : 260). Jocelyne, une infirmière blanche et québécoise confirme les dires de cette cadre lorsqu'elle parle du « désir de se mettre en déséquilibre » :

Ce n'est pas tout le monde qui est confortable avec ça parce que ça te confronte personnellement, ta religion, tes croyances, ce que tu as appris et qui te confirmait que tu avais 100 % et que tu étais bien bonne. Là, évidemment, regarde, tout ce que tu as appris, ce n'est même plus ça parce que la moitié du monde ne le fait pas (Jocelyne, infirmière).

Plusieurs études soulignent également que les intervenantes ayant elles-mêmes vécu l'expérience du processus migratoire semblent plus à l'aise avec l'altérité. Le parcours de vie et principalement l'origine ethnique et l'expérience de la condition de minoritaire rendent les infirmières confortables à travailler dans un environnement social et culturel hétérogène (Le Gall *et al.*, 2012; Fortin, 2013). Certaines études vont jusqu'à faire l'éloge de l'appariement ethnique en contexte de soin (Bhimani *et al.*, 1998, Tang, 1999 et Troper *et al.*, 1999, dans Cognet *et al.*, 2010 : 255).

La portée de la pluralité : de la facilitation au racisme

Quelques infirmières associées à un groupe minoritaire soutiennent que les usagères issues de l'immigration, notamment lorsqu'elles proviennent toutes deux du même pays ou de la même région, s'ouvrent plus facilement à elles qu'aux infirmières blanches, puisqu'elles ont le sentiment de partager une réalité similaire. De peur d'être jugées ou incomprises, les usagères issues de l'immigration s'ouvriraient moins spontanément aux infirmières blanches. Roseline rapporte d'ailleurs l'exemple récent d'une jeune mère noire à qui incombent, malgré l'accouchement récent, la majorité des tâches ménagères. Cette femme exprime sa joie de voir arriver une infirmière noire à son domicile : « Je suis contente que ce soit vous qui soyez venue parce que vous, vous comprenez », a-t-elle dit à Roseline. « Nous, on fait beaucoup de choses que les femmes blanches ne feraient pas. Et un mari blanc aiderait plus [aussi] ». Selon Roseline, la jeune femme n'avait pas à justifier ou à lui faire comprendre que, « culturellement », les tâches ménagères reviennent aux femmes et que son mari est très peu impliqué dans l'entretien de la maison et les soins au nouveau-né. Roseline a combiné ses expériences et ses connaissances d'immigrante et de professionnelle de la santé pour intervenir auprès de cette famille. Elle lui a dit : « Je comprends qu'elle doit faire beaucoup plus dans la maison. Mais il y a certaines limites qu'il faut mettre et que j'ai dû mettre pour elle ». La compréhension de la situation de son usagère est liée à son expérience d'immigrante, mais les limites ont été fixées à titre de professionnelle de la santé.

Interlude : l'égalité homme-femme

L'exemple de Sandrine et de la famille Dioubaté place au-devant de la scène l'égalité homme-femme. De sa perception à sa mise en pratique, l'égalité homme-femme est l'un des aspects les plus parlants lorsque l'on compare la pratique de soin des infirmières issues de l'immigration et des infirmières québécoises blanches. Dans un premier temps, les professionnelles révèlent une plus grande sensibilité aux inégalités homme-femme que leurs homologues masculins (Fortin, 2013; Le Gall *et al.*, 2012; Cognet et Fortin, 2003). Dans un deuxième temps, les intervenantes qui ont grandi, qui ont été formées et qui pratiquent dans le système de santé québécois sont également plus sensibles à cette forme d'inégalité (Cognet et Fortin, 2003). Lorsque les intervenantes « occidentales » perçoivent de la violence conjugale

ou des rapports de genres inégalitaires – lorsque des maris répondent systématiquement pour leur femme par exemple – elles éprouvent une difficulté à s’investir positivement dans la relation thérapeutique (Fortin, 2013; Le Gall *et al.*, 2012). L’inégalité homme-femme est spontanément associée et imputée à l’appartenance à des groupes religieux ou culturels minoritaires des usagères. Dans leur article, LeGall et Xenocostas (2011) rapportent que « l’égalité hommes/femmes reviennent régulièrement dans les témoignages, [mais que] plusieurs des situations mentionnées par les intervenants peuvent aussi relever d’autres facteurs, comme la méconnaissance des services par les clients ou encore relever du parcours migratoire des clients ou de leurs statuts » (p. 185). J’ai d’ailleurs été témoin de cet aspect lors de mes observations.¹⁰² Avec Sandrine toutefois, la relation des Diabouté, qu’elle percevait et identifiait comme inégalitaire, ne l’empêchait pas de s’engager pleinement et aisément dans la relation thérapeutique. À l’exception du segment sur la circoncision où elle a coupé court à son explication, elle m’est apparue très calme, très posée, prête à répondre tant aux questions de la mère que du père, même si le père était agressif.

La forte majorité des pères québécois sont présents lors du suivi postnatal. Ils sont investis et ils posent des questions. Dans certaines cultures, les pères ne sont pas présents, ou lorsqu’ils le sont, ils portent très peu attention au déroulement de la rencontre. « C’est culturel, c’est comme ça; ils font leurs petites choses, et les femmes s’occupent d’autres choses », rapporte Roseline. Nadège, également d’origine haïtienne nuance :

Est-ce que c’est parce qu’il n’est pas intéressé? Tu peux interpréter ça de toutes sortes de façons. Au fond, moi, ce que j’écris dans mes notes, c’est : “Père présent : va dans une autre pièce”. Toutefois, les infirmières blanches ou les nouvelles infirmières inexpérimentées sont portées à dire “Ah! Il n’est pas impliqué, il n’est pas ceci, il n’est pas cela”.

¹⁰² Deux infirmières discutaient avant le premier suivi du matin. Anne-Marie raconte qu’une de ses usagères a été hospitalisé : ecchymoses, côtes fêlées ou cassées, douleur abdominale. Elle demande à Johanne : « Qu’est-ce qui pourrait expliquer cette condition, autre que de la violence, soit du papa de l’enfant ou de quelqu’un de sa communauté? » Johanne répond qu’en effet, ça peut bien être un crime d’honneur ou une « de ces cochonneries-là ». Aucune autre explication ne fut envisagée pour expliquer le cas de cette femme pakistanaise.

Comprendre la dynamique des couples là où les relations ne sont « pas nécessairement inégales, mais certainement différentes » est plus facile pour les infirmières issues de l'immigration, puisqu'elles ont fort souvent vu un modèle semblable à la maison, propose Roseline. D'ailleurs, les infirmières issues de l'immigration qui ont participé à l'étude semblaient toutes être relativement habituées et confortables à l'idée que le conjoint, le père, ne soit pas présent lors du suivi et, de manière plus générale, impliqué dans les soins du nouveau-né. Une infirmière issue de l'immigration avouait même être surprise, lors de ses premiers suivis, de la présence du père. « Mais qu'est-ce qu'il fait là? L'allaitement, ça ne le regarde pas ». Rapidement, elle s'est habituée à la présence des hommes qu'elle trouvait « bizarre ». En contrepartie, elles trouvent inconcevable, tant chez les nouveaux parents québécois que les parents immigrants sans famille au pays, que leurs mères, sœurs, tantes et cousines ne soient pas là pour les aider. « Juste papa et toi? Comment allez-vous y arriver? »

Avoir une expérience migratoire peut être bénéfique pour créer rapidement un lien de confiance avec des usagères également issues de l'immigration : « les motifs invoqués tournent autour de la facilité de communication, de la confiance, de la complicité en raison des valeurs, de la culture et de la langue commune » (Paré, 2001 : 44). Toutefois, le lieu d'origine de l'infirmière semble rarement mentionné lorsqu'elles rencontrent des usagères provenant de leur pays ou de leur région. Les attentes de celles-ci auraient tendance à être plus élevées sous prétexte qu'« on se comprend, entre Haïtiens » ou encore « qu'on s'en doit une ». Une étude sur l'appariement ethnique entre usagers et prestataires de services dans le milieu de la vente immobilière confirme les attentes élevées des usagers partageant un parcours migratoire avec leur agent immobilier : « le groupe de même ethnie donne plus de services » (Paré, 2001 : 51). Les infirmières, désireuses d'offrir un service personnalisé, mais également équitable à chacune de leur usagère, ne désirent pas entrer dans ce type de favoritisme. De plus, la pression de donner les conseils parfaits et « les bons tuyaux » serait très grande (Laquerre, 2015). De même, les « bons tuyaux » demandés en viennent souvent à dépasser le milieu de la périnatalité pour toucher l'ensemble de l'intégration à la société québécoise.

Si elles peuvent toucher et comprendre plus facilement certaines de leurs usagères, les infirmières issues de l'immigration vivent tout de même, de temps en temps, des situations

difficiles. Les établissements s'obstinent pourtant à nier ou à attribuer au passé les actes de racismes que leurs employées issues de l'immigration subissent, comme si leur professionnalisme les protégerait de tels assauts (Cognet, *et al.*, 2010). Le racisme est pourtant bien présent.

Mais, entre nous, les Noires, on le sent, on le vit. Ils ne vont pas nous dire : « Ah! Mais non! On ne voulait pas d'une infirmière noire. » Mais, on le sent : le regard, la façon dont on nous accueille. Il y a des gens qui nous ouvrent la porte bien grande : « Ah! Entrez. Voulez-vous boire quelque chose? » Il y en a d'autres qui... ils font juste ouvrir la porte et ils ne t'invitent pas à entrer, et c'est toi-même qui dois quasiment te... Bien, déjà là, tu sens que tu n'es pas bien accueilli. Ils te laissent poireauter dans l'entrée, ils ne t'invitent pas à t'asseoir, ils ne t'invitent pas à boire. Moi, ça ne me dérange pas que quelqu'un ne me donne rien à boire, mais invite-moi au moins à m'asseoir (Nadège, infirmière).

Une récente étude de Cognet *et al.* (2010) rapporte trois façons de gérer le racisme dans les CLSC du Québec. La première façon, la plus fréquente, consiste à « accommoder » l'usagère en ce sens qu'on l'excuse, sous prétexte qu'elle est nerveuse, malade, en position de vulnérabilité ou encore que c'est en raison de son âge, de sa religion ou de sa culture. Nadège a d'ailleurs vécu une situation similaire dans un autre service de soin où une aînée lui avait ordonné de ne pas la toucher parce qu'elle était noire. En me racontant l'incident, Nadège a automatiquement recouru à ce mécanisme : « On ne peut pas la changer, c'est une vieille personne, c'était comme ça dans son temps ». Le cas échéant, les établissements proposent à leurs infirmières de tenter un « processus d'éducation comportemental » avec l'usagère « persécutrice ». Cette demande d'éducation peut mettre d'énormes pressions sur les infirmières qui portent à elles seules le fardeau de la relation thérapeutique. La deuxième façon de gérer les usagères racistes est de ne pas attribuer ou de retirer, sur demande, une infirmière de couleur aux services d'une usagère, pour la satisfaire. On pourrait croire que cette technique soit uniquement utilisée en agence privée, là où le client est roi et maître puisqu'il paie directement pour ses services, mais cette pratique serait également à l'œuvre dans les CLSC.

La moitié des cadres rencontrés n'interprète pas le refus d'un usager d'être soigné par une infirmière noire comme une manifestation raciste, mais comme une manifestation du droit culturel de ce dernier à choisir pour ses soins une

personne qui lui ressemble et dans lequel il se retrouve, et de la responsabilité qui incombe aux CLSC et plus largement aux services publics de santé de donner, bon gré mal gré, les soins et les services à la population (Cognet *et al.*, 2010 : 263).

La troisième façon de gérer le racisme en établissement de santé est beaucoup plus rare, elle considère les actes de racisme comme intolérables. La compétence de l'infirmière est mise de l'avant et si l'usagère refuse de recevoir une infirmière de couleur et de la traiter avec respect, il peut être sanctionné et voir son soin lui être retiré. Toutefois, en cas de perte cognitive tel que l'Alzheimer, ou de maladie mentale, la personne est souvent graciée (Cognet *et al.*, 2010 : 261-263).

La sécurité par-delà les frontières géographiques

« Moi, ce qui m'importe, c'est si ça va mettre la sécurité ou la vie du bébé ou de la mère en danger, ou s'il y a un risque pour la santé. Moi, j'évalue tout le temps ça. S'il n'y a pas de risque ni pour la mère, ni pour le bébé au niveau de la santé ou au niveau de la vie et que ce n'est pas dangereux, je ne vais pas aller à l'encontre. Tu comprends? »
(Nadège, infirmière)

Cet énoncé de Nadège est partagé par l'ensemble des infirmières rencontrées. Si Le Gall et Xenocostas (2011) relèvent que les règles d'hygiène et d'asepsie servent fréquemment de balise à un accommodement, mon étude montre que la sécurité de la mère et de l'enfant est la limite à la négociation. Les infirmières rencontrées sont prêtes à négocier leur pratique de soin dans la mesure où la sécurité de la mère et de l'enfant est garantie. Toutefois, la perception de ce qui est dangereux ou sécuritaire diffère considérablement d'une infirmière à l'autre. Je propose ici un premier élément de réponse aux critiques de Cognet *et al.*, (2010) qui stipule que peu d'études portent sur les effets de la diversification des effectifs professionnels. La perception de la sécurité et du danger varie principalement selon l'origine des infirmières, issues de l'immigration ou issues du groupe majoritaire. Pour ne citer que quelques exemples :

un « cododo » bien fait n'est pas matière à s'alarmer; faire dormir un bébé sur le ventre n'a rien de néfaste; les contours d'un lit de poupon sont esthétiquement beaux¹⁰³; et la tisane d'anis étoilé fait des miracles. Tant de pratiques déconseillées par la santé publique qui sont pourtant tolérées par certaines infirmières notamment parce que « chez elles c'est comme ça, et tout le monde vont très bien ». Elles vont tout de même, dans la plupart des cas, mentionner aux usagères que de telles pratiques sont déconseillées par la santé publique mais valideront la pratique à titre personnel, en racontant une anecdote ou en employant le Je par exemple. La question se pose toujours de savoir si l'usagère est en mesure de discerner entre les conseils qui lui sont divulgués à titre personnel, de ceux qui sont donnés à titre professionnel. Les infirmières possédant une expérience migratoire ne rejettent pas d'emblée les recommandations de la santé publique. Elles possèdent cependant d'autres référents qui leur permettent de considérer et d'accepter d'autres façons de faire. Par exemple, certaines infirmières issues de l'immigration possèdent des connaissances approfondies concernant des pratiques de soins alternatives telles que l'utilisation des herbes ou tisanes.

Certaines infirmières, issues de l'immigration ou non, encouragent les usagères à conserver leurs pratiques traditionnelles.

Mais moi, je leur dis : « Mais, comment vous faites dans votre pays? Qu'est-ce que votre mère fait? » Il y a une madame qui a dit : « Ma mère m'a dit de faire telle affaire. » « Mais oui, c'est bon, madame. Si, dans votre pays, vous le faites et que ça n'a pas tué votre enfant, pourquoi, ici, ça ne serait pas bon? » Ils veulent suivre ce qui est écrit dans le *Mieux vivre* ou ce que nous, on dit (Lucie, infirmière).

Ces « actions et [...] décisions professionnelles d'assistance, de soutien et de renforcement qui aident les personnes d'une culture spécifique à préserver leurs valeurs » de soins, qui se manifestent dans leurs pratiques est désigné par le terme de préservation (Leininger, 1995 dans

¹⁰³ Les infirmières, conformément aux recommandations de la santé publique citée dans le *Mieux vivre avec notre enfant* devraient informer les mères que leur enfant doit dormir sur le dos, uniquement et avec une simple couverture. Aucun contour de lit, peluche ou oreiller ne devraient être posés sur le lit du poupon (2015 : 249)

Charles, 2011). Cette prise en considération du caractère unique de l'usagère serait bénéfique à la relation thérapeutique et au maintien du bien-être de l'usagère. Dans l'exemple de Lucie, elle semble au contraire exprimer le désir récurrent de certaines familles à se conformer aux normes de la santé publique du Québec, aux dépens des pratiques du pays d'origine. Cette situation rejoint les propos de Battaglini *et al.* (2000) qui relève que certaines usagères ont un désir de rupture avec les pratiques du pays d'origine.

Le point à retenir est que le savoir biomédical n'est pas univoque et que la culture n'appartient pas qu'aux soignés (Fortin, 2013). Les professionnelles de la santé sont également porteuses de subjectivités et de cadres moraux, basés sur des valeurs et des représentations, qui peuvent ne pas cadrer avec les normes de la santé publique. Roseline donne un exemple frappant sur le fait de devoir dire aux usagères de faire le peau à peau pendant l'allaitement :

Premièrement, moi-même, je ne me sens pas à l'aise parce que moi, je me voyais avec mes propres bébés, et ce serait jamais au grand jamais que mon enfant serait juste en couche; à la rigueur, garder sa camisole mais sans pyjama. À moins que le bébé ne soit jaune citron et sur le bord d'aller à l'hôpital (Roseline, infirmière).

L'infirmière croyante : la portée de Dieu

Au cours de mon enquête, j'ai pu identifier six infirmières qui, à un moment ou un autre, ont révélé leur appartenance religieuse. Peut-être sont-elles plus nombreuses à se définir comme des femmes croyantes et pratiquantes, mais la méthode ethnographique a ses limites. Les observations m'ont permis d'identifier la religion de trois infirmières. Dans un premier temps, en route vers un suivi postnatal, une infirmière a mentionné qu'elle donnait des cours d'enseignement religieux la fin de semaine. Dans un deuxième temps, cette même infirmière discutait avec une collègue du protestantisme et elles posaient des questions à Lina, concernant le catholicisme. À l'exception de ces deux situations, à aucun moment lors des observations, je n'ai pu repérer avec certitude une affiliation religieuse quelle qu'elle soit. En entretien toutefois, trois autres infirmières ont précisé leur appartenance religieuse, la place que la religion avait dans leur vie quotidienne et comment cette religion affecte leur pratique de soin. Les six infirmières identifiées sont chrétiennes, catholiques ou protestantes. J'ai pu conclure que si la religion des usagères est rarement abordée lors des suivis, celle des

professionnelles de la santé l'est encore moins. Si le projet de loi sur la Charte des valeurs n'avait pas plané au-dessus de nos têtes et fait réagir les professionnelles du programme Périnatalité 0-5 ans, très peu d'éléments d'informations auraient émergé devant l'enquête concernant la religion.

Les études de Wendy Cadge (2012) et de Sheryl Reimer-Kirkham *et al.*, (2012) démontrent entre autres que les professionnelles de la santé qui s'identifient comme croyantes sont plus à même de négocier leurs pratiques de soins pour prendre en compte les différences liées à des motifs religieux. Les infirmières ayant une affiliation religieuse auraient une compréhension immédiate et profonde de ce qu'une relation avec Dieu signifie et de ce que ça implique dans le quotidien des femmes usagères. Elles accorderaient donc plus d'importance au respect des pratiques religieuses de leurs usagères. Une infirmière catholique explique :

Il y a des juifs ici, qui, le [samedi], ne répondent pas au téléphone; même si on les appelle pour prendre différents rendez-vous, ils ne répondent pas au téléphone, c'est le shabbat. On ne les visite pas le samedi, c'est le sabbat. Oui. Ce n'est pas grave. Je prends ça en considération. C'est plus important, cette relation-là... avec Dieu. Moi, je l'ai compris par la suite. Peut-être que si on ne pratique pas, que si on n'est pas croyant... On [ne comprend pas] (Roseline, infirmière).

Les négociations qui entourent les différences liées aux croyances et aux pratiques religieuses des usagères seraient principalement des initiatives personnelles, note Reimer-Kirkham *et al.*, (2012). Des conflits organisationnels émaneraient de la prise en compte systématique des croyances et pratiques religieuses des usagères. Si Roseline avouait prendre en considération le shabbat lors de la prise de rendez-vous des suivis de poids des enfants issues de familles juives, Jocelyne note les difficultés qu'une telle prise en compte peut engendrer au sein d'un établissement :

Les juifs, le Shabbat juif le samedi, ils ne pouvaient pas nous recevoir le samedi ou ils ne peuvent pas venir au CLSC, et je sais que, bien des fois, la réponse est : « “Bien là, il faudrait qu'ils viennent pareil. Le bébé ne va pas bien, et ce n'est pas lundi, c'est samedi.” » Là, ils mettent tout le monde dans le même bateau en disant que tout le monde vient au CLSC pour faire peser le bébé. Est-ce qu'ils diraient à cette femme juive-là le samedi : « Bien, écoutez, vu que vous êtes juifs et qu'on sait que c'est le samedi, on va aller, nous, à domicile. » Je ne le sais pas. Mais je trouve que c'est un exemple assez clair

pour comprendre parce qu'on en a eu, de ça; je me souviens, ils les faisaient venir le samedi, mais ils ne venaient pas. Bon. Ils ne viennent pas, ils ne viennent pas. C'est leur responsabilité, c'est à eux autres, ils ne veulent pas. Qu'est-ce que tu veux qu'on fasse? (Jocelyne, infirmière).

À l'échelle organisationnelle, il apparaît difficile pour un établissement ou un programme de prendre en compte l'ensemble des particularités religieuses des usagers. Toutefois, les études de Reimer-Kirkham *et al.* (2012) montrent que la direction joue un rôle central dans la création d'un climat, propice ou non, à la prise en compte des particularités religieuses des usagers : « The tone and the space the leadership creates for having the conversations (related to spirituality) determines what happens » (p. 1033). De plus, en offrant systématiquement une prise en compte des différences religieuses, il est fort possible qu'on impute des demandes à des individus qui ne désirent pas être accommodés.

Croyantes, pratiquantes ou non, les infirmières rencontrées reconnaissent toutes les bienfaits de la religion, des croyances et des pratiques sur la santé des individus. La littérature relève d'ailleurs des liens directs entre la religion et la santé. Depuis 1990, les études portant sur la relation entre religion et santé sont en constante augmentation (Cadge, 2012). Lévy (2002; 2004) et Dossey (1999) soutiennent l'apport fondamental de la religion, des croyances et des pratiques religieuses sur le bien-être d'une personne, notamment dans le cas d'une personne souffrante ou en condition de vulnérabilité. Lorsqu'un croyant vit une situation critique, soit la maladie ou le deuil, les croyances et les pratiques religieuses servent d'« absorbeur de choc » (Dossey, 1999) et de symbolique significative (Le Gall *et al.*, 2012 : 54). Croire en l'au-delà permet aux souffrants d'accepter leur situation, notamment dans un contexte de mort. Comme le mentionne Lévy mais également Dossey, pionnier de la recherche sur les effets de la prière et ses bienfaits pour la santé, la rémission d'un individu peut être maximisée par la pratique religieuse. Lévy donne l'exemple de certaines pratiques telles que laver régulièrement ses mains, ne pas boire d'alcool et faire de l'exercice régulièrement (Lévy, 2002, 2004, 2008; Dossey, 1999; Le Gall *et al.*, 2012). Les attitudes positives du réseau et le soutien que reçoivent les personnes croyantes, notamment de la part de leur communauté, de leur famille ou encore des figures et des autorités religieuses sont indéniables dans la récupération de certaines patientes.

J'ai vu une madame tuberculeuse, mais il y avait toujours des gens qui venaient pour faire des prières. Et, la prière, c'est vraiment important; ça uplifts [sic] les personnes. Je pense que ça donne un plus... Je ne le sais pas. Les coutumes juives, [pas clair] la circoncision, c'est un passage obligé, ça unit les gens, ça crée des liens, et je trouve que c'est ça qui est bon du côté des immigrants et qui manque chez les Québécois, qui ont fait out [sic] avec la religion (Nadège, infirmière).

Il est possible d'avancer que les infirmières croyantes et pratiquantes comprennent mieux que les infirmières non-croyantes l'importance de négocier les pratiques de soins lorsqu'elles font face à des usagères dont les manifestations de la différence viennent de leur affiliation religieuse. Toutefois, cela n'empêche pas les infirmières non-croyantes d'être tout aussi ouvertes aux négociations que leurs collègues croyantes.

Épilogue : une question de flexibilité

Dans la négociation que j'ai identifiée comme le compromis identificatoire, le rapport à la santé publique intervient en forme de guide. Les prescriptions du *Mieux vivre* ou autres recommandations de la santé publique n'agissent qu'à titre de balises et si l'infirmière, de par son expérience, juge que la pratique alternative de la famille n'est pas dangereuse, elle ne s'y opposera pas. « Leur mère faisait ça, et ils le font eux aussi. [...] Même moi, je suis née ici, mais il y a des choses dont je pense qu'elles se transmettent et que ça ne fait pas de mal à personne. Pourquoi pas? Ça ne dérange pas », mentionne Nadège. Les cliniciens « minoritaires » (peau, accent, origine nationale autre, statut social d'origine moins favorable, expérience migratoire) sont souvent beaucoup plus sensibles à la portée de ces différences (Fortin, 2013 : 186).

Dans sa forme la plus complète, le compromis identificatoire est une forme de négociation qui permet de comprendre l'usagère et son contexte. Comprendre ou décoder son usagère est essentiel pour créer les liens de confiance nécessaires à la relation thérapeutique. En s'identifiant comme des accompagnantes, les infirmières usent de leur statut de professionnelle, de mère ou d'immigrante afin de guider les usagères dans leur prise en charge de leur enfant. Elles intègrent à leur culture professionnelle infirmière des éléments de leur culture profane – leurs savoirs maternels ou leurs connaissances sur les aliments dans leur

pays d'origine, par exemple – afin de mieux comprendre la situation de la mère. Elles naviguent entre différents univers de sens qui évoquent à leur tour la capacité d'action et les effets positifs de la participation des mères et des migrantes dans les structures sociales (Portes, 1998).

Dans ce type de négociation, les rapports de pouvoir entre les infirmières et les usagères s'approchent de l'équilibre. Les usagères sont reconnues, par les professionnelles de la santé, comme mères, comme immigrantes, comme croyantes. Se référant à leurs propres expériences, les infirmières reconnaissent les expériences vécues par les mères et ne les érigent pas automatiquement en faux vis-à-vis les prescriptions de la santé publique. Au contraire, elles acceptent souvent leurs pratiques traditionnelles comme ayant fait leur preuve par le passé même si elles ne correspondent pas tout à fait à ce que la santé publique suggère.

Le compromis projectif : nul besoin d'être immigrante, suffit d'être expérimentée

Dans plusieurs situations, comme dans le cas de Lucie et de l'épisode des cordons présentés en introduction, des infirmières s'appuient, elles aussi, sur les référents de la santé publique pour baliser les négociations. Elles adoucissent tout autant que possible les prescriptions de la santé publique, sans se référer à une expérience vécue de la maternité ou de la migration. Ce n'est pas en s'identifiant à la mère qu'elles tentent de comprendre la situation vécue par l'usagère, mais bien en se projetant dans son univers. J'ai appelé ce dérivé du compromis identificatoire le compromis projectif. Il est le propre des infirmières expérimentées, notamment de celles qui sont accoutumées à travailler avec une population diversifiée. Dans la négociation par compromis projectif, les infirmières utilisent leurs expériences professionnelles antérieures, leurs connaissances des cultures, des pratiques, des croyances de leurs usagères, pour imaginer ce que l'usagère ressent, demande ou comprend.

Reprenons l'exemple de Sandrine et de la famille Dioubaté. Lorsque Sandrine explique la frustration du père à aider sa femme avec les soins du nouveau-né et les travaux ménagers, elle mentionne que « chez elle, en Afrique, les hommes qui s'acquittent de ce type de tâches faisaient rire d'eux » et qu'aux yeux des autres hommes, ils semblent incapables de se choisir une épouse apte à d'entretenir le foyer. Sandrine connaît cette information sur les tâches

attribuées aux hommes et aux femmes en Guinée parce qu'elle vient elle aussi d'un pays africain, non loin de la Guinée. Ce type de connaissance n'est bien sûr pas le propre de celles qui l'ont vécue. Brigitte, une infirmière québécoise travaillant sur le territoire depuis plusieurs dizaines d'années, connaît par expérience cette distinction genrée des tâches et notamment les stigmates qui peuvent en être tirés (l'idée d'une faiblesse de l'homme par exemple). Tout aussi sensible que Sandrine, Brigitte a géré une situation similaire, mais en se référant à son expérience professionnelle et en se projetant dans la situation vécue du couple. Le couple a récemment immigré, sans famille ou amis pour les aider dans leur nouveau rôle de parents. Sachant que le conjoint était réticent à aider son épouse avec les tâches ménagères, de peur qu'on se moque de lui, elle lui a promis que son implication dans la maison, demeurerait secrète : « si vous prenez un balai... on le dira pas que vous avez aidé... c'est entre nous ».

Pour créer une certaine familiarité avec des situations qu'elles n'ont pas personnellement vécues et afin d'accéder à l'univers de leurs interlocutrices, les infirmières posent beaucoup de questions. Elles sont curieuses. Elles cherchent à savoir, à comprendre. Les infirmières issues du groupe majoritaire et négociant par compromis projectif posent beaucoup de questions : « Ce n'est pas pour la juger, mais moi je dois savoir. Je connais pas ça et je dois lui donner les bons outils » soutien Lucie.

Donc, c'est sûr que je connais pas tout sur toutes les cultures à la base, mais quand j'arrive dans une famille, j'arrive avec une approche qui est ouverte, pis qui est réceptive pis j'arrive avec des conseils. Quand je recommande des choses, je demande à la famille est-ce que c'est possible de les faire tsé. Sinon, pourquoi? Puis expliquez-moi pis je suis ouverte tsé! (Justine, infirmière)

Souvenons-nous également du cas de Lucie qui demande à la jeune mère à quoi servent les cordons attachés aux poignets des nouveau-nés. La plupart désirent non seulement connaître le rite ou la pratique, mais également ses subtilités et le sens que lui attribue l'usagère. Elles s'enquière des motifs derrière la circoncision, derrière l'utilisation du beurre de karité ou la consommation des tisanes. L'adaptation qui en suit prend donc non seulement en compte la pratique, mais le sens et les raisons derrière la pratique. Le compromis projectif n'est pas le propre des infirmières occidentales et sans enfant. Les mères et même les migrantes se sentent elles-mêmes souvent très loin de la réalité de leurs usagères et ne

s'identifient pas automatiquement à elles. Jocelyne, mère de famille aguerrie, pose régulièrement des questions au sujet des enfants et de leurs comportements : « Je sais comment ça fonctionne, mais ils sont tellement tous différents [les bébés], la réponse est différente. Je ne prends même pas pour acquis... »

Si on retrouve souvent cette prise en compte du sens d'une pratique dans le compromis identificatoire, il faut également préciser que parfois, les infirmières-mères et les infirmières-migrantes, parce qu'elles s'identifient à une quelconque pratique, n'en demandent pas le sens. Celles qui utilisent elles-mêmes pour leurs enfants l'huile de palma-christi, par exemple, ne cherchent pas à savoir pourquoi un parent serait amené à en faire l'utilisation. Ces infirmières semblent alors s'ériger en ambassadrice de la maternité ou de l'immigration et sans chercher à savoir le pourquoi d'une telle pratique, l'acceptent d'emblée. Leur affiliation personnelle fait en sorte qu'elles attribuent un sens aux pratiques des usagères. Je n'ai pas d'infirmière musulmane dans mon échantillon, mais j'aurais été bien curieuse de voir si une infirmière musulmane demanderait à une usagère musulmane si celle-ci compte poursuivre le jeûne du ramadan pendant l'allaitement et si oui, pourquoi désirent-elles procéder ainsi.

Le chapitre 8 présente ce que je désigne comme la négociation par adaptation typifiée et traite précisément de cette façon dont certaines infirmières perçoivent la culture et la religion comme une entité homogène. De ce fait, elles assument que toutes les usagères qui appartiennent, réellement ou supposément, à un certain groupe, ont des pratiques similaires. Avant d'y arriver toutefois, il est question, au prochain chapitre, de la troisième forme de négociation, à savoir par détachement. Dans la négociation par détachement, les infirmières ne sortent jamais de leur rôle d'infirmière, ce qui est contraire à ce que j'ai décrit dans le présent chapitre.

Chapitre VII — Troisième forme de négociation : le détachement

« Maintenant je vais te le dire, en vieillissant tu apprends à garder tes énergies pour ce qui est important. » (Brigitte, infirmière)

Je suis excitée à l'idée de rencontrer ma première famille juive hassidique. À l'affût de mon désir de diversifier les usagères rencontrées dans le cadre de l'étude, Lina m'a téléphoné, à la dernière minute, pour me proposer de suivre Johanne lors d'une rencontre postnatale qui devait se dérouler dans l'après-midi même. « C'est une famille juive hassidique. Une césarienne. Un cinquième enfant ». Juive hassidique. Elle n'a pas eu besoin d'ajouter quoi que ce soit pour me convaincre. J'ai immédiatement quitté le bureau et je me suis précipitée au CLSC où j'ai rencontré Johanne. Depuis le début de mon terrain, j'avais rencontré peu de familles juives et elles étaient surtout « juives comme je suis catholique », ce qui voulait dire qu'elles ne faisaient pas nécessairement le Shabbat, mais fêtaient Hanoukkah et ne mangeaient pas de porc. Mais des hassidiques, jamais. Principalement regroupées dans Outremont, elles sont rares, quoiqu'apparemment, selon les infirmières rencontrées, de plus en plus nombreuses sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

Je rejoins Johanne à son bureau et nous prenons immédiatement la route pour le domicile de la famille Goldman. Dans sa voiture, je lui fais part de mon excitation et elle me sourit. Elle aussi aime bien les familles juives hassidiques. Elles sont non seulement rares sur le territoire; mais elles sont également rares dans les services de soins réguliers. Une forte proportion des familles hassidiques est suivie, tout au long de la période périnatale, par des sages-femmes. Les sages-femmes peuvent s'occuper des femmes « en bonne santé dont la grossesse se déroule normalement ».¹⁰⁴ Madame Goldman, qui en est à sa troisième césarienne, faisait donc partie de celles qui étaient prises en charge par l'hôpital juif pour l'accouchement et par le CLSC pour le suivi postnatal. Johanne croit même avoir été

¹⁰⁴ Maison de naissance Côte-des-Neiges. CSSS de la Montagne. Consulté en ligne le 20 août 2015. Adresse URL : <http://www.csssdelamontagne.qc.ca/soins-et-services/services-aux-familles-et-futurs-parents/maison-de-naissance-cote-des-neiges/>

l'infirmière qui a fait son suivi il y a peine un an, pour le bébé précédent, « à moins de l'avoir vue en clinique de vaccination », elle ne sait plus. Elle soulève le nombre élevé d'enfants dans les familles juives hassidiques et conséquemment, l'expérience de maternité qui en découle. « Le suivi va être rapide ». L'expérience antérieure de la maternité peut accélérer le déroulement du suivi. J'ai bien remarqué, au cours des observations précédentes, que chez les femmes multipares ayant eu une césarienne, le suivi est souvent plus rapide et se fait en moins de 75 minutes.

Johanne ajoute « en anglais en plus ». J'avais jusqu'alors fait très peu d'observations au sein de familles anglophones. Est-ce que la langue dans laquelle se déroule le suivi en influence la durée? Quand je soulèverai la question en entretien on me confirmera que :

Les anglophones sont plus efficaces dans leur niveau de langage, n'importe qui juive ou pas. Ce n'est pas la même façon d'interagir dans le rendez-vous, avec nous, ou les questions qu'elles vont poser, ou la proximité. C'est différent, c'est un autre rythme, ce n'est pas positif ou négatif... Aussi, même en anglais il y a moins de mots, et tu sais, nous on est plus latin, on est plus dans les émotions, et les anglophones sont plus réservés. (Karine, infirmière)

Nous nous garons. Sur le balcon de la maison familiale, il y a quelques trottinettes et deux carrosses de bébé. Deux vieux modèles, comme dans *Anne... la maison aux pignons verts*. La porte d'entrée qui se dresse devant nous en impose. Elle est massive et ne possède pas de serrure, juste un loquet à numéro. Johanne utilise le heurtoir et cogne trois petits coups rapides. Une dame bien portante vêtue d'une jupe longue noire et d'un chemisier tout aussi noir nous ouvre la porte. Je crois d'abord que c'est la femme de la maison, la mère, mais je comprends rapidement qu'elle est plutôt la nounou. Elle nous sourit et nous laisse entrer. Malgré les protestations de la femme, on enlève nos souliers, qu'on laisse choir parmi les quelque vingt paires de chaussures, principalement d'enfants, éparpillées dans l'entrée. Les miennes, rose pâle en toile, détonnent avec les autres qui sont toutes de couleurs sobres, en cuir, à semelle plate. La nounou se penche difficilement et tente de mettre de l'ordre dans les chaussures alors que nous nous extirpons de l'entrée en essayant de la contourner.

Dans la maison, les plafonds sont hauts. Tous les murs sont de couleur crème. De vieilles moulures en bois massif sillonnent les murs et encadrent les portes. Il y a très peu de

décoration, mais les quelques éléments qui ornent les murs sont massifs et rococo. Les meubles de la cuisine sont en acajou et en marbre. La maison de la famille Goldman permet de croire qu'ils sont plutôt fortunés. Au salon, je vois deux jeunes filles d'environ quatre et six ans, vêtues de la même robe longue et sobre ornée d'une collerette blanche. Elles ont toutes deux des rubans dans les cheveux et elles jouent avec un enfant, âgé d'environ un an, assis sur une couverture au centre du salon. Un jeune garçon avec des papillotes, des pantalons noirs et un chemisier blanc impeccable saute sur le divan. La nounou leur dit quelque chose en yiddish qui les fait tous sourire et elle nous somme de la suivre. Un dédale de corridors nous mène à la porte entrouverte de la chambre des maîtres. La dame tape et pousse la porte. La chambre semble nue. Il y a deux lits simples, recouverts d'une simple jetée blanche. Les lits sont séparés d'une table de chevet sur lequel est posée une lampe. Il y a deux commodes et une chaise berçante où est assise Madame Goldman. Près d'elle il y a un landau, qui pourrait également être tout droit sorti du livre de Lucy Maud Montgomery. Une porte entrouverte laisse entrevoir une salle de bain. On n'y retrouve pas le capharnaüm qui trahit la présence d'un nouveau-né dans la majorité des demeures. L'attirail de bébé est invisible.

Madame Goldman est en train d'allaiter son nouveau-né. Johanne s'approche et la salue chaleureusement. Madame Goldman nous sourit et nous invite à nous asseoir sur le lit qui lui fait face. Elle nous demande si on veut quelque chose à boire ou en manger. Johanne décline, moi aussi. Madame Goldman ne porte pas de perruque, mais un simple foulard sur la tête. Elle est vêtue d'une robe de nuit en velours qui semble dater du 19^e siècle, avec des poignets et une collerette de dentelle jaunie. Elle semble sereine. Loin du bruit des enfants au rez-de-chaussée.

Johanne ouvre son cartable et pose ses premières questions : comment s'est passée la grossesse? Comment a été l'accouchement? Comment va la vie avec le poupon? La mère répond avec un grand sourire. Tout semble aller pour le mieux. Les réponses de Madame Goldman concordent avec ce qu'on m'avait préalablement dit en entretien : les femmes de certains groupes culturels ou religieux, notamment les femmes juives hassidiques, sont « faites » pour avoir des enfants. Et pas qu'un! Elles ont vu leur mère, leurs sœurs, leurs cousines avoir des enfants et elles se sont occupées des enfants de leur famille depuis qu'elles

sont toutes petites. « Pour elles, accoucher, être enceinte, ça fait partie de la vie. Elles sont nées pour ça », m'avait-on dit. Au moment d'enlever le bébé du sein, Madame Goldman éloigne l'enfant de sa poitrine. Johanne conseille à la mère de ne pas tirer le bébé alors qu'il est bien accroché aux mamelons, mais plutôt d'appuyer doucement sur le menton du bébé et de faire glisser un doigt entre l'aréole et la joue, ce qui permet de lui faire lâcher prise sans douleur. La mère répond par un simple « Yeah yeah », sans trop de conviction.

Johanne propose de peser l'enfant. Madame Goldman le déshabille, lui enlève son bonnet et le rend à l'infirmière. Lorsque celui-ci s'agite et pleure, Johanne lui parle tendrement en flattant sa petite tête imberbe. La mère, derrière, y va également de quelques mots doux en yiddish. Johanne demande le carnet de naissance pour y inscrire le poids de l'enfant. Elle le pèse à deux reprises. Il est évident qu'elle n'aime pas ce qu'elle voit. Elle fronce des sourcils et elle arrête de parler. En laissant une main sur le ventre de l'enfant qui s'est calmé, elle calcule, à la calculatrice cette fois, la prise de poids de l'enfant. Un nouveau-né perd près de 10 % de sa masse les jours suivants sa naissance et il devrait retrouver son poids de naissance entre le 4^e et le 7^e jour de vie en prenant environ trente grammes par jour. La prise de poids du petit Goldman est « anormale ». Plusieurs questions sur la fréquence et la durée de l'allaitement s'en suivent ainsi que sur les urines et les selles de l'enfant. Sans être alarmant, le ton de Johanne est sec et précis. Elle cherche à identifier les causes qui mènent à une moindre prise de poids de l'enfant. Madame Goldman, pour sa part, ne semble pas inquiète. Elle raconte à Johanne qu'une de ses filles, l'aînée, avait pris du temps à retrouver son poids de naissance et va très bien aujourd'hui. Un membre de sa famille qui travaille avec les enfants lui a dit qu'il ne faut pas s'inquiéter quand les enfants ne font pas exactement le poids qu'il est attendu d'eux. Johanne ne semble pas d'accord. Elle hésite à parler et hoche nerveusement de la tête. Elle finit par dire, sans trop s'inquiéter et s'alarmer, qu'il est impératif de garder un œil vigilant sur le poids de l'enfant et être attentive à l'apparition de tout autre symptôme. Les Goldman devront apporter le bébé à la clinique du nouveau-né dans deux jours, et encore dans quatre si l'enfant n'a pas eu une prise de poids importante. Dans deux jours, c'est samedi. C'est Shabbat. Je m'attends à une réaction de part et d'autre, mais non, rien. Sans dégager d'animosité, Madame Goldman semble un peu moins réceptive aux paroles de Johanne. Elle a les lèvres crispées et les yeux moins souriants qu'à notre arrivée.

Johanne doit le percevoir elle-aussi. Lorsqu'elle s'assoit pour continuer les suivis, elle prend un ton jovial, en complète rupture avec le ton inquiet qu'elle avait utilisé avant. Elle pose quelques questions sur le réseau d'aide et insiste pour que madame se repose. Une troisième césarienne c'est éprouvant. Madame Goldman dit avoir l'aide de plusieurs membres de la famille et du voisinage ainsi que de Madame Weiss, dit-elle en pointant le rez-de-chaussée, ce qui me laisse croire qu'elle parle sans doute de la nounou, une cousine éloignée. Elle ajoute que des femmes de la communauté viennent leur porter à déjeuner le matin, pour quelques jours du moins. La conversation s'adoucit alors que Johanne demande de l'information sur la communauté juive à Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Pendant ce temps, Johanne demande à Madame de s'étendre sur le lit pour lui enlever ses agrafes de césariennes. Pour se faire, elle dépose le bébé dans un landau. En temps normal, j'aurais proposé mes bras, mais sans savoir pourquoi – et j'ai cherché – j'étais mal à l'aise. La mère m'intimidait. Elle avait une telle assurance, notamment dans sa maternité, que j'avais peur de faire quelque chose de mal, moi qui ne suis pas une professionnelle de la santé, ni une mère.

Après avoir enlevé les agrafes, Johanne enchaîne sur la contraception. Elle insiste sur le fait que l'allaitement n'est pas un moyen de contraception et qu'il faudrait penser à un moyen contraceptif lorsqu'il y aura reprise des activités sexuelles, pas avant six semaines. Johanne insiste sur le sujet et désire savoir le moyen qu'utilisera le couple Goldman, mais elle n'obtient que très peu de réponses en retour. Elle rappelle l'importance d'attendre six semaines et de ne pas trop faire d'effort physique pour les prochains jours. Madame Goldman se contente de hocher de la tête.

Johanne complète ses dossiers en demandant si Madame Goldman a déjà fait une fausse couche et eu un avortement. Elle répond non, abruptement, et me semble horripilée. Johanne demande ensuite si elle consomme de la drogue, de l'alcool, du café. Madame lui répond que non, en fronçant les sourcils, comme si ça allait de soi et que la question ne valait pas la peine d'être posée.

Finalement, Johanne lui demande si son mari et elle comptent faire circoncire l'enfant, et si oui quand. La mère lui dit que le huitième jour sera lundi prochain et sans autre explication, le sujet est clos. L'infirmière termine la visite en lui demandant si elle a des

questions. Non. En se levant, Johanne l'informe qu'elle va lui téléphoner, dans l'après-midi, pour fixer un rendez-vous pour la clinique du nouveau-né pour peser l'enfant. Madame nous sourit, accepte et la remercie. Le bébé s'est endormi dans le landau, elle nous accompagne alors jusqu'à la sortie. En route vers l'entrée, Johanne lui dit qu'elle voit rarement des appartements avec des plafonds aussi hauts dans le quartier et Madame s'avoue chanceuse, et dit adorer sa maison. En chemin, nous remarquons que le père de l'enfant est assis à la table de la cuisine. Il nous sourit d'un sourire timide et se lève. Il est chétif et il joue avec ses doigts. Il semble réservé. Il ne s'approche pas de nous, mais nous fait bonjour de la tête. Ses yeux sont perçants et son sourire est franc. Il échange quelques mots avec sa femme en yiddish qui vient immédiatement nous offrir des gâteaux dans une assiette en carton avec une pellicule plastique, pour que Johanne l'apporte. Elle accepte en soulignant que ce n'est pas nécessaire. Monsieur Goldman s'approche un peu mais reste à l'écart alors que nous mettons nos souliers. Nous remercions, saluons et quittons.

Une rencontre tout ce qui a de plus classique

Après coup, je n'ai pas pensé grand-chose de ce suivi. Ni dans la voiture où nous avons à peine abordé le sujet, ni à la relecture et à la transcription de mes notes de terrain. J'étais même un peu déçue. Des discussions avec des collègues accompagnantes à la naissance, des entrevues avec les infirmières et des sages-femmes et quelques lectures sur la communauté juive (Sauves, 2014; Zipora, 2014) avaient participé à mon anticipation, à mon excitation. Je croyais rencontrer une famille unique qui ne ressemblerait que très peu aux autres familles rencontrées. J'avais cru, à tort, que les pratiques et les croyances religieuses de la famille obligeraient ou nécessiteraient du moins que l'infirmière fasse des pieds et des mains pour réussir son intervention. Je m'attendais pour ainsi dire à voir des hommes qui refusent de prendre des objets directement de la main d'une femme au cas où elle ait ses menstruations, que le refus d'échographie et de test de dépistages mènent à un commentaire de la part de l'infirmière et que la circoncision au huitième jour appelle à une discussion quelconque. Mais non. Rien de tout ça. Comme quoi les étudiantes de sociologie ne sont pas à l'abri des prénotions. Les Goldman étaient comme toutes les familles qui accueillent un enfant et Johanne n'a pas cessé d'être l'infirmière expérimentée et professionnelle qu'elle a été à toutes

mes observations. Bref, le suivi était tout ce qu'il y avait de plus quotidien, de plus ordinaire, de plus banal.

Ce n'est qu'après plusieurs entrevues avec les infirmières et finalement la phrase de Brigitte, présentée en exergue du présent chapitre, que l'observation de la famille Goldman a pris sens. « Maintenant je vais te le dire, en vieillissant tu apprends à garder tes énergies pour ce qui est important ». Cette citation a été le début de ma réflexion sur la présente forme de négociation. Johanne s'est attardée à ce qui était important : le poids de l'enfant. Elle a donné les informations pertinentes à la prise de poids (nombre de mises au sein et durée requis de la tétée) et a convoqué la famille à un suivi de poids à la clinique du nouveau-né. Que Madame Goldman soit inquiète, réceptive ou réfractaire aux enseignements de Johanne n'avait que très peu d'importance dans l'intervention. Johanne suivait le protocole et a agi comme on lui demande de faire afin d'assurer une reprise de poids optimale de l'enfant. Elle n'a adapté son discours ni dans sa forme, ni dans son contenu. Elle n'a pas tenu compte de sa propre expérience de mère pour nuancer ses propos. Que l'usagère ait un bagage expérientiel en tant que mère, n'a pas empêché Johanne de lui réciter le discours scientifique.

Indépendamment du contexte, Johanne a mis l'accent sur l'information diffusée et sur les enseignements donnés. Alors que certaines infirmières se demandent ce qu'elles peuvent apporter comme informations supplémentaires à une femme qui en est à son cinquième ou septième nouveau-né, Johanne ne remet pas en question l'importance des suivis postnatals chez les multipares. Au contraire, elle soutient que malgré l'expérience maternelle des mères et la densité de leur réseau social informel¹⁰⁵ (pour le cas des juives hassidiques), il est impératif qu'elles aient l'opportunité de rencontrer des femmes professionnelles de la santé afin de recevoir une information scientifique et d'avoir l'opportunité de poser des questions. Certains sujets, dont la sexualité, sont particulièrement sensibles dans la communauté juive et

¹⁰⁵ Par réseau social informel, il est ici question du réseau de connaissances de l'individu constitué des amis, des voisins ou de la famille. Dans le cas des immigrants, on peut également considérer le réseau ethnoculturel comme faisant partie du réseau informel (Béji et Pellerin, 2010).

la ghettoïsation de la communauté rend d'autant plus nécessaire le partage de l'information scientifique avec ces femmes, ajoute-t-elle.

Dans ce chapitre, je présente la troisième forme de négociation, à savoir, la négociation par détachement. Lorsque les infirmières donnent ce qu'elles considèrent comme l'intégralité des informations scientifiques à leur disposition, sans nuance ou adaptation de contenu et que la réaction ou la réception de l'usagère ne les indispose pas, elles procèdent par ce que j'appelle le détachement. Par détachement, je n'entends pas indifférence ou désintérêt. Il est plutôt question d'une forme de désinvolture face à l'autorité parentale. Pour se faire, les infirmières campent dans leur rôle de professionnelle de la santé. Elles se réfèrent entièrement et uniquement aux normes de la santé publique du Québec. Leur rapport à la santé publique, notamment aux savoirs s'actualise constamment. La culture professionnelle infirmière est imperméable à toutes connaissances ou expériences provenant d'une autre source que la santé publique. Elles proclament que c'est au nom de la santé publique qu'elles donnent leurs enseignements et c'est aux parents de déterminer s'ils appliquent ou non les recommandations qu'ils reçoivent de l'infirmière ou encore des manuels de santé publique. Je présente ici la négociation par détachement en abordant la mobilisation des normes de santé publique et l'apport des connaissances entourant le soin au sein des suivis. Dans le cas de la négociation par détachement, les connaissances jugées scientifiques entourant le soin font à la fois office d'argument principal et de vecteur d'adaptation de la pratique infirmière. La négociation par détachement est également une occasion de présenter la santé publique sous sa forme moralisatrice. J'explique ensuite comment la négociation par détachement mène à la totale responsabilisation des parents avant d'avancer quelques hypothèses sur les raisons qui incitent les infirmières à négocier par détachement. Finalement, je montre que plusieurs infirmières rencontrées sont conscientes de ce détachement et que certaines s'y opposent vivement. Le cas de la famille Goldman sert de référence tout au long du chapitre et plusieurs autres exemples viennent étayer la compréhension de la négociation par détachement.

« Je dis ce que je dois leur dire » et l'*obligato*

Lorsque Johanne demande à Madame Goldman si elle a, par le passé, subi un avortement, la mère grince des dents et prend une longue inspiration courroucée avant de

répondre « No ». Il en est de même lorsqu'elle lui demande si elle consomme des drogues et de l'alcool et lorsqu'elle lui partage de l'information sur la contraception. Pour connaître, la communauté juive hassidique – du moins amplement pour affirmer que c'est une communauté ghettoïsée aux prises avec plusieurs sujets délicats – Johanne devait sans doute être au courant de la position de plusieurs juifs hassidiques sur ces questions. Malgré tout, Johanne demande toutes les informations requises à la complétion de son dossier ce qui lui permet par ailleurs d'outiller adéquatement son usagère en lui fournissant les recommandations subséquentes. Elle procède exactement comme dans tous les suivis. « C'est sûr que la journée qu'une hassidique va avoir accepté un dépistage prénatal, les bras vont me tomber... », dit-elle, mais cela ne l'empêche pas de poser les questions. Brigitte mentionne un jour que même si elle n'encourage pas l'allaitement pendant le jeûne du ramadan, il lui importe de savoir si la mère compte faire le jeûne ou non : « Faut que je le sache moi. Faut que je lui parle des conséquences liées à ça et peut-être même que je la réfère à une nutritionniste ». Elles posent les questions qui leur permettent de remplir adéquatement les dossiers des usagères et du nouveau-né. Elles ajoutent également quelques questions spécifiques qui permettent à l'infirmière de déterminer les besoins informationnels des usagères. Communiquer des informations qu'elles jugent de scientifique vise à convaincre l'usagère d'aligner ses pratiques de soins sur les recommandations de la santé publique.

Johanne pose des questions qui lui permettent de donner les informations appropriées aux parents. Les informations données cadrent parfaitement avec ce que l'infirmière interprète comme étant les normes de la santé publique. La pratique de sa collègue Camille va dans le même sens. Lorsqu'elle fait face à une famille qui tient, pour des raisons religieuses, à ce que la nouvelle mère reste à l'intérieur de la maison pendant plusieurs jours après l'accouchement, Camille leur dit : « Je ne te dirai pas d'attendre quarante jours, si ta religion ne te permet pas de sortir, non. Moi je dis tout. En tant que professionnelle, je te dis ce que je dois dire. Sors de chez toi! ».

Le premier élément caractéristique du détachement porte sur l'information. Comme mentionné, le principe de « tout dire » et de poser toutes les questions utiles à l'élaboration de recommandations adaptées est primordial. Mais la nature des informations divulguées, à

savoir de l'information jugée scientifique, est toute aussi importante. Les connaissances scientifiques en matière de soin sont le socle de leur discours et le symbole de leur autorité médicale. Pourvues de celles-ci, les infirmières donnent les « bonnes » informations et réfutent les « mauvaises » (Lochard et Simonet, 2009). Lorsqu'il est question de négociation par détachement, jamais les infirmières n'ajoutent des recommandations issues de leurs expériences personnelles. Puisqu'elles désirent présenter une face professionnelle, elles font tout pour éviter de la fragiliser, quitte à « dissimuler ou renoncer à toute action incompatible avec ces normes » (Goffman, 1973 : 46). Comme mentionnée à propos de la négociation par coopération, « une seule fausse note peut provoquer une rupture de ton et affecter la représentation » (Goffman, 1973 : 55)

À leurs yeux, ni l'expérience d'une mère, ni ce qui est fait traditionnellement dans un autre pays ne peuvent rivaliser, en matière de soin, avec l'information scientifique occidentale et moderne. Au cours d'un suivi, Camille a d'ailleurs dit à une mère : « Ok oui, peut-être que ce que tu fais [avec ton bébé] a été fait chez toi, mais vois que ce n'est pas vraiment correct. Regarde, c'est de cette façon que tu dois te comporter avec le bébé ». Ce qui n'est pas considéré comme scientifiquement fondé n'est pas valable. De plus en plus de mères consultent des sites internet pour obtenir des réponses immédiates à des questions concernant leur nourrisson ou encore pour échanger avec d'autres mères sur les aléas de la maternité. Dans le cas de la négociation par détachement, les échanges d'informations entre mères, que ce soit par le biais de blogues ou de forums de discussion, sont jugés néfastes : « n'importe qui peut écrire là-dessus et souvent, ce n'est pas scientifique », souligne Camille. Une grande part du travail des infirmières consiste donc à démystifier ou rectifier les informations acquises sur le web avec des données scientifiques.

La santé publique en évolution

*« Je vous dirais que, pour l'instant, on se base sur ces données scientifiques là, qu'on peut prouver maintenant, aujourd'hui, en 2014. En 2016, ce que ça va être, je ne pourrais pas vous le dire »
(Lucie, infirmière)*

Les infirmières qui négocient par détachement n'adaptent pas leur pratique aux particularités religieuses, culturelles ou traditionnelles des familles rencontrées. Elles ajustent plutôt leurs interventions selon l'évolution des recommandations de la santé publique. L'Institut national de la santé publique (INSPQ) ou la Direction de la santé publique (DSP) recouvrent ce que Giddens identifie comme des systèmes experts. Les systèmes experts sont « des domaines techniques ou de savoir-faire professionnel concernant de vastes secteurs de notre environnement matériel et social » (1994 : 35). Les « experts » font preuve d'un scepticisme qui les pousse à continuellement remettre en cause les savoirs et les connaissances scientifiques qui sont le propre de la santé publique (Giddens, 1991). La présence des experts au sein de la santé publique décuple une sorte de capacité de surveillance réflexive.¹⁰⁶ Elle se réévalue, elle-même, constamment. Cette réflexivité est à la source des changements évolutifs dans les recommandations de la santé publique (Giddens, 1991). À la lumière des nouveaux constats, des nouvelles recherches et du progrès scientifique, la santé publique se transforme, évolue. Les recommandations entourant le sommeil du nouveau-né ou l'allaitement – deux thématiques explorées ici – illustrent fort bien les retombées de cette réflexivité de la santé publique.

Lorsque les infirmières négocient par détachement, elles mobilisent ce qu'elles croient être les connaissances scientifiques promues par la santé publique, confiantes que celles-ci ont été mises à jour. Elles se font alors ambassadrices de la santé publique et transmettent les connaissances scientifiques sous forme d'enseignement. Un écart existe bien entre les discours et les pratiques des professionnelles et ceux de la population en général, des profanes. Si le mode de vie de l'ensemble de la population est partiellement influencé par les recommandations de la santé publique, un certain nombre de variables, notamment relevant de l'appartenance de classe, interviennent dans la vitesse d'adhésion à un comportement. Les professionnelles de la santé et les groupes plus favorisés intérioriseraient « le mieux les

¹⁰⁶ Bourdieu (2001) définit la réflexivité comme l'exercice de se prendre soi-même comme objet d'étude. Giddens (1991) définit la réflexivité comme une caractéristique inhérente aux individus modernes.

catégories conceptuelles du savoir médical » (Adam *et al.*, 1994 : 63). Leur niveau d'éducation élevé ainsi que la proximité de leur origine sociale avec les professionnelles de la santé facilitent la communication entre les groupes favorisés et les professionnelles de la santé (Adam *et al.*, 1994). Les plus démunis, quant à eux, sont souvent moins scolarisés et auraient accès moins rapidement et moins facilement aux informations scientifiques les plus à jour (Giddens, 1994; Adam *et al.*, 1994). Ils auraient par ailleurs davantage de difficulté à les comprendre et à prendre au sérieux les risques liés à certaines pratiques, comme le tabagisme et l'allaitement par exemple.¹⁰⁷ Les discours et les pratiques d'allaitement témoignent du caractère évolutif et dynamique des recommandations de la santé publique¹⁰⁸, qui est plus rapidement adopté par les classes socio-économiques élevées que par les autres groupes (Fortin et Le Gall, 2007).

Pour illustrer les changements et les adaptations auxquelles les infirmières se conforment, Lucie donne l'exemple du sommeil chez l'enfant :

Il y a un bout de temps, on appelait ça le dodo sur le dos. Là, maintenant, on appelle ça le sommeil sécuritaire — parce qu'il faut jouer sur les mots. Moi, je me dis qu'il y a toujours de l'avancement, il y a toujours de la recherche. [...] Les gens, moi, ils voient mon âge, je n'ai quand même pas vingt ans, et il y a des mamans qui me disent : « Bien, moi, mes enfants dormaient sur le côté. » J'ai dit : « Les miens aussi. Moi, je n'ai pas eu de problème, mon enfant va bien, mais vous savez qu'il y a des bébés qui ont eu la mort subite du nourrisson. C'est des petits bébés qu'on retrouve morts dans leur lit. » Là, ça vient les chercher, c'est vraiment une émotion, et ils disent : « Je n'ai jamais eu ça. Je ne savais pas. » J'ai dit : « C'est ça, madame. Il y a eu des décès. Il y a des chercheurs qui ont essayé de trouver des facteurs, le pourquoi. À force d'analyser tout ça, ils ont trouvé ce qui est arrivée, dans combien de cas, et pourquoi. Ils se sont rendu compte que, chez les gens qui fumaient, ça venait augmenter le taux de mort subite. Si, pour un enfant, ses parents prenaient de la

¹⁰⁷ Voir «Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés» de l'Observatoire régional de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2009).

¹⁰⁸ À cet effet, voir les études de Chin et Dozier (2012) qui rapportent que les conseils sur la durée de l'exclusivité de l'allaitement maternel sont passés de neuf mois en 1920 à trois mois en 1950. Aujourd'hui, en 2015, il est conseillé de faire l'allaitement exclusif jusqu'à six mois (*Mieux vivre avec notre enfant*, 2015).

drogue ou que sa maman prenait de la drogue et de l'alcool pendant la grossesse ou même après, c'était danger. Et, dormir sur le côté, c'était danger. Aussi avec des bordures de lit. Les chercheurs sont là pour ça, pour nous faire avancer, pour nous faire progresser. Est-ce que ça va toujours rester comme ça? Je vous dirais que, si je suis encore ici dans dix ans, on va peut-être apporter d'autres arguments parce que la science avance, et c'est ça qu'il faut aller chercher. » Avec des bons arguments et des choses qui sont claires, les gens ouvrent les yeux (Lucie, infirmière).

Certaines infirmières, comme Camille, désirent voir les recommandations actualisées appliquées à la lettre par ses usagères. Lors d'un suivi postnatal où nous rencontrons une femme ayant déjà plusieurs enfants, Camille rappelle l'importance de se référer au *Mieux vivre avec notre enfant* en cas de doute. La mère de trois enfants souligne qu'elle s'y réfère fréquemment. Tout en parlant, elle sort ledit livre de sous un coussin du sofa. Camille, remarquant que la mère possède l'édition de 2014, lui propose d'aller télécharger la version de 2015, ou du moins, la section sur les aliments. Des changements ont été apportés à ce chapitre concernant l'ordre d'introduction des aliments, les allergies alimentaires et la texture des aliments présentés à l'enfant. La mère semble peu attentive aux recommandations de Camille alors qu'elle tente de remettre son nouveau-né au sein. L'infirmière, visiblement choquée du désintérêt de la mère, insiste sur le fait que les changements au chapitre sur les aliments sont basés sur les plus récentes recherches scientifiques de Santé Canada et qu'il est très important d'être à jour afin d'offrir une alimentation optimale à son enfant. Le savoir expérientiel issu des maternités antérieures de la mère ne rivalise pas avec les recommandations récentes inscrites dans le *Mieux vivre avec notre enfant*.

Les constats scientifiques ont également comme répercussion le ciblage de certaines populations en fonction de leurs expositions à certains risques ou difficultés. En réponse aux études, le Ministère de la Santé et les établissements de santé orientent leurs programmes et leur calendrier vers certaines populations et certaines thématiques. Lucie, récapitule les centres d'intérêt des dernières décennies :

À un moment donné [...] ils ont un focus sur quelque chose de très précis, et on le voit dans les mandats, quand ils arrivent. À un moment donné, c'était plus au niveau des ITS (infections transmises sexuellement), où ils ont dit : « OK. *Go!* On y va, on se lance là-dedans. » Il y a eu recrudescence au niveau du sida alors c'était clair. [...] En ce moment, ce n'est pas ça qui est à la mode; ça, on l'a

comme oublié. Là, ils ont dit : « Maintenant, avec tout ce qu'on voit avec l'arrivée des gens, des nouveaux immigrants, mais pas juste eux, même les gens d'ici, quand les enfants arrivent à l'école ils ne sont pas préparés, que ce soit aux niveaux vestimentaires, stimulation, comportement, et tout ça. » Et on s'est dit : « C'est bien de les préparer. Tout ce qu'on peut faire avant, on le fait avant. » C'est pour ça que là, en ce moment, il y a tant de publicités, avec tous les budgets aussi qui sont donnés justement [pour] commencer à stimuler, dès l'arrivée du bébé. C'est ça qu'il y a en ce moment... Les budgets sont là, et nous on va avec les budgets. Éventuellement, ils vont nous sortir autre chose, et ils vont dire : « Bon, bien là, maintenant... » Et on va repartir dans autre chose (Lucie, infirmière).

Si les connaissances scientifiques font évoluer les recommandations de santé et contribuent à cibler les groupes desservis par les programmes de santé publique, le corpus de connaissances issues de ces études peut également influencer l'organisation des soins. Les systèmes experts sont non seulement créateurs de connaissances et de savoir-faire professionnels, mais ils les organisent (Giddens, 1994). On peut supposer par exemple, qu'en service postnatal, il a été dénoté que les femmes multipares nécessitent moins d'aide concernant l'allaitement et ainsi, que le service de soins des infirmières ne relevait pas d'une nécessité absolue. Au moment de coupure budgétaire, le service de suivi postnatal a été supprimé chez les femmes multipares ayant accouché par voie naturelle. L'optimisation, qui consiste à allouer un certain temps à une tâche est également une conséquence des connaissances scientifiques, dans sa forme pratique.

La pratique des infirmières, lorsqu'elles négocient par détachement, colle davantage au modèle valorisé par la santé publique, tant dans le contenu de leurs interventions que dans leur forme. Elles auraient ainsi plus de facilité à limiter la durée de leur intervention ou encore à refuser de faire des tâches qui devraient incomber à des auxiliaires en se référant aux protocoles. La rencontre entre la famille Goldman et Johanne, tant dans son déroulement que dans sa forme, s'apparente à l'aide-mémoire pour l'évaluation postnatale de la mère et du nouveau-né, créé en 2005 par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de

santé et de services sociaux de Montréal-Centre.¹⁰⁹ La quasi-totalité des éléments a été abordée par Johanne, et ce dans un ordre très similaire à ce qui est proposé. C'est d'ailleurs le suivi qui m'est apparu le plus près de ce qui est proposé par l'Agence.

Les arguments scientifiques

Les infirmières qui négocient par détachement se basent uniquement sur ce qu'elles jugent comme étant des connaissances scientifiques en matière de soin et de santé et c'est à travers l'explication scientifique qu'elles désirent inciter, pour ne pas dire convaincre, les usagères de se conformer aux recommandations de la santé publique. Lorsqu'elles réfléchissent et se positionnent sur leur pratique de soins, les infirmières, comme Lucie, insistent sur « les bons arguments ». Leur registre argumentatif étant limité à la « science », et aux connaissances scientifiques, « les bons arguments » dépendent plutôt du niveau de déconstruction de l'argument scientifique ou de la façon de simplifier et de vulgariser l'argument.

Dans un premier temps, des infirmières soulèvent que le simple fait d'expliquer une intervention et de donner un argument le justifiant suffisent généralement à inciter une usagère à intégrer les recommandations de la santé publique à ses pratiques. Lucie explique que dans plusieurs pays, notamment au Moyen-Orient et en Afrique, les femmes allaitent toutes, notamment parce que l'Organisation mondiale de la Santé stipule qu'il faut le faire. Par contre, personne ne leur dit pourquoi il est important d'allaiter, ni comment elles devraient s'y prendre pour faire un allaitement maternel optimal et sans douleur. « C'est ça et c'est tout. Mais on n'explique pas pourquoi. Il y a bien une technique... il y a une façon de faire, mais on ne le leur montre pas ». Pourtant, si au pays d'origine ce sont des mères expérimentées qui leur apprennent les bases de l'allaitement, ce n'est pas suffisant pour les infirmières qui

¹⁰⁹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre (2005). Aide-mémoire pour l'évaluation postnatale de la mère et du nouveau-né. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL :

http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn2-89510-209-0.pdf

négocient par détachement. Seules les informations scientifiques transmises par des professionnelles ou tirées de manuels scientifiques modernes sont valides. « Alors, elles arrivent ici et elles sont réceptives. Elles disent “J’ai toujours mal aux mamelons quand j’allaite. C’est la première fois qu’on me l’enseigne, c’est la première fois qu’on me le montre” ».

Quand l’information ne suffit pas, certaines infirmières donnent des exemples concrets. Par exemple, lorsque les parents ne déshabillent pas leur nouveau-né pour la mise au sein, Camille leur explique : « votre bébé fait un effort physique en tétant et habillé comme ça il a chaud. Si je vous dis de mettre trois ou quatre manteaux d’hiver et d’aller courir dehors, seriez-vous capable? » Cette forme de vulgarisation facilite la compréhension de certaines recommandations. Dans la négociation par détachement, l’énumération des risques et des conséquences possibles si les parents ne suivent pas les recommandations est considérée comme de « bons arguments ». Roseline donne l’exemple de l’allaitement pendant le ramadan :

Par exemple, la maman qui allaite et qui veut faire le ramadan, je ne peux pas l’empêcher de faire le ramadan parce que, de toute façon, elle est maîtresse d’elle-même, mais je peux lui dire que si son bébé ne boit pas assez, il va perdre du poids et tout ça; je vais le lui expliquer, mais elle va prendre sa décision en connaissance de cause, que je lui ai expliquée, en tant que professionnelle (Roseline, infirmière)

Dans certains cas, l’énumération des risques peut frôler la campagne de peur ou d’intimidation. Ces situations, ne relèvent plus de la négociation par détachement, mais bien de la négociation par coercition, présentée au chapitre 9.

Santé publique : une échappée moralisatrice

La santé publique, avec ses connaissances scientifiques continuellement renouvelées, distingue ce qui est bien de ce qui est mal en matière de pratiques de soins et peut prendre une forme moralisatrice. Pour la petite histoire, les premières manifestations d’intervention en santé des populations ont été faites par recommandations, ordonnances et réglementations en matière d’assainissement des eaux, de salubrité publique et d’hygiène personnelle (Blais, 2006; Gendron, 2001). Aujourd’hui, la Direction de santé publique est instituée comme

« police médicale » et « apparaît comme une technologie à la fois bienveillante et totalitaire inscrivant au plus profond des individus l'ordre moral des sociétés modernes » (Fassin, 2000 : 58). Cette « police médicale » a le mandat de veiller sur la santé de la population et, par ces actions (campagne de prévention, mise en place de programmes de santé, etc.), elle légitime les interventions de l'État en matière de santé (Gendron, 2001). Les recommandations émises par la santé publique, parce qu'elles se basent sur les derniers développements en matière de connaissances scientifiques, sont considérées comme tout ce qu'il y a de plus actuel et de plus valide. Plus que quiconque, celles qui appliquent à la lettre ces recommandations, sont garanties qu'elles « font le bien ». Les professionnelles de la santé et les infirmières, principalement lorsqu'elles procèdent par détachement, agissent comme des porte-paroles de la santé publique.

En distinguant qui est en santé de qui ne l'est pas ou en définissant comment se comporter pour s'assurer d'être dans une condition de santé optimale, la santé publique contribue à « invoquer et reproduire des jugements moraux sur la valeur des individus et des groupes : les vertueux — ceux qui respectent les prescriptions — et les immoraux — ceux qui n'en tiennent pas compte » (Dubé, 2007 : 14). Pour Petersen et Lupton (1996), la santé publique est une entreprise fondamentalement morale, car elle comporte des prescriptions quant à la façon — individuelle et collective — dont les citoyennes doivent vivre leur vie et entretenir leur corps. La santé publique a fait de la santé une valeur fondamentale (Dubé, 2007). Dans certaines situations, les infirmières rencontrées soutenaient que les parents qui veulent véritablement le bien de leurs enfants se plient aux recommandations de la santé publique et écoutent les enseignements des infirmières, et ce, sans trop de questions ou de réticences. Ainsi, les parents sont jugés selon leur réception des enseignements et leur ouverture à remplacer leurs pratiques « non-conformes » par celles proposées. L'idée du « bon parent » refait surface dans un contexte où la santé publique moralisatrice distingue le bon du mauvais. Si Madame Goldman ne se plie pas à la demande de Johanne et refuse de venir faire peser son nouveau-né à la clinique du nouveau-né, Johanne soutiendra sous doute que Madame Goldman ne désire pas ce qui est le mieux pour son bébé.

L'histoire des établissements et des services de santé du Québec est indissociable de la religion catholique alors que le clergé, à l'aube du 17^e siècle, a hérité du mandat de soigner les nécessiteux puisque les services dispensés par l'État étaient encore restreints. Les « maisons hospitalières », ancêtres des hôpitaux, ont longtemps été utilisées par l'Église pour exercer une influence constante sur la population du Québec (Lalouette, 1991). Aujourd'hui, malgré la neutralité de l'État dont ses institutions se font l'écho, les hôpitaux et les soins offerts sont imprégnés de catholicisme : « il suffit de gratter un peu cette couche de modernité pour voir que la référence aux principes ultimes surgit à toute occasion » (Dubet, 2002 : 30). Certaines pratiques et façons de faire sont porteuses d'idées et de symboliques religieuses. Les concepts de péché, de punition et de possible rédemption se retrouvent dans la mise en action de la santé publique. En reprochant à tel ou tel groupe de vivre selon des préceptes qui pourraient nuire ou qui ne visent pas à réduire les risques pour leur santé (interdits alimentaires, mesure d'hygiène, etc.), la santé publique stigmatise certaines populations, principalement les non-catholiques. La promotion de la santé comme vertu est également vectrice d'un fort potentiel de discrimination sociale, puisque plusieurs facteurs sociaux peuvent limiter l'adoption d'un mode de vie sain (Dubé, 2007). En faisant la promotion de la santé et des modes de vie sains, la santé publique est prédisposée à des dérapages paternalistes alors qu'elle culpabilise les individus qui profitent du service de santé publique, sans pour autant adopter les comportements compatibles au mot d'ordre du système de santé (Massé, 1995; Petersen et Lupton, 1996). En assumant que la santé publique et l'éthique du modèle biomédical sont neutres, les infirmières peuvent en venir à juger des individus et des groupes et les identifier comme « mauvais parents » puisqu'ils ne respectent pas les recommandations (Renaud, 1985).

Le pouvoir moral de la santé publique n'est pas sans rappeler le pouvoir exercé par l'Église au début du siècle (Renaud, 1985). Chemin faisant, certains penseurs assimilent la santé publique à une nouvelle religion, une nouvelle moralité profane, puisqu'au même titre que la religion, le moralisme découlant de la valorisation de la santé optimale détermine et protège « les frontières sociales en définissant les modes de vie acceptables ou inacceptables » (Leichter, 1997 dans Dubé, 2007 : 15). L'organisation tentaculaire de la santé publique et notamment le pouvoir conféré aux établissements et aux professionnelles de la santé, renforce la perception de la santé publique comme une nouvelle forme de religion. Que ce soit l'idée de

métier à vocation ou encore le secret médical qui se compare au secret de la confession, plusieurs rituels et relations d'ordre charismatique au sein des institutions de santé rappellent la religion (Schnapper, 2003).

Les rapports de pouvoir au sein de la négociation par détachement sont asymétriques. L'infirmière est détentrice des savoirs scientifiques, les seuls qu'elles acceptent et valorisent. L'usagère et sa famille, quant à elles, détiennent et appliquent des savoirs scientifiques, mais également des savoirs profanes. Une irrationalité voire une immoralité leur sont associées dès qu'elles refusent de se conformer aux recommandations de la santé publique. Les parents possèdent toutefois un pouvoir lors des négociations par détachement puisque les infirmières reconnaissent que ce sont eux et eux seuls qui prennent les décisions entourant leur nouveau-né. Dans ces circonstances, les professionnelles de la santé font souvent face aux parents-experts, soit des experts de leurs enfants et de leur situation. Les infirmières sont conscientes qu'elles sont présentes une heure seulement dans la vie des mères (un peu plus pour les usagères du programme SIPPE) et que celles-ci doivent apprendre à se faire confiance et trouver elles-mêmes les ressources dont elles ont besoin. C'est pourquoi les professionnelles de la santé refusent de prendre des décisions à la place des parents (la décision d'aller ou non à l'hôpital, par exemple) et demandent plutôt, à la lumière des informations scientifiques données, ce qu'ils désirent faire. Une fois la décision prise, elles font du renforcement positif. Les infirmières qui négocient par détachement soulignent par ailleurs un respect pour l'autonomie des parents, pour leur culture et leur tradition. « Bien, écoute, non. Moi, c'est sûr que... parce que moi, ce n'est pas ma croyance, je trouve ça niais. Pour moi, ne pas faire couper le frein de langue du bébé, c'est niais. Mais, écoute, je comprends, c'est son bébé. En même temps, je suis capable de me détacher », m'explique Nadège.

« On ne peut pas forcer personne » et la responsabilisation des parents

Dans la négociation par détachement, les infirmières transmettent des informations scientifiques à leurs usagères. Elles considèrent avoir donné le meilleur d'elles-mêmes, par le biais de bons arguments, vulgarisés, contextualisés et assortis d'exemples. Il incombe ensuite aux parents, et à eux seuls, d'agir adéquatement. Par l'éducation, elles ont rendu les parents autonomes dans la prise en charge de la santé de leur enfant (Bouthillier *et al.*, 2010). Une

infirmière rencontrée se prononce ainsi lorsque, suite à une recommandation qu'elle vient de faire, une mère lui parle de la façon dont elle procède habituellement : « C'est sûr que moi, je ne le recommande pas, mais c'est votre bébé. Je sais que vous allez le prendre ou que vous n'allez pas le prendre. »

Cette responsabilisation découle de la démocratie sanitaire en vertu de laquelle les parents sont crédités « d'un pouvoir de décision [pour leur enfant] et d'une aptitude à prendre en charge sa santé », en tant que parents éclairés et informés (Fainzang, 2013 : 83). Tant en contexte de prévention de la maladie que de promotion de la santé, les experts de la modernité ont vu un intérêt à ce que les individus participent eux-mêmes à leur bien-être et se greffent à l'unique contributeur du système de soins dans la santé publique (Gendron, 2001). L'idée d'autonomisation, soit une prise en charge par l'individu de son propre bien-être, faisant de la santé une ressource essentielle à son épanouissement, a alors ressurgi (OMS, 1986). L'objectif était de rendre l'individu expert de sa situation ou de celle de son enfant. Les parents, davantage considérés comme profanes et passifs, possèdent désormais le savoir professionnel, du moins suffisamment pour avoir les moyens de se garder en santé, eux, et leurs enfants. Les parents deviennent ainsi les co-producteurs de la santé de leur famille en contrôlant leurs habitudes de vie. Ils ont appris que les comportements qu'ils adoptent aujourd'hui façonnent les individus qu'ils seront demain (Giddens, 1994). La pression mise sur eux est énorme en ce sens qu'ils ont désormais le devoir de fournir ce qui a de mieux pour leur enfant.

Les recommandations faites par la santé publique mettent la focale sur la probabilité des risques et la gravité des conséquences que pourrait engendrer la désobéissance. La population, redoutant le pire, intériorise les édiktions de la santé publique. Les recommandations de la santé publique pénètrent ainsi la vie quotidienne – de la vaccination aux avertissements d'une mère à son enfant qui le somme d'enlever les doigts de sa bouche. La conscience du risque s'est infiltrée dans les actions de tous (Giddens, 1994). Reconnaissant qu'ils ne sont pas de véritables experts mais désireux de le devenir, les parents se laissent

dicter leur conduite et ajustent eux-mêmes leur comportement selon les informations données par les experts de la santé. La confiance¹¹⁰ quasi absolue qu'ont les usagères envers la santé publique est également non négligeable. Elle agit comme une sorte de « savoir induit », une « foi » pragmatique, fondée sur l'expérience du bon fonctionnement de ces systèmes (Giddens, 1994). La confiance en la santé publique vide la vie quotidienne de ses traditions ancestrales et en crée une influence globale du bien et de la norme (Giddens, 1994).

Devant la profusion d'informations scientifiques disponibles, que ce soit par le biais de l'infirmière, du manuel *Mieux vivre avec notre enfant* ou d'Info-Santé, les infirmières considèrent que les parents n'ont aucune raison « de ne pas savoir ». Si un parent agit à l'encontre d'une recommandation, c'est qu'il a fait un choix éclairé et a décidé de contrevenir aux prescriptions de la santé publique. Si les parents agissent en faux avec les règles de la santé publique, ils sont alors pointés du doigt et culpabilisés.¹¹¹ Camille fait elle-même une distinction claire entre les parents qui veulent le mieux pour leur enfant, à savoir ceux qui écoutent l'infirmière et les autres, ceux qui écoutent leur famille. Elle ajoute qu'elle « ne peut rien y faire ».

Trois facteurs susceptibles de mener au détachement

En considérant les parents comme autonomes dans le choix de leurs pratiques de soins, les infirmières se désresponsabilisent. Elles sont conscientes que les usagères et leur famille possèdent des savoirs profanes qui leur sont propres et qu'elles font une interprétation des savoirs professionnels des infirmières qui leur est propre (Fortin et Le Gall, 2007). Elles mentionnent régulièrement qu'elles ne peuvent pas obliger les parents à prendre « les bonnes

¹¹⁰ Pour Giddens, il est essentiel de garder en tête que la confiance est le médium d'interaction de la santé publique (Giddens, 1994 : 3).

¹¹¹ Les notions de contrôle et de culpabilité seront davantage abordées au chapitre 9 qui traite de la négociation par coercition. On doit toutefois garder à l'esprit que la ligne peut-être fine entre des infirmières qui se font porte-parole de la santé publique et celles qui se considèrent comme son bras armé.

décisions », que les parents sont libres de suivre ou non les recommandations des experts et finalement, qu'elles ne peuvent prendre sur elles le poids des décisions parentales.

La décharge émotionnelle et professionnelle

La littérature portant sur la forme de relations usagères et professionnelles (infirmières, travailleuses sociales, assistantes sociales, etc.) insiste sur l'importance de la « bonne distance » entre les actrices (Castra, 2004). Cette « bonne distance » vise entre autres à éviter le *burn out* et la fatigue professionnelle. En entretien et lors des discussions postobservations, des infirmières affirment « se détacher » ou « être capables de se détacher » des situations poignantes. Elles illustrent les propos que l'on retrouve dans la littérature alors qu'elles sont quasi-unanimes quant à l'importance de se détacher des décisions prises par leurs usagères, ne serait-ce que pour leur propre bien, « for my own sanity, you know », relevait Justine en entretien. Le métier d'infirmière peut être émotionnellement chargé et « établir une certaine distance affective, une protection intellectuelle et émotive, [est] indispensable pour bien accomplir sa tâche » (Castra, 2004 : 57).

Chez les professionnelles, l'application stricte de la législation a également comme fonction de se donner bonne conscience en se convainquant que le protocole a été suivi à la lettre et qu'elles ont fait tout ce qui était en leur pouvoir, dans les limites légales de leur mandat (Schnapper, 2003). Certaines infirmières définissent ainsi leur vocation comme celle d'enseignantes de la santé publique et du bien-être plutôt que comme étant des accompagnantes telles que les infirmières négociant par compromis, tant identificatoire que projectif. Elles limitent ainsi leur rôle à l'exercice d'une profession de type bureaucratique où elles assurent la diffusion d'informations. La diversité des usagères rencontrées sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent rend parfois la tâche d'enseignement ardu. Cavalier seul sur le terrain, certaines d'entre elles voient une application à la lettre du règlement et des procédures comme un moyen de défense contre les réprimandes des supérieures (Schnapper, 2003).

Les traditions culturelles et religieuses

Les infirmières négocient parfois par détachement lorsque les pratiques de leurs usagères, fruit des traditions, sont inaltérables et ne constituent « pas un choix éclairé », dit Brigitte. L'exemple le plus souvent repris est celui de la circoncision chez les jeunes juifs, tel que dans le cas de la famille Goldman. Johanne a donné quelques informations, mais n'a pas interrogé ni remis en question la pratique sachant très bien que cette pratique est non-négociable. Peu importe les informations scientifiques données sur le sujet et la façon dont l'infirmière les transmet, elles soutiennent que jamais les familles n'opteront pour les enseignements de la professionnelle de la santé à ce propos. Dans ces situations, les infirmières se détachent des décisions de la famille relayant à la culture et à la religion les pratiques qui divergent avec les recommandations de la santé publique.

La famille et le réseau social informel

Sans nécessairement être ancrées dans une longue tradition, certaines pratiques de soins au nouveau-né sont encouragées par les familles. Les infirmières, lorsqu'elles font des recommandations qui s'opposent aux conseils promus par la famille ou le réseau social informel, ont une capacité d'agir réduite sur ces aspects. Quelques usagères rencontrées désiraient rompre avec les savoirs familiaux ou, comme le souligne Battaglini *et al.* (2000), se soustraire à l'emprise de la famille pour entièrement adopter les méthodes occidentales modernes. Ces rares familles servent de modèle aux infirmières adeptes du détachement et renforcent la légitimité de cette forme de négociation. « Elles sont tellement contentes d'être dans un pays moderne où on leur explique des choses! », m'a-t-on expliqué, en route vers un suivi.

D'autres familles, au contraire, s'en remettent à leurs parents et à leur famille élargie lorsqu'elles ont des questions. « Elles vont appeler leur maman bien avant d'appeler l'infirmière », note Camille. « [La] famille élargie est perçue comme un lieu privilégié d'apprentissage et de transmission des pratiques, des croyances et des valeurs culturelles, alors que les aînés demeurent les modèles à suivre pour les soins des enfants et de la mère » (Fortin et Le Gall, 2007). Chez les usagères issues de l'immigration, il est fréquent que, dès l'accouchement et pour les premières semaines voire mois de vie du bébé, la mère ou la belle-

mère soient présentes et vivent au domicile. Ces femmes deviennent alors le référent numéro un en matière de soin à l'enfant, notamment dans le cas des femmes musulmanes qui se reposent généralement pour une période de quarante jours suite à l'accouchement, laissant l'enfant aux soins des autres femmes de la maisonnée. Les infirmières savent que chacune d'entre elles a ses coutumes, ses habitudes, ses façons de faire et sa conception des « bons parents ». Elles déplorent tout de même que leurs informations ne soient pas « by-the-book », comme le mentionne Camille. Il est fréquent que la parole des infirmières n'ait qu'une faible portée chez ses familles. L'étude de Fortin et Le Gall (2007) donne les pratiques sanitaires en exemple : « Les pratiques sanitaires proposées par les professionnels peuvent à leur tour différer de celles observées dans le milieu d'origine des parents immigrants et transmises par leurs proches, alors que ces derniers représentent généralement une source importante d'information et de soutien pour les nouveaux parents » (Fortin et Le Gall, 2007 : 21). Les entretiens avec les usagères m'ont permis de comprendre que les nouvelles mères préfèrent parfois se référer à leur réseau familial, notamment parce que ses membres sont susceptibles de poursuivre l'aide donnée une fois l'infirmière partie. « Ma mère m'a dit "à quoi bon essayer de t'aider! Tu ne m'écoutes jamais"... », dit Dhoua en riant. Dhoua, une Tunisienne de 33 ans, mère de 3 enfants, avait contredit sa mère, sur Skype, alors que celle-ci lui recommandait de couvrir l'enfant pendant l'allaitement. Dhoua avait plutôt choisi d'allaiter son bébé alors qu'il ne portait qu'une simple couche, comme le lui avait suggéré Linh lors du suivi postnatal à domicile. Ne ressentant pas un besoin pressant de conseils, Dhoua trouvait la situation drôle, mais il est simple d'imaginer que si sa mère refuse de lui donner des conseils alors qu'elle en ressent véritablement le besoin, cela peut devenir problématique. Il en était de même avec le cas présenté en introduction où il était impératif pour la jeune mère d'attacher des cordons aux poignets de ses enfants afin que son entourage immédiat reconnaisse sa bienveillance et continue de lui offrir un soutien.

Le cas de Dhoua est représentatif de la puissance de la famille transnationale. Séparées par des milliers de kilomètres, les solidarités familiales prennent corps dans les échanges de nouvelles, d'informations, de questions, de conseils, de recommandations et de soutien financier (Van Pevenage *et al.*, 2009). Aujourd'hui, par le biais de Skype, WhatsApp, Facebook ou par téléphone, la famille transnationale est plus que jamais présente et prémunit

les nouvelles familles de la perte de repères alors que les pratiques, les symboles et la culture passent par-delà les océans (Montgomery *et al.*, 2010 dans Dupuis, 2011).

Conscientes du poids que peut exercer une famille, les infirmières essaient de ne pas voir l'entourage des usagères comme un rival. Bien qu'elle aimerait des usagères plus à l'écoute de ses conseils, Roseline admet que la famille est importante : « Mais en même temps, je trouve qu'il y a quelque chose de bon... le tissu social est très fort, ils se réfèrent à autre chose que leur professionnelle de la santé ».

Épilogue : à mi-chemin entre le détachement et l'adaptation typifiée

Utilisée de toutes à un moment ou un autre, la négociation par détachement, n'est cependant pas la forme privilégiée. Si elles acceptent que la décision finale revienne à leur usagère, certaines ont de la difficulté à simplement donner l'information scientifique tel que recommandé et à laisser les usagères se dépêtrer avec les conseils. Jocelyne déplore justement ces infirmières qui se déresponsabilisent et se déculpabilisent en donnant uniquement leurs lots d'informations sans se préoccuper des suites:

Moi, ceux qui me disent : « Je lui ai dit ça. Je lui ai dit ça. Je lui ai fait faire ça et tout ça », ça me fait peur, OK? Ça a l'air bon, et c'est rassurant pour la personne qui le fait [elle a l'impression d'avoir] fait sa job. « Je lui ai tout dit ce qu'elle doit faire; si elle ne le fait pas, c'est son trouble, OK? Moi, j'ai fait une bonne job, je suis une bonne infirmière, et je me déculpabilise ». Mais, est-ce que ça fonctionne? Je n'en suis pas sûre (Jocelyne, infirmière).

Jocelyne désapprouve cette façon de faire, notamment en raison de la mise en doute de son efficacité. Certaines familles, celles peu confiantes en leur capacité et qualité de parents, aiment se faire dicter une marche à suivre stricte et désirent un enseignement rigide : « Parce que, des fois, il y a des clients à qui tu dis quoi faire, et c'est ça qui marche parce que c'est comme ça qu'ils le veulent ». Toujours selon Jocelyne, ces familles seraient très peu nombreuses et au contraire, la majorité préférerait que les informations soient nuancées.

L'efficacité relative du détachement n'est pas l'unique raison qui pousse certaines infirmières comme Jocelyne à ne mobiliser le détachement que dans de très rares situations. Elles remettent également en question la routine intériorisée (Katz, 1981) par leurs collègues,

une routine qui pourrait les rendre aveugles à certains dérapages de la santé publique. Certaines d'entre elles, notamment les plus expérimentées, sont bien conscientes que le savoir scientifique médicale à la base de la culture professionnelle infirmière « n'est pas univoque, les normes et les valeurs qui s'y rattachent non plus » (Fortin, 2013 : 195). Pour avoir vécu les changements d'orientation, d'organisation et de discours guidant la pratique, plusieurs infirmières préfèrent nuancer leurs interventions, sachant que les recommandations de la santé publique ne sont pas immuables.

Certaines infirmières, en particulier celles qui négocient très peu par détachement, pratiquent une forme hybride de négociation, à mi-chemin entre le détachement et l'adaptation typifiée – la forme de négociation présentée au chapitre suivant. Dans le cas du détachement pur et dur, les infirmières interrogent leurs usagères sur leurs croyances et pratiques religieuses afin de pouvoir les guider dans les soins dispensés au nouveau-né. Cette forme hybride de négociation pour sa part, permet aux infirmières de proposer des alternatives, basées sur une expérience et une réflexion sur la pratique infirmière. Dans l'étude de Le Gall *et al.*, (2012), elles relèvent un exemple qui exprime précisément cet entre-deux. D'une part, l'infirmière informe l'usagère des dangers d'une pratique, à l'appui d'éléments scientifiques comme dans le détachement. D'autre part, comme nous le verrons dans l'adaptation typifiée, elle propose une alternative qui prend en compte la pratique religieuse de l'usagère :

Une infirmière en périnatalité souligne pour sa part qu'elle informe toujours les parents des risques associés à la pratique qui consiste à placer certains objets (épinglette, collier, croix, livre, etc.) dans le lit du nourrisson en guise de protection : « Il faut que je leur dise que ce n'est pas tout à fait sécuritaire, qu'il faut faire attention. Peut-être le mettre juste quand vous êtes là, mais peut-être l'enlever quand l'enfant dort. » [...] Puis je leur dis toujours : « Je le sais que ça fait partie de votre culture, de votre religion, je veux juste vous aviser » (Le Gall, *et al.*, 2012 : 29).

Dans certains cas, les infirmières proposent également une alternative qui permet aux parents de conserver leur autonomie. Adopter ou non cette pratique altérée demeure à leur discrétion. Le chapitre suivant relate la quatrième forme de négociation et porte sur cette façon de présenter aux usagères des pratiques de soins adaptées aux besoins réels ou supposés de la famille.

Chapitre VIII — Quatrième forme de négociation : l'adaptation typifiée

« Jamais je ne vais dire à une Chinoise d'allaiter son enfant en couches. Jamais. »

(Roseline, infirmière)

Anne-Marie et moi sommes en route pour notre deuxième suivi de la journée. C'est toujours un plaisir de suivre Anne-Marie. Elle déborde d'énergie et ça ne peut qu'être contagieux. La seule chose qui m'agace un peu, c'est que je dois mettre mes vêtements dans un sac plastique, avec les siens, quand nous entrons dans un domicile. C'est comme ça qu'elle fonctionne et je me force à l'imiter. Les premières fois, je n'étais pas gênée de procéder ainsi, mais récemment, je me suis entretenue avec une usagère, Adèle. L'ayant d'abord rencontrée à son suivi postnatal avec Anne-Marie, elle m'a avoué avoir été profondément choquée en la voyant faire. Depuis, j'ai toujours un malaise.

Dans l'ascenseur qui mène à l'appartement, Anne-Marie relit rapidement les grandes lignes du dossier à voix haute à mon intention. Les parents que nous nous apprêtons à rencontrer sont originaires de l'Inde. Le père est au Québec depuis 2007 et la mère depuis moins de quatre mois. Anne-Marie sourit : « Maman est venue accoucher au Canada ». En effet, il y a une note au dossier concernant la vaccination qui est à faire avant le retour en Inde des parents, prévu dans quelques mois. Anne-Marie poursuit sa lecture rapide : la visite se fera en anglais et le père assurera la traduction.

Anne-Marie cogne à la porte et nous sommes accueillis par Madame Jhalani. Vêtue d'un pyjama rose et d'énormes pantoufles Homer Simpson, elle nous invite à entrer dans son vaste appartement au plancher de bois franc fraîchement ciré. Les grandes fenêtres du salon laissent entrer l'aveuglante lumière hivernale dans une pièce quasi déserte. Il y a peu de meubles dans la pièce principale : un canapé trois places en cuir, un luxueux fauteuil capitaine, un énorme écran de télévision posé à même le mur et un bureau de travail encombré de divers objets de valeurs dont une caméra Nikon et un Mac Air. Anne-Marie me glisse un « Ils ont de l'argent ces gens-là », en mettant les pieds dans la maison. Madame Jhalani nous invite à passer au salon.

Pendant les courtes secondes où nous mettons nos manteaux dans le sac plastique et couvrons nos bottes de pantoufles en papier, j'évite tout contact visuel avec madame. J'entends Anne-Marie justifier la pratique en lui disant qu'on revient tout juste d'un suivi à domicile et qu'elle ne voudrait pas apporter de microbes ici. Affairée à mes protégés-bottes comme si l'acte demandait une concentration inouïe, je ne sais pas quelle est la réponse non verbale de madame à cette explication, mais elle ne dit rien. Quand je relève la tête, elle se dirige lourdement vers le canapé, une main sur les hanches et les pieds écartés. Peut-être a-t-elle des douleurs, peut-être ses énormes pantoufles jaunes l'empêchent-elles de marcher autrement. Au salon, elle s'assoit sur le canapé avec précaution et nous pris d'excuser l'absence de son mari : il est dans la chambre, sur Skype, avec sa famille et il leur présente la petite Abhidha. Avant même qu'elle termine son explication, le père apparaît dans le salon, le regard fier, la petite collée contre son torse. Il réitère les excuses de sa femme et nous serre chaleureusement la main avant de s'asseoir auprès d'elle. Il offre à Anne-Marie de prendre le fauteuil capitaine, ce qu'elle refuse gentiment prétextant qu'elle bougera beaucoup au cours de la prochaine heure. Faisant suite à son invitation, je prends place sur le fauteuil. À ma droite, jusqu'alors caché par ledit fauteuil, se dresse un petit temple hindou à même le sol, sur lequel sont déposées quelques icônes et des bols d'étain remplis d'épices et d'encens. Je remarque d'ailleurs que la mère a de la poudre blanche sur le front.

Anne-Marie profite des excuses du père pour demander si tous les membres de la famille sont en Inde. « Oui », dit-il.¹¹² La boîte d'ingénierie de Monsieur Jhalani, située dans le sud de l'Inde, l'a mandaté en 2007 pour assurer le suivi d'un projet d'aviation chez Bombardier. Il y travaille comme ingénieur-cadre depuis. En 2012, il est rapidement rentré au pays prendre épouse et est revenu aussitôt. Depuis, il a fait quelques allers-retours entre Montréal et son village d'origine. Madame Jhalani, pour sa part, était venue visiter son mari, un cadeau qu'elle s'offrait après avoir gradué de la maîtrise plus tôt dans l'année. Elle ne

¹¹² La rencontre s'est déroulée en anglais. La traduction est libre.

devait rester que quelques semaines et rentrer chez sa mère pour se reposer avant l'accouchement. Toutefois, une fois réuni, le couple a décidé d'accueillir le bébé au Canada, au grand dam des grands-parents. Anne-Marie, toujours encourageante, dit aux parents esseulés que les parents sans réseau sont des parents débrouillards qui apprennent rapidement et développent des savoir-faire efficaces. Ce mot d'encouragement les fait sourire et Monsieur Jhalani ajoute : « Nous vous avons, vous, merci ».

Anne-Marie tourne son attention vers la petite Abhidha. Ses cheveux sont noirs, longs et épais. La petite est rapidement déshabillée et en la prenant pour la pesée, l'infirmière dit aux parents : « Ça va vous coûter cher ces cheveux-là ». Les parents rient un bon coup. Je suis habituée aux commentaires empathiques sur les brûlements d'estomac potentiellement liés aux bébés chevelus, mais jamais je n'ai entendu quoique ce soit sur le coût des cheveux épais. Anne-Marie m'explique : chez les hindous, les parents rasent les cheveux du bébé après 7 jours et font un don monétaire selon le poids des cheveux recueilli. La mère, dont l'anglais est excellent et ne nécessite pas les services d'interprète de son mari après tout, rectifie l'explication d'Anne-Marie en soutenant que dans leur région, le rasage se fait à 1 an. L'infirmière dit « Ah! OK. Ce sera encore plus cher alors! » Tout le monde sourit. Anne-Marie s'affaire ensuite à l'examen du bébé et relève que la petite est en pleine forme, à l'exception d'une légère jaunisse. Avec le soleil éblouissant de la journée, Anne-Marie propose de coucher l'enfant près de la fenêtre, un moyen efficace contre la jaunisse. L'infirmière informe les parents qui s'affairent à revêtir la petite que les mains et les pieds froids de l'enfant sont tout à fait normaux : « C'est un bébé canadien, c'est normal! », leur lance-t-elle en souriant.

L'infirmière demande directement au bébé s'il a faim et si sa mère veut bien l'allaiter. Madame est mal à l'aise, un malaise rapporté par le père. Anne-Marie lui assure qu'elle ne doit pas être gênée et que nous sommes toutes deux habituées à voir des femmes allaiter. Prenant en considération la gêne de madame, Anne-Marie est beaucoup plus délicate et respectueuse de l'intimité de l'usagère, comparativement au suivi du matin, notamment. Elle sort d'ailleurs de son sac une peluche en forme de sein avec lequel elle fait sa démonstration. À ce jour, c'est la première fois que j'assiste à cette technique d'enseignement. Contrairement

à ce que j'ai observé dans plusieurs suivis, elle ne dit pas à la mère de mettre le bébé en couche pour l'allaiter, afin de s'assurer qu'il n'aille pas trop chaud et qu'il reste éveillé. Elle demande seulement à remettre le cache-couche. Le soutien à l'allaitement prend près de 25 minutes.

Anne-Marie enchaîne sur l'alimentation de la mère, elle lui dit que c'est important de boire de l'eau. Beaucoup d'eau. Elle peut la boire chaude, si elle le préfère. Elle lui dit également de manger beaucoup de fruits et de fibres pour faciliter les selles. Entre deux petits clins d'œil, elle lui dit : « Je sais que vous, les hindous, ne mangez pas d'agrumes parce que vous croyez que ça fait surir le lait, mais n'hésitez pas à manger d'autres fruits ». Les parents se contentent de sourire. Elle poursuit en leur disant qu'elle sait qu'eux [*you guys*] mangent beaucoup de desserts, de riz et de poulet, elle les incite donc à se nourrir plutôt de fibres. Les parents lui répondent qu'ils sont végétariens mais qu'ils feront attention.

Anne-Marie pose quelques questions pour compléter ses dossiers et remercie la famille. En sortant, elle demande si elle peut rapidement voir la chambre de l'enfant pour s'assurer que le lit soit sécuritaire. Nous nous dirigeons donc dans la chambre des maîtres qui a depuis peu été agrémentée d'un splendide mobilier de bois pour nouveau-né. Anne-Marie remarque le contour de lit matelassé placé dans le lit du poupon et informe les parents qu'il est fortement conseillé de le retirer. Elle leur explique qu'un jeune bébé qui a la respiration bloquée, parce qu'il a le visage enfoncé dans un coussin par exemple, n'aura pas le réflexe de tourner sa tête pour mieux respirer. Les parents consentent à le retirer.

Au sortir de la chambre, nous nous dirigeons vers l'entrée pour partir. Monsieur Jhalani nous demande quand nous allons revenir. Anne-Marie lui répond que nous ne reviendrons pas, qu'Abhidha est en parfaite santé et qu'elle ne nécessite pas de suivi supplémentaire. Le père m'apparaît soudainement abattu. Clairement, ses attentes envers le service postnatal étaient autres et son « Nous vous avons, vous, merci » prononcé au début de notre rencontre, prend une autre dimension. Anne-Marie les rassure en leur disant que c'est une bonne nouvelle, une seconde visite de notre part aurait signifié l'existence d'un problème quelconque chez l'enfant. Elle leur rappelle qu'ils peuvent lui téléphoner en tout temps s'ils ont des questions et que si elle ne répond pas directement, elle retournera leur appel dans la

journée ou au plus tard le lendemain. Ils peuvent également contacter Info-Santé et en cas d'urgence, ils doivent composer le 911. On dit au revoir à des parents en besoin de réconfort.

***You guys* : entre choc et efficacité**

En quittant le domicile des Jhalani, j'ai un petit malaise et cette fois, aucun lien avec le sac plastique et les pantoufles en papier. Je suis choquée de plusieurs commentaires ou phrases dites par Anne-Marie. Mon carnet d'observation en témoigne. J'ai souligné, encadré, dessiné des étoiles à côté d'une panoplie de notes, de mots et de phrases dits par Anne-Marie et retranscrite telles quelles. Pour une étudiante en sociologie, des généralisations telles que « Vous les hindous, vous ne mangez pas d'agrumes » sont inconcevables. Vous. Vous, ce groupe homogène? J'ai été personnellement choquée, mais je ne peux en dire autant des parents. Si au cours de la rencontre je déchiffrais mal les regards échangés entre eux, j'apprendrai lors de notre entretien individuel quelques jours plus tard, qu'ils ont apprécié leur rencontre postnatale avec la professionnelle de la santé et ont adoré Anne-Marie, notamment pour sa prise en compte de leur parcours migratoire.

Les quelques phrases, les *a priori* et les présupposés d'Anne-Marie, puisqu'ils n'ont semblé choquer que moi, n'ont pas entravé les soins, ni la relation entre l'infirmière et les Jhalani. Au contraire. Anne-Marie a été efficace; elle a posé les bases de la relation thérapeutique et elle a offert ses soins en adaptant ses conseils, dans leur forme et dans leur contenu, selon leurs croyances et leurs pratiques (supposées). Pour ce faire, elle a utilisé le stock social de connaissances qu'elle possédait sur le groupe et l'a directement appliqué aux Jhalani (Berger et Luckmann, 2006 [1966]). Ce faisant, Anne-Marie a assigné un comportement et des valeurs aux Jhalani, en raison de leur appartenance réelle ou imaginée (Fortin, 2013). Elle a modifié sa pratique selon ce qu'elle croyait être efficace. Anne-Marie n'est pas la seule infirmière à attribuer un comportement ou une pratique à une usagère en fonction de son appartenance ethnique, culturelle ou religieuse réelle ou supposée et qui, dans cette optique, fait des recommandations qu'elle juge convenables et adaptées aux particularités de ses usagères. À tort ou à raison, ces adaptations de la pratique infirmière sont basées sur ce qui est supposé et connu des gens rencontrés. Ceci s'explique notamment par l'imperceptibilité de la réalité qui intéresse l'infirmière au moment de la rencontre. Elle est

réduite et contrainte à se fier aux apparences et en vient à traiter l'usagère d'après l'impression qu'elle a d'elle (Goffman, 1973).

Ce chapitre explore les deux formes de négociation par adaptation de la pratique infirmière (adaptation de forme et adaptation de contenu) qui sont basées sur les schèmes de typification (Berger et Luckmann, 2006 [1966]). J'utilise le cas d'Anne-Marie et de la famille Jhalani afin d'expliquer cette quatrième forme de négociation par adaptation typifiée. L'adaptation typifiée consiste à négocier les conditions de sa pratique, notamment son enseignement, en fonction des croyances, pratiques et comportements réels, supposés ou présumés, des usagères. Ainsi, contrairement à la négociation par détachement, où les infirmières donnent l'ensemble des informations à toutes les usagères et chargent les parents de choisir celles qui leur conviennent, ici un tri informationnel s'opère d'entrée de jeu. Basée sur une typification raciale, religieuse, culturelle ou socioéconomique, la façon de transmettre l'information et l'information en elle-même est préalablement modifiée. Dans le cas présent, la santé publique et ses normes sont perçues comme des guides, mais contrairement à la négociation par compromis, où l'infirmière agrémente et modifie son enseignement au gré de ses expériences personnelles (maternité, parcours migratoire, croyance religieuse), les infirmières s'appuient ici sur des stéréotypes. Elles incluent à leur culture professionnelle infirmière des connaissances et des représentations des groupes minoritaires et minorisés accumulées au cours de leur parcours. Ce chapitre rend d'abord compte des facteurs qui contribuent à l'utilisation de la typification pour guider la négociation de la pratique infirmière. Je fais ensuite un parallèle entre les théories entourant les stéréotypes et la typification avant d'aborder l'approche culturaliste d'où découlent entre autres l'ethnoobstétrique ou l'ethnopsychiatrie.

Faire sens d'une situation : la typification

Quand une infirmière se présente au domicile d'une usagère, elle n'a en sa possession qu'une infime quantité d'informations sur la famille qu'elle s'apprête à rencontrer : lieu de résidence, pays de provenance, âge, statut matrimonial, présence d'autres enfants, lieu de l'accouchement, etc. À cela s'ajoute le fait que la forte majorité des suivis postnatals suit des séquences similaires. Après avoir tapé à la porte, quelqu'un nous ouvre. Le père ou une grand-

mère, rarement la mère. La mère, pour sa part, est assise sur un fauteuil ou sur son lit, vêtue d'un pyjama ou de vêtements décontractés et pose des yeux bouffis de fatigue sur un bébé encore fripé. Si la scène est souvent la même, le décor, pour sa part est changeant. L'accès au domicile en tant que lieu de vie fournit maintes informations sur l'environnement dans lequel évolue l'usagère (Crevier *et al.*, 2010). À ce qui est visible d'un premier regard et qui donne une indication du statut socioéconomique des parents (quartier où est situé le domicile, grandeur de l'appartement, meubles présents dans le logement, etc.), s'ajoutent les caractéristiques physiques des parents : couleur de peau, qualité et propreté des vêtements, notamment (Massé, 1995; Crevier *et al.*, 2010). Quelques échanges rapides, souvent les salutations d'usages, donnent des indications sur le niveau de langage des parents. Munies de ces informations réelles (écrites dans les dossiers) et supposées (saisir au vol, à la va-vite), elles doivent rapidement faire sens de ce qui se dévoilent à elles.

La bureaucratisation et les coupures ont un impact sur l'organisation des services : la durée de la rencontre postnatale est comptée et les détails extramédicaux n'ont par conséquent pas le temps d'être abordés (Laquerre, 2015).¹¹³ Malgré tout, les infirmières doivent rapidement jeter les bases d'une relation thérapeutique efficiente et, dans la mesure du possible, personnalisée. Cette situation de presse est responsable de l'accentuation de « recours plus ou moins conscient[s] aux catégories de patient[e]s » (Sauvegrain, 2013 : 130).

La négociation par adaptation typifiée est fort évidemment basée sur la notion de schèmes de typification de Schutz, repris par Berger et Luckmann (2006 [1966]). Les schèmes de typifications permettent à l'infirmière d'appréhender son interlocutrice lors des rencontres face à face. À la vue de son usagère et de son environnement, l'infirmière mobilise toutes les connaissances qu'elle possède pour faire sens de la situation qui se présente. Si l'infirmière n'est pas familière avec ce qui lui est présenté, elle intègre ce qu'elle voit, par rapprochement, à une signification connue (Berger et Luckmann, 2006 [1966]). L'infirmière puise dans ce que

¹¹³ Les interventions en contexte interculturel prendraient 40 % plus de temps que celles qui se déroulent chez des usagers issus du groupe majoritaire (Battaglini, 2010.)

la société lui donne, ce qui lui préexiste et lui est imposé, à savoir « une culture, des rapports sociaux, des contraintes de situation ou de domination », afin de déchiffrer l'expérience sociale qu'elle vit (Dubet, 1994 : 135). Les schèmes de typifications sont un moyen de résoudre les incertitudes et d'orienter les acteurs dans le choix du comportement à adopter. Lorsqu'Anne-Marie rencontre madame Jhalani, elle mobilise son stock social de connaissances, soit tout ce qu'elle sait des hindous (« ils mangent principalement du poulet et du riz »), mais également sur les travailleurs expatriés (« ils ont de l'argent ces gens-là »). Les schémas de typification sont la synthèse des connaissances du social et ils permettent d'organiser l'expérience vécue dans le « ici et maintenant ». Les schémas de typification d'Anne-Marie lui font attribuer des comportements, des valeurs et des pratiques à la famille Jhalani.

Les schèmes de typification recouvrent à la fois des stéréotypes diffusés à grande échelle (« sursimplification[s] de l'image mentale de quelques catégories de personnes, institutions ou événements qui est partagée dans ses traits essentiels par un grand nombre de gens ») qui s'avèrent être un « condensé schématique et simplifié des opinions qui ont cours chez les gens » (Stallybrass, dans Dorai, 1988) et les savoirs issus des expériences professionnelles et personnelles antérieures. Par exemple, les familles originaires de l'Afrique, de l'Asie et des Caraïbes sont identifiées par la majorité des infirmières rencontrées comme étant craintives face au froid canadien. Elles chaufferaient donc abondamment leur domicile et sur-habilleraient leur poupon. Lorsqu'une rencontre avec une famille asiatique se déroule effectivement dans un domicile où il fait très chaud (plus de 23 degrés), le stéréotype se trouve nécessairement renforcé puisqu'une situation vient cadrer avec la représentation dominante des Asiatiques (Sauvegrain, 2013).

Expériences professionnelles, expériences personnelles : des schèmes en évolution

Nourris par les expériences personnelles, les schèmes de typification peuvent être renforcés ou se modifier au fur et à mesure des rencontres auxquelles participent les

infirmières.¹¹⁴ Le « modèle » qu'Anne-Marie a des hindous et de leur alimentation (poulet et riz au centre de chaque repas) sera peut-être abandonné si elle rencontre encore plusieurs familles hindoues végétariennes. Un « modèle ne peut soutenir la preuve massive de la subjectivité de l'autre » (Berger et Luckmann, 2006 [1966] : 84). Les schèmes de typification se maintiennent jusqu'à ce que des avis ultérieurs viennent compromettre le modèle et, ainsi, le modifier. Les modèles des infirmières sont sujets à réactualisation puisqu'elles sont, dans le cadre de leurs fonctions, en interaction avec une population diversifiée, mais consistante. Ceci s'explique par le fait que, contrairement aux hôpitaux et surtout aux hôpitaux spécialisés, où les usagères proviennent des quatre coins du Québec, les CLSC desservent un territoire délimité dont la composition ethnique, sociale et démographique est relativement stable.¹¹⁵ Les infirmières en viennent alors à être familières de la population qu'elles desservent et de leurs particularités. Elles peuvent logiquement avoir l'impression de connaître les particularités de chacun des segments qui la compose, qu'elles attribuent à leur religion, leur pays d'origine ou leur patronyme et donc prendre certains raccourcis lorsque vient le temps de faire sens de la situation. Une infirmière elle-même issue de l'immigration déplore ainsi le fait que ses collègues utilisent des raccourcis qui prennent la forme d'une catégorisation des usagères :

C'est un peu de la méconnaissance. En même temps [elles] pensent qu'[elles] savent, mais [elles] ne savent pas. Je ne sais pas si tu comprends? Moi, je trouve que c'est beaucoup de ça. Et, des stéréotypes, moi, je pense que ça met toujours comme une sorte de barrière parce que, des fois, ce n'est pas ça du tout (Nadège, infirmière).

L'infirmière : une profession typifiée

Les schémas de typification permettent aux infirmières de réduire les incertitudes lors d'une rencontre face à face et permettent la mise en place d'un soin présumé adapté aux

¹¹⁴ L'expérience professionnelle agit ici à titre de socialisation secondaire, tel que l'entend Mead, en ce sens que ce qui fait de l'infirmière « une infirmière » est l'acquisition et l'intériorisation du langage, des habiletés et des normes spécifiques à son rôle (Berger et Luckmann, 2006 [1966]).

¹¹⁵ Voir le profil de la population du territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent au chapitre 2.

usagères. Dans cette thèse, la focale est placée sur la perspective de l'infirmière, mais il faut soulever le fait que les infirmières font également l'objet de schèmes de typification chez certaines usagères. Lucie mentionne que, contrairement à d'autres professions dans le domaine de la santé, telles que les travailleuses sociales ou les ergothérapeutes, tout le monde sait ce qu'est une infirmière :

Je pense que, de façon générale, si on prend les autres professionnels, on parle des travailleurs sociaux. Travailleurs sociaux égalent DPJ. Il faut enlever cette notion-là. Les autres professionnels, les gens les connaissent peu. Dans certains pays, ça n'existe pas, les travailleurs sociaux. Physiothérapeutes et ergothérapeutes, ils ne savent pas ce que c'est. Ateliers de simulation, c'est la même chose, ils n'ont pas le système qui va les aider à comprendre. Alors, ce qu'ils comprennent plus, c'est vraiment le rôle de l'infirmière parce que, dans tous les pays, il y a des infirmières (Lucie, infirmière).

De par leur familiarité avec la profession infirmière, les usagères s'ouvriraient plus facilement à elles, poursuit-elle. Des comportements, des valeurs et des tâches sont attribués à tort ou à raison aux infirmières et il arrive, comme dans le cas d'Anne-Marie et de la famille Jhalani, que dans le ici et le maintenant, les infirmières ne cadrent pas avec ce qui est attendu d'elle. Rappelons les attentes de M. Jhalani envers le service infirmier. Selon ce qu'il se représentait du service infirmier, Anne-Marie allait revenir à son domicile pour Abhidha. Il exprime une vive surprise lorsque l'infirmière lui explique qu'elle ne reviendra plus les visiter puisque l'enfant se porte bien.

Établir une relation thérapeutique efficace : la typification

Typifier est utile, voire essentiel, pour faire sens d'une situation. Dans le cas des infirmières qui font des suivis postnatals, les schèmes de typification ont deux finalités: ils servent à mettre les bases pour la création et le maintien d'une relation thérapeutique efficace et basée sur la confiance (Crevier *et al.*, 2010); ils permettent d'adapter la pratique de soin des infirmières aux particularités des usagères concernées. En quelques minutes, les infirmières doivent trouver le moyen d'entrer en contact avec la mère afin d'aborder des thématiques qui relèvent principalement de l'intime et du privé. Le statut professionnel de l'infirmière, s'il offre de la légitimité à ces questions, peut, pour certaines usagères, apparaître comme menaçant. Une infirmière me dit un jour, alors qu'on se rend à un suivi : « Tu sais, il ne faut

pas rentrer là avec nos gros sabots. Faut pas être menaçante ». La courtoisie et la délicatesse présentées à l'arrivée sont des qualités qui facilitent l'accès des infirmières à l'intimité de leurs usagères puisqu'à leurs yeux, les comportements liés à l'accueil sont des éléments reflétant la qualité de l'infirmière (Faulkner, 2013). Certaines investissent donc complètement leur rôle de professionnelle de la santé (dans le cas de la négociation par coopération, par détachement et par coercition, par exemple) alors que d'autres font plutôt dans le familier (tel que la négociation par adaptation typifiée et dans la négociation par compromis). Les approches familiales consistent souvent à complimenter le nouveau-né (sa beauté, sa vivacité, sa curiosité), à poser quelques questions d'usages, à commenter positivement un élément du décor (une toile, l'agencement des couleurs, un meuble importé, etc.) ou à aborder, d'une manière ou d'une autre dès les premières phrases, l'origine ethnique et le pays d'origine de la famille rencontrée (« Vous avez ramené ceci de votre pays? », « Vous avez de la chance, votre mère est venue de loin pour vous donner un coup de main! » ou encore « Il fait chaud ici! C'est vrai que nous les gens du sud on aime quand il fait chaud »). Sandrine, explique par exemple qu'elle tente de trouver un élément qui anime les parents et, à partir de là, essaie de les faire parler. Cette pratique a pour objectif, dans un premier temps, de démontrer qu'elle s'intéresse à eux en tant qu'individus. De plus, au cours de ces échanges, elle collecte des informations qui l'aident à orienter sa pratique (Goffman, 1973). Finalement, ces réciprocity participent à la mise en confiance des usagères. Sandrine relève que les sujets qui semblent particulièrement fertiles pour capter l'intérêt des usagères portent souvent autour du pays d'origine, de ses pratiques et de ses rituels traditionnels. Ces échanges banals ouvrent facilement la porte aux généralisations et aux stéréotypes.

Adapter sa pratique : la typification

L'usage de la typification permet également aux infirmières d'adapter leur pratique selon les particularités (réelles ou supposées) de l'usagère. Lorsqu'il est question de négociation par adaptation typifiée, il est important de comprendre que l'adaptation de la pratique survient avant même un sentiment de malaise ou de tensions émergeant de la rencontre ou une demande « d'accommodement » de la part des usagères. C'est précisément pour éviter malaises et conflits que les infirmières adaptent d'entrée de jeu leurs

enseignements. En entretien, Nadège avoue qu'elle associe certaines pratiques et certains comportements à un groupe qu'elle désigne comme « immigrant ». Elle reconnaît modifier sa pratique lorsqu'elle se retrouve face à ceux-ci : « Ça fait que, pour moi, le fait que ça soit des immigrants, c'est sûr que je leur donne l'enseignement par rapport aux balises d'ici, mais je ne me mets comme pas de barrières non plus parce que c'est des immigrants et qu'ils ne feront pas ça selon les normes non plus ». Cette citation illustre clairement la distinction faite par l'infirmière — celle-là même qui déplorait l'utilisation de stéréotypes de ses collègues – entre les immigrants et les non-immigrants quant à leur rapport aux normes de la santé publique. Ici, elle légitime ses enseignements et son offre de soin différenciés par la représentation qu'elle se fait de certains groupes minorisés. Elle élève ses représentations au titre de connaissances objectives.

En France, Isabelle Lévy (2002) remarque qu'un accommodement basé sur des a priori peut être choquant pour les patients. Elle a d'ailleurs plus d'une fois décrit des situations où des usagères sont automatiquement considérées comme musulmanes, notamment lors de la distribution des repas, sous le simple prétexte que leur patronyme est à consonance arabe. Afin d'éviter les maladroites sociales et médicales¹¹⁶, elle propose que les infirmières en milieu hospitalier demandent simplement : « pour améliorer les conditions de votre séjour, je voudrais connaître vos habitudes alimentaires. Observez-vous des interdits d'origine religieuse? Avez-vous l'habitude de vous rendre à un lieu de culte ou de prier? » (Lévy, 2004 : 27) Cette forme de question « neutre » pourrait très bien être posée d'entrée de jeu par les infirmières à domicile, ce qui permettrait d'éviter que les professionnelles de la santé modifient leur pratique sans que cela ne soit nécessaire – j'expliquerai sous peu les potentiels effets négatifs de la négociation par adaptation typifiée. Lévy ajoute que ce n'est pas parce que quelqu'un est croyant et pratiquant qu'il désire nécessairement aborder le sujet en contexte de soin. Ça aurait d'ailleurs pu être le cas des Jhalani qui n'avaient aucunement mis de l'avant

¹¹⁶ Côté médical, des psychiatres diagnostiquent parfois des musulmans avec des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) puisqu'ils utilisent uniquement leur main droite pour manger ou se laver, alors qu'une connaissance des cultures religieuses leur dévoilerait que le côté gauche est perçu comme impur dans l'islam (Lévy, 2002 : 31).

leur confession et pratique religieuse, alors qu'Anne-Marie soulève les pratiques liées aux cheveux du poupon et du don subséquent ou encore affirme savoir que les parents se nourrissent uniquement de riz et de poulet. La négociation par adaptation typifiée vise un objectif très précis qui est de s'assurer que les usagères comprennent bien les enseignements qui leur sont donnés et qu'elles appliqueront les recommandations de la santé publique. Dans cette optique, l'infirmière voit sa pratique comme un accompagnement de l'usagère alors qu'elle prend en charge son bien-être et non une forme d'enseignement, comme dans la négociation par détachement. La négociation par adaptation typifiée peut prendre trois formats : l'adaptation typifiée du langage, l'adaptation typifiée de contenu et l'adaptation typifiée des arguments.

Adaptation typifiée du langage

Dans ce premier cas de figure, lorsque l'infirmière rencontre une famille, elle adapte la façon dont elle amène l'information ou dont elle promulgue son enseignement, mais ne modifie aucunement le contenu. De cette façon, les informations divulguées sont celles que recommande la santé publique, seule leur forme est légèrement modifiée.

Berger et Lukmann (2006 [1966]) mentionnent que le langage est un moyen de rendre compte d'une typification. L'exemple du guide pratique pour les mères et les pères *Mieux vivre avec notre enfant* l'illustre. Dans le jargon infirmier et même entre les mères (sur les blogs par exemple), le livre *Mieux vivre avec notre enfant* est surnommé « la Bible ». Lors des rencontres postnatales certaines infirmières, comme Micheline, n'hésitent pas à dire aux nouvelles mères que ce livre est précieux et que sa consultation est nécessaire pour répondre aux mille et une questions que pourraient se poser les nouveaux parents : « Ceci est votre bible, n'hésitez pas à le consulter ». Lorsque j'ai accompagné Micheline chez des musulmans et qu'elle a voulu aborder la centralité du *Mieux vivre avec notre enfant*, elle a transformé le mot « Bible » par « Coran » et j'imagine qu'elle n'hésiterait pas à lui donner le nom de Torah si la situation s'était présentée. Le but de Micheline semblait simplement de bien se faire comprendre par son usagère quant à l'importance du guide.

Dans le cas d'Anne-Marie et de la famille Jhalani, les informations sur la nourriture à consommer en postnatal sont abordées différemment de ce que j'ai pu observer dans les autres suivis – dans les autres suivis en général, mais également dans les siens. Habituellement, les infirmières ne font que mentionner l'importance de boire beaucoup d'eau, de manger des fibres et surtout des fruits, notamment pour ramollir les selles. Ici, Anne-Marie insiste et précise, en mettant l'accent sur leur origine ethnique, qu'il est impératif de manger plus de fibres puisque leur alimentation (supposée) ne consiste qu'en une panoplie de desserts, de riz et de poulet. Anne-Marie « sait » que les hindous ont une alimentation particulière et elle croit bon de le mentionner dans son enseignement. Si cet élément n'a pas eu beaucoup d'impact quant à son acceptation de la part des Jhalani, il a tout de même eu comme effet de montrer l'intérêt d'Anne-Marie pour leur culture. Notez également qu'Anne-Marie apporte une précision en mentionnant que l'eau peut être bue à n'importe quelle température, tant chaude que froide. Cette information qu'Anne-Marie a donnée spécifiquement à Madame Jhalani – elle n'a jamais donné cette information au cours des autres suivis que j'ai faits avec elle – repose sur sa connaissance d'une pratique de certains hindous qui consiste à ne consommer que des boissons chaudes durant les mois qui suivent l'accouchement. Cette adaptation typifiée, sous forme de précision, a été bénéfique pour Madame Jhalani qui m'a confié ne boire que des boissons chaudes telles que le proposent certaines coutumes de son pays d'origine.

Dans la négociation par adaptation typifiée, les infirmières reconnaissent leurs usagères, leur condition, leur culture, leur croyance et leurs pratiques. Elles les reconnaissent de façon essentialisée certes, mais elles les reconnaissent néanmoins. Cette reconnaissance peut prendre la forme d'un silence ou d'un laxisme par rapport à une pratique jugée sécuritaire par l'infirmière, mais non reconnue par la santé publique du Québec. Toujours dans le cas de la famille Jhalani, l'infirmière mentionne que les femmes hindoues qui allaitent ne mangent pas d'agrumes parce qu'elles croient que leur lait maternel va surir. Anne-Marie ne contredit pas cette croyance qui est pourtant niée ici, au Québec. Au contraire, l'infirmière lui suggère

de manger d'autres fruits afin d'avoir l'apport en fibres nécessaire à sa remise sur pied. Remarquez toutefois qu'elle n'embrasse pas la croyance comme certaines infirmières¹¹⁷ le font, elle marque une distinction claire entre les croyances hindoues en disant « *you guys believe that* », signifiant clairement que nous, ici, nous ne les partageons pas.

Adaptation typifiée de contenu

Dans certains cas, la négociation par adaptation typifiée dépasse la simple modification linguistique et vient affecter le contenu de la pratique infirmière. La pratique et notamment l'enseignement sont modifiés afin de cadrer avec les conditions, pratiques, croyances et coutumes supposées être celles de la famille. Les infirmières vont donner des informations ou des recommandations qu'elles croient mieux adaptées à la population desservie, notamment en termes de faisabilité. L'exemple de l'allaitement de Madame Jhalani est un cas exemplaire de la négociation par adaptation typifiée de contenu.

Les infirmières sont tenues, pour respecter les recommandations de la santé publique, d'informer les parents de l'importance d'allaiter un bébé alors qu'il est uniquement vêtu de sa couche afin de pratiquer le peau à peau.¹¹⁸ Elles le font toutes, ou du moins, elles savent devoir émettre cette recommandation. Anne-Marie ne fait pas exception. Pourtant, lors de ce suivi, Anne-Marie explique aux parents qu'il convient de mettre l'enfant en cache-couche pour la mise au sein. Si le port de la couche est considéré comme la recommandation optimale, le port du cache-couche est ici considéré comme la deuxième meilleure option, ce que j'appelle, à défaut de traduction, *the next best thing*. Anne-Marie, comme d'autres avant elle, pense que

¹¹⁷ Une infirmière soutient en entretien qu'elle aimerait encourager l'ingestion d'une bouillie africaine, reconnue pour favoriser la montée laiteuse. « On devrait pouvoir le recommander, mais, comme ce n'est pas prouvé scientifiquement, on ne peut pas, nous, dire : "Mangez ci, mangez ça », mais on sait qu'il y a des choses qui aident à la montée laiteuse ».

¹¹⁸ Dans les premières heures, les premiers jours et premières semaines de vie de votre bébé, pratiquer le contact peau à peau l'apaise et le réconforte. Le contact peau à peau est un moyen privilégié pour découvrir votre bébé et resserrer le lien affectif. On peut pratiquer le peau à peau aussi souvent qu'on le veut. Il suffit de placer votre bébé, simplement vêtu d'une couche, directement sur votre poitrine et de le recouvrir d'une couverture. Le contact peau à peau peut également faciliter l'allaitement s'il est fait sur la poitrine de maman (*Mieux vivre avec notre enfant*, 2015 : 199).

les parents ne voudront pas déshabiller le bébé pour l'allaitement, comme ce serait le cas avec plusieurs familles de l'Asie. Elle choisit d'emblée de donner une recommandation que les parents sont susceptibles d'intégrer. Elle craint que d'aborder le peau à peau choque les parents et que ceux-ci décident de laisser l'enfant vêtu et couvert. L'allaitement d'un enfant en cache-couche étant préférable à l'allaitement de celui-ci en pyjama, elles font un compromis entre la simple couche et l'enfant vêtu, espérant que cette recommandation satisfera les parents. C'est ce que les professionnelles de la santé désignent comme « la réduction des méfaits ».¹¹⁹ Conceptuellement parlant, la réduction des méfaits s'intéresse aux conséquences d'une pratique plutôt qu'à la pratique elle-même (AIIC, 2016). Elle vise à réduire au minimum les effets subits d'une pratique de façon pragmatique et efficace. Cette approche prend en compte le contexte social dans lequel est vécue la pratique « nocive » et le fait que des individus sont désireux de la perpétuer.

Ce faisant, les usagères perdent accès à l'information optimale, car elles en sont privées par les professionnelles de la santé. Dans la négociation par adaptation typifiée, les infirmières offrent plutôt une information intermédiaire – entre l'information optimale recommandée par la santé publique et l'information à laquelle la famille adhère, selon l'infirmière. En ne mentionnant pas directement la recommandation de la santé publique toutefois, les infirmières retiennent de l'information. Puisqu'elles ne mentionnent pas l'existence de la réelle recommandation, la leur (l'intermédiaire, l'adaptée) fait office de norme officielle aux yeux des usagères. Cette situation n'est pas unique aux infirmières. Les médecins rationaliseraient également le « mensonge » qu'ils annoncent à leur patient en soutenant que c'est pour leur bien (Fainzang, 2013). Dans cette forme d'adaptation typifiée les infirmières mobilisent les recommandations de la santé publique comme étant un référent

¹¹⁹ La réduction des méfaits est un concept qui date de plusieurs décennies, toutefois, « ce concept a été symboliquement réinventé à l'aube de l'épidémie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI), au début des années 1980. C'est à cette époque que les professionnels de la santé ont commencé à fournir des seringues stériles aux UDI au lieu de les obliger à s'abstenir afin d'enrayer la propagation de la maladie. » (Fisher, 2005 dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005)

optimal à partir duquel elles extraient « les deuxièmes meilleures options » qui constituent leurs recommandations.

Le cas de l'hydratation de la peau du bébé est fréquemment négocié par l'adaptation typifiée. Si l'enfant a la peau sèche, le *Mieux vivre avec notre enfant* suggère d'hydrater les régions sèches en appliquant une lotion ou une crème non parfumée (2015 : 572). Chez les familles « blanches » issues du groupe majoritaire, les infirmières proposent de crémier leur enfant, comme le stipule la santé publique. Dans les familles africaines, il est fréquent pour les infirmières de proposer aux parents d'appliquer du beurre de karité sur leur bambin, donc de « beurrer » son enfant et dans les familles originaires du Moyen-Orient et de la Méditerranée, elles proposent souvent d'huiler leur enfant avec de l'huile d'olive. Les infirmières peuvent également insister sur l'importance d'utiliser les produits du pays d'origine :

L'huile de pépins de raisins est moins allergène maintenant à cause des amandes, des allergies et tout, et c'est ce qu'on recommande pour le bébé. Mais, si quelqu'un me dit : « Bien, moi, l'huile d'olive... » Je dis : « Humm... » Elle dit : « Mais, ce n'est pas l'huile d'ici, c'est la mienne, du Maroc. » Je dis : « Ah! Pas de problème. » Elle dit : « Vous connaissez ça? », « Bien, madame, si vous saviez le nombre de visites que j'ai faites depuis le temps, je pense que je connais ça, je n'ai pas de problème avec ça » (Johanne, infirmière).

Ainsi, dans l'adaptation typifiée, les infirmières partent du principe que les parents détiennent une certaine pratique de soin et supposent qu'ils désirent la conserver et la perpétuer. Cette façon de voir les choses est bien différente des justifications données dans le cas de la négociation par détachement où les infirmières insistent sur le fait que les parents sont désireux d'apprendre la « bonne façon de faire » et de se distancer des pratiques traditionnelles (Battaglini *et al.* 2010).

Adaptation typifiée des arguments

Lorsqu'elles entrent en interaction avec des usagères, les infirmières désirent se faire comprendre et augmenter les chances que leurs homologues intègrent leurs recommandations. Pour ce faire, elles adaptent leur langage, le contenu de leur enseignement ou encore, les arguments qu'elles donnent afin de soutenir leurs recommandations. Lorsqu'elles adaptent

leurs arguments, la recommandation qu'elles prodiguent est pratiquement toujours la recommandation optimale, celle émise par la santé publique. Toutefois, pour s'assurer que les parents se conforment à la recommandation, elles modifient les arguments qui la soutiennent. Pour ce faire, elles pratiquent une forme de traduction, similaire à ce qui a préalablement été présenté dans la négociation par coopération (chapitre 5). Dans la négociation par coopération, les infirmières traduisent leurs pratiques personnelles en termes associés à la santé publique afin de cadrer avec ce qui est socialement attendu d'une infirmière.¹²⁰ Dans le cas présent, les infirmières traduisent leurs arguments afin qu'ils cadrent avec ce qu'elles supposent correspondre aux désirs de la famille rencontrée, notamment en terme de croyance et de pratique.

Le tour de lit matelassé est un bon exemple. Dans le *Mieux vivre avec notre enfant*, il est recommandé que l'enfant dorme dans sa couchette et que « [d]ans sa couchette, il devrait y avoir seulement sa couverture et aucun autre objet ». Le contour de lit matelassé est clairement déconseillé. Dans le cas de la famille Jhalani, Anne-Marie a donné « la bonne raison », à savoir les dangers d'asphyxie.¹²¹ Les Jhalani ont dû considérer l'argument comme valable puisqu'ils ont accepté de retirer le contour de lit. Dans plusieurs familles, principalement (mais pas uniquement) asiatiques m'a-t-on dit, les parents adorent les contours de lit et lorsque les infirmières abordent les dangers d'asphyxie, ces derniers ne seraient pas convaincus, soulignant plutôt le fait que les contours de lit empêchent l'enfant de se blesser avec les barreaux. Lorsqu'elles négocient par adaptation typifiée, les infirmières modifient l'argument qu'elles mettent de l'avant. Puisque les dangers d'étouffement ne convainquent pas les parents, elles abordent le fait qu'un contour de lit empêche la stimulation de l'enfant puisqu'il a la vue obstruée par une bande de tissu matelassé. Cet argument est, semble-t-il, plus

¹²⁰ Rappelons-nous le cas de Micheline qui ne désirait pas enlever ses souliers et qui a évoqué des normes de sécurité pour se justifier.

¹²¹ De la bassinet au lit d'enfant: les règles de sécurité. Naitre et grandir. Consulté en ligne le 2 septembre 2015. Adresse

URL : <http://naitreetgrandir.com/fr/mauxenfants/securite/fiche.aspx?doc=bassinette-lit# Toc318444043>

convaincant pour certaines familles, notamment les minorités asiatiques.¹²² « Sachant » que les mères ne seront sans doute pas convaincues par l'explication optimale, les infirmières mobilisent d'entrée de jeu, un argument plus secondaire. Dans le cas de la négociation par adaptation typifiée, les infirmières en viennent à « infirmer les informations qu'elles [possèdent], pour que cette information ne risque pas de dissuader les patients [...] et pour s'assurer de leur bonne observance » (Fainzang, 2013 : 90). Par moment, l'infirmière tait complètement l'argument optimal, ce qui prive l'usagère de connaissances utiles. La plupart du temps, toutefois, tous les arguments sont avancés et l'emphase est mise sur l'un ou l'autre des points afin de convaincre les parents de respecter les recommandations.

En adaptant ainsi leur langage, le contenu de leur enseignement et leurs arguments sur la base de ce qu'elles croient être la condition, la culture ou la religion des usagères, les infirmières « réifient au fur et à mesure des rencontres avec des femmes, immigrées ou non, leurs préjugés et stéréotypes selon les origines réelles ou supposées des femmes », enfermant de façon de plus en plus étanche leurs usagères dans des représentations ethnicisantes (Sauvegrain, 2013 : 130). Adaptant d'entrée de jeu, à savoir sans attendre que viennent à elles des demandes d'accommodement de la part de leurs usagères ou sans les interroger sur leurs choix de pratiques de soin, les infirmières pensent que leurs usagères « sont normal[es] puisqu'[elles] cadrent parfaitement avec les représentations » qu'elles s'en sont faites (Sauvegrain, 2013 : 130).

Les dangers de l'adaptation typifiée et l'approche culturaliste

« Les juives sont faites pour accoucher et pour avoir des enfants ». « Les juives acceptent les handicaps puisqu'elles refusent les tests de dépistages ». « Les hindoues ne mangent pas d'agrumes pendant l'allaitement, elles “mangent hindou” ». « Les Libanaises sont de bonnes nourrices ». Ces déclarations sont toutes tirées de mon terrain, en ce sens

¹²² La stimulation et le développement des enfants apparaissent comme particulièrement importants chez les familles asiatiques. Ce désir de performance pour leurs enfants, qui commence dès le berceau, est souligné par les infirmières.

qu'elles ont été dites ou sous-entendues par des infirmières qui « puisent dans des stéréotypes appelant une différence biologisée des femmes les unes par rapport aux autres, et cette différence supposée est indépassable » (Sauvegrain, 2013 : 121). C'est sur ces stéréotypes notamment que repose l'adaptation typifiée. L'adaptation typifiée peut s'apparenter aux approches culturalistes.

En anthropologie, l'approche culturaliste vise à expliquer les phénomènes sociaux par le biais de la culture qui est considérée comme un réservoir de sens. Dans le domaine de la santé, cette approche consiste à mettre la culture au cœur des problématiques liées à la santé, de l'identification des symptômes aux traitements et approches utilisées, en passant par l'accès au soin de certaines populations (Fassin, 2001; Carde, 2006). Comme je l'ai souligné dans la première partie, il n'est pas rare que des professionnelles de la santé imputent à une religion ou une culture les comportements des usagers, principalement quand ces dernières tendent à s'éloigner de ce qui est édicté par la santé publique (Fortin, 2013; Le Gall et Xenocostas, 2011). Chez les anthropologues pourtant, cette approche est loin de faire l'unanimité. Réduire l'individu à sa simple culture fait en sorte que l'individu est occulté de son contexte de vie sociale et de ses conditions d'existence. Une telle approche dissimule de surcroît les rapports de pouvoir entre les populations étrangères et les institutions de santé (Fassin, 2001). Sauvegrain donne en effet l'exemple criant des femmes africaines qui, dans les maternités françaises, sont désignées et conséquemment traitées comme des « Africaines », sans distinction de leur lieu de naissance, à savoir si elles sont nées en France ou en Afrique (Sauvegrain, 2103).

On ne peut pas nier que certains rites culturels ou pratiques religieuses ont un impact sur le mode de vie des populations et par conséquent sur leur santé. Cette approche renforcée par l'approche moralisatrice de la santé publique, finit bien souvent par blâmer les populations pour leur situation, en l'espèce, leur état de santé (Fassin, 1999). Comme Fassin le note, il existe en fait deux risques liés à l'idéologie culturaliste. Le premier est le risque de réification de la culture, où celle-ci est considérée indépendamment du reste de la réalité sociale. Ce faisant, on risque « de passer sous silence le “rôle pathogénique” des inégalités sociales (Hirsch, 2003), de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Farmer, 2003) » (Le Gall *et al.*, 2012).

Le deuxième est alors la surdétermination culturelle, qui fait de la culture l'explication de tous les comportements de tous les membres d'un groupe ciblé, comme si la culture était homogène (Fassin, 1999).

Un autre danger de l'adaptation typifiée est, je l'ai évoqué plus haut, la rétention d'information de la part des infirmières. C'est ici que le rapport de pouvoir des infirmières sur leurs usagères s'incarne explicitement. J'ai expliqué qu'Anne-Marie a négligé de dire aux parents que la santé publique recommandait que le bébé soit en peau à peau avec la mère au profit d'un allaitement en cache-couche. Il y avait là une adaptation du discours pour cadrer avec les pratiques supposées des parents. Il arrive par contre que des éléments d'information soient entièrement retirés de l'enseignement afin d'éviter les malaises (présumés) et offrir un service de soin considéré par l'infirmière comme personnalisé. C'est d'ailleurs le cas de la contraception et de la consommation d'alcool. En entretien une infirmière mentionne : « Il y a des infirmières qui sont gênées de demander pour la contraception, la drogue et l'alcool. L'infirmière a *skippé* cette partie-là parce qu'elle se dit c'est des musulmans, ils ne boivent pas d'alcool et la contraception, ben tu ne peux pas en parler ». La stagiaire qui témoigne de cette situation, Stella, se situe davantage dans la négociation par détachement lorsqu'elle fait face à un cas comme celui-ci : « Non. Je vais donner mon information et ils seront réceptifs ou pas! » L'enseignement optimal et une qualité de soins optimale sont primordiaux si l'on se base sur l'étude de Sauvegrain qui, toujours dans le monde des maternités françaises, attribue 78 % des décès des femmes, toutes femmes étrangères confondues, à une qualité de soins « non optimale » contrairement à 3 % des décès qui relèverait de la mauvaise observance des recommandations médicales (Sauvegrain, 2013).

Les professionnelles de la santé se basent sur des facteurs tels que le niveau de la langue, le niveau d'éducation, le pays d'origine, les pratiques et les croyances réelles ou supposées pour distinguer les usagères aptes à recevoir de l'information scientifique optimale de celles qui ne présentent pas les aptitudes à une telle compréhension (Sauvegrain, 2013; Maternowska, 2006). Il est donc impératif de réfléchir à l'impact que peut engendrer la négociation par adaptation typifiée. Les usagères des groupes minorisés reçoivent fréquemment de l'information traduite et non-optimale, contrairement aux usagères du groupe

majoritaire qui elles ont droit à la totalité de l'information, ce qui pourrait être une des causes des inégalités sociales de santé.

Stéréotypes ou savoirs expérientiels?

Quelques jours après l'observation du suivi postnatal de la famille Jhalani, je rencontre, pour un entretien individuel, Madame Jhalani. Je retourne donc au domicile et parmi mon lot de questions, je demande à la nouvelle mère, son appréciation des services de soins reçus depuis son accouchement et notamment ses impressions sur la visite d'Anne-Marie. Elle cherche le regard de son mari qui est assis au bureau de travail, avec un sourire indéchiffrable. Ont-ils été choqués par les généralisations grossières d'Anne-Marie? Ils se sont regardés un moment et ils ont souri, avant de me répondre longuement. Ils l'ont adorée! Ils en avaient même reparlé quelques fois depuis la rencontre. Ils m'ont demandé si toutes les infirmières connaissaient autant les « immigrants » ou si elle leur avait été attribuée parce qu'elle connaissait particulièrement bien les hindous. Je leur confie qu'Anne-Marie est particulièrement informée quant aux cultures, pratiques et croyances étrangères — elle lit d'ailleurs sur le sujet —, mais que la forte majorité des infirmières rencontrées possède également ce genre de connaissances. Je décide de jouer l'avocat du diable et je leur rappelle qu'Anne-Marie avait pourtant assumé qu'ils raserait les cheveux de leur enfant à sept jours de vie, qu'ils ne mangeraient que du riz et du poulet et que Madame n'allait pas manger d'agrumes pendant l'allaitement. À leurs yeux, ces « erreurs » n'avaient aucune importance. Anne-Marie avait pris la peine de s'adresser à eux en reconnaissant qu'ils avaient d'autres mœurs. Peu importe si elle les connaissait bien ou non, les Jhalani se sont sentis compris et intéressants. Ils se sentaient à l'aise avec leur infirmière. Dans la même veine, une autre infirmière, Lucie, a remarqué l'intérêt d'aborder les particularités (réelles ou supposées) d'une usagère notamment pour faciliter la discussion et encourager l'ouverture des femmes pendant le suivi : « Ils se disent “Ah, elle me connaît.” Ils savent que tu en as fait. “Elle a de l'expérience. Elle en a vu.” Là, à ce moment-là, ils sont prêts à parler un petit peu plus : “Regardez, j'ai mon autre enfant. Qu'est-ce que vous pensez de ça?” »

Ainsi, si la négociation par adaptation typifiée fonctionne, ou du moins, apparaît comme une « bonne pratique » auprès des usagères, peut-être serait-il pertinent de remettre en

question les idées qui sous-tendent ce chapitre, à savoir les stéréotypes, les typifications, les préjugés et les représentations pour finalement parler de savoir expérientiel. Il est vrai que ces adaptations sont le fruit de généralisations, mais elles sont souvent basées sur de l'empirie. Une infirmière mentionne en début d'entretien :

Je trouvais que les gens faisaient beaucoup de différences entre les immigrants et tout ça. Ça m'a comme frappée. Par exemple, ils disaient : « Ah! Tu vas voir, les familles chinoises, tu rentres là, il fait chaud, ils ne peuvent pas sortir. » Ça fait que moi, j'ai dit : « Non. Moi, je fais abstraction de ça. Je ne veux pas, quand je lis un papier et que c'est une famille de telle origine, me mettre un stéréotype. Je vais prendre le patient pour ce qu'il est, et non selon sa culture » (Nadège, infirmière).

En fin d'entretien, cette même infirmière m'expose un cas récent où les pratiques religieuses d'une famille l'ont poussée à négocier sa pratique. Elle me cite l'exemple d'une famille chinoise. Elle commence son récit ainsi : « Justement, la même famille chinoise, justement, c'est drôle, mais il faisait chaud, chaud, chaud, chaud, chaud dans la pièce, ça fait que là... ». Elle sourit et avoue que c'est bien vrai : il fait très souvent chaud dans le domicile des familles chinoises qui viennent d'accueillir un bébé. Les infirmières avaient peut-être eu raison de l'avertir. Peut-être voulaient-elles la préparer à une telle éventualité. Au quotidien, une transmission de savoir-faire s'opère entre les employées du programme Périnatalité 0-5 ans (Avril, 2014). Que ce soit en raison de l'ancienneté, d'une expertise particulière (l'obstétrique, les soins intensifs pédiatriques, la cardiologie, etc.) ou d'une expérience professionnelle acquise sur d'autres territoires géographiques, plusieurs raisons justifient l'échange de compétences (Champy, 2011). La solidarité et la transmission des savoir-faire concernent à la fois les aspects logistiques et structurels ainsi que tout ce qui touche aux problématiques de contenu comme celles que peut soulever la rencontre avec des personnes issues de l'immigration. Il semblerait que les discussions avec les collègues ainsi que le partage d'expériences (professionnelles comme personnelles) soient ce qui a « le plus d'influence sur le processus de raisonnement clinique et sur la capacité d'établir leurs priorités d'intervention en contexte de soins de première ligne » (Sauvé, 2012 : 20).

Épilogue : l'adaptation typifiée comme la négociation *sui generis*

La négociation par adaptation typifiée repose sur de bonnes intentions. Pour éviter les malaises et les conflits, mais *in fine*, pour personnaliser le soin, les infirmières négocient leurs enseignements selon la personne qu'elles croient avoir devant elles. À la question centrale de mes entretiens, à savoir « Adaptez-vous votre pratique lorsque vous interagissez avec des femmes (religieuses) (immigrantes) (ethnicipées) (minorisées)? », chacune d'entre elles qui affirmait ouvertement (et fièrement) s'adapter, mentionnait ce que j'allais plus tard déterminer comme étant une adaptation typifiée. Pour elles, personnaliser leur pratique se résumait fort souvent à dire différemment, négliger ou insister sur une information. Contrairement à la négociation par compromis (identificatoire et projectif) où les pratiques alternatives sont tolérées, ici, elles sont directement présentées par l'infirmière alors que la pratique optimale est souvent négligée. Ce faisant, la pratique de soins des infirmières apparaît comme étant personnalisée à la condition, à la religion, à la culture de l'usagère et non à la personne en tant qu'individu complet et complexe.

Les informations sont diffusées de façon à ce que l'usagère « comprenne » et puisse « appliquer » et « intégrer » une recommandation dans sa vie quotidienne. Si dans certaines situations, les infirmières essaient par tous les moyens possibles de comprendre leurs usagères – tels que dans la négociation par compromis, notamment –, Anne-Marie et ses collègues s'assurent ici d'être comprises par la famille Jhalani. C'est ce désir de compréhension qui les amène à modifier leur pratique et à s'identifier comme des traductrices des normes de santé publique alors qu'elles prennent les recommandations dans leur forme officielle et les transforment pour les adapter aux mères qu'elles rencontrent. Dans ce contexte, les infirmières identifient leur mission comme indissociable de la relation qu'elles établissent avec leurs usagères et, en misant sur cette relation, basée sur la compréhension, elles rompent plus ou moins symboliquement et plus ou moins agressivement avec les règles de la bureaucratie et de la santé publique (Schnapper, 2003).

Chapitre IX — Cinquième forme de négociation : la coercition

On cogne à la porte. Une dame, française, dans la jeune soixantaine nous ouvre. Elle nous accueille chaleureusement et nous indique la chambre des maîtres où son fils et sa bru se reposent. Quand nous arrivons sur le pas de la porte de la chambre, le jeune père s'assoit lentement en se frottant les yeux. Il nous salue en réveillant doucement sa conjointe d'une caresse à l'épaule. Elle se réveille. L'infirmière et moi en profitons pour entrer dans la chambre spacieuse mais encombrée. Des statuettes, des toiles, des photos, de l'encens et des trésors qui semblent avoir été rapportés des quatre coins du monde ornent les murs, envahissent le dessus des commodes et les tablettes de la bibliothèque. Une photo accrochée au miroir présente le couple, Mélanie et Laurent, plusieurs années auparavant, tous deux portant de longues dreadlocks et des pantalons à motif colorés, sur ce qui semble être le sommet d'un volcan. Je remarque un petit sac de marijuana délaissé dans un bol rempli de bijoux et de breloques en bois.

Pendant que l'infirmière pose son sac et prend ses documents, le couple s'assoit. Ils sont désormais réveillés, assis côte à côte sur le lit et l'enfant dort emmailloté entre eux. L'infirmière, à la blague, leur souhaite un bon matin et leur demande s'ils ont pu dormir cette nuit. Les deux parents rigolent et on en comprend qu'ils n'ont pas fermé l'œil. « Vous devez mettre la petite dans son lit, même le temps d'une sieste. Surtout si vous êtes épuisés. Vous pourriez l'écraser, l'étouffer avec la couette ou lui donner des coups ». Les parents se regardent et contestent : ils ne dorment que d'une oreille, il n'y a pas de quoi s'inquiéter. Raison de plus ! « Les parents doivent dormir, et dormir sur une oreille n'a rien de réparateur ». Les parents acquiescent en maugréant.

On apprend rapidement que le couple désirait être suivi par une sage-femme pendant la grossesse et Mélanie aurait voulu accoucher en maison de naissance. Ils sont demeurés longtemps sur la liste d'attente et ont dû accepter, à reculons, d'être suivis en milieu hospitalier. D'ailleurs l'accouchement et les quelques jours passés à l'hôpital ont été difficiles. On perçoit le ressentiment dans la voix des parents. Ils déplorent le fait que les infirmières hospitalières ont donné des informations contradictoires à propos des lavements intestinaux et des bains de siège. L'infirmière se prononce : avant de faire un lavement, il y a plusieurs petits

trucs à essayer pour régler les problèmes de constipation, et non, les bains de siège n'ont pas nécessairement à être iodés. Les parents sourient aux réponses claires et directes de l'infirmière.

L'accouchement a été ardu et la mère essaie de se remettre d'une déchirure au quatrième degré.¹²³ Elle a des douleurs qui l'empêchent d'être confortable lorsqu'elle est assise, couchée et debout. Pour diminuer l'inconfort, elle doit alterner entre ces trois positions fréquemment, toutes les vingt minutes environ. L'allaitement se fait donc difficilement. À peine a-t-elle réussi à installer l'enfant au sein, qu'elle doit bouger. Pendant plusieurs minutes, l'infirmière explique à la mère comment allaiter debout et ensuite allongée sur le côté. L'infirmière est douce et la mère est réceptive. À un moment, en douleur, la mère devient un peu moins ouverte aux instructions de la professionnelle de la santé et elle commence même à mentionner, d'un ton insistant, qu'elle doit se lever, qu'elle ne peut plus rester coucher. L'infirmière y va de quelques doux « Attends, attends tu y es presque » et la mère, le visage crispé, retire l'enfant du sein et se lève rapidement. Les larmes lui montent aux yeux alors qu'elle marche de long en large dans la chambre en respirant profondément. Le père, impuissant, prend l'enfant et tente de le consoler. La mère demande une minute pour aller à la salle de bain. Avec des yeux remplis d'empathie, l'infirmière consent et mentionne qu'elle pèsera l'enfant et donnera quelques explications au père pendant son absence. L'évaluation du bébé indique que l'enfant est en parfaite santé. Le père répond à plusieurs questions concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement jusqu'à ce que la mère revienne.

Une seconde tentative de mettre l'enfant au sein est entamée, en position assise cette fois. La mère grimace lorsque le bébé s'accroche à son sein. L'infirmière lui dit que c'est

¹²³ Le 4^e degré correspond à une déchirure complète compliquée, soit une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure (Université médicale virtuelle francophone (2014). Les complications traumatiques de l'accouchement. Consulté en ligne le 26 avril. Adresse URL : http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/1_2.html)

normal qu'elle ait mal aux seins parce qu'elle ne semble pas enlever l'enfant de la bonne façon. Tout à l'heure, elle a tiré l'enfant du sein alors qu'elle devrait plutôt utiliser son doigt, qu'elle glisserait à l'intérieur de la bouche du bébé, pour le faire lâcher prise. Le père prend la défense de sa conjointe : habituellement, elle le fait correctement. L'infirmière joint ses lèvres de côté et hausse les sourcils. Elle semble dire « Vraiment? » La mère est visiblement émue. Son nez coule et ses yeux aussi. Son conjoint s'assoit près d'elle et passe son bras autour de ses épaules. La mère explique qu'elle désire allaiter, qu'elle a lu beaucoup de livres sur les bénéfices de l'allaitement. Elle est également consciente des difficultés supplémentaires que sa déchirure occasionne sur l'allaitement. Elle est d'ailleurs épaulée par une marraine d'allaitement qui devrait venir ce soir ou au plus tard demain. L'infirmière semble satisfaite et lui propose également, en cas de besoin, de consulter la clinique d'allaitement du CLSC. La mère pleure en faisant un signe affirmatif de la tête. Le père essuie ces larmes et lui dit, il utilise le mot « rappel », signifiant qu'ils avaient déjà eu la conversation, « que si ce n'est pas possible, si c'est trop difficile, l'enfant sera nourri au biberon et ce ne sera pas la fin du monde ». Il lui dit clairement qu'il ne veut pas qu'elle se mette de la pression pour l'allaitement et que bien que la santé de l'enfant soit importante, la santé physique et psychologique de la mère l'est tout autant. La mère sourit à travers ces larmes. Le père est français, dans la fin trentaine. Il a un doctorat en sciences sociales et il enseigne. Il est présentement en congé de paternité – il nous fait d'ailleurs la blague qu'il est venu au Québec pour avoir accès à ce type de congé – et il mentionne à la mère qu'au biberon, en plus, il pourrait aider sa conjointe davantage.

L'infirmière riposte avec un ton à mi-chemin entre la blague et le sermon : il y a un petit rictus dans la voix, mais les mots prononcés sont sans équivoque des reproches. Les tire-lait et les formules lactées n'ont pas été créés pour que les pères se sentent importants et utiles dans les premiers mois de vie de l'enfant. L'allaitement doit être fait jusqu'à six mois minimum, selon Santé Canada. Elle avoue que oui, ça peut être très exigeant pour une femme d'allaiter, mais c'est ce qu'il y a de mieux, c'est maintes fois prouvé. Le père n'est aucunement intimidé par la professionnelle de la santé et réplique vivement en lui rappelant que leur fille est en pleine santé et qu'elle le sera tout autant avec le biberon. L'atmosphère de

la chambre s'alourdit. Après quelques secondes de silence, la mère, en se levant, rappelle qu'elle rencontrera sa marraine d'allaitement sous peu et qu'elle désire vraiment allaiter.

On profite du fait qu'elle soit debout pour aller voir la chambre de l'enfant. Un contour de lit matelassé est installé à l'intérieur du lit. L'infirmière dit aux parents qu'ils doivent l'enlever, que c'est dangereux pour l'enfant. Le père demande « N'est-ce pas pour empêcher l'enfant de se cogner et éviter qu'un de ses bras ou jambes reste coincé entre les barreaux? », du moins c'est ce qu'on leur dit en France. C'est d'ailleurs sa mère qui l'a rapporté de son pays d'origine. L'infirmière désapprouve. C'est dangereux, ils doivent retirer le contour du lit dès la prochaine sieste de l'enfant, qui devra être dans son propre lit, sur le dos. Quand la mère commence à papillonner des yeux pour empêcher les larmes de couler, son conjoint qui n'est pas à la vue de l'infirmière, lui fait signe de ses deux mains de prendre de grandes respirations.

Au retour dans la chambre, l'infirmière pose les dernières questions pour remplir son dossier. « Consommez-vous des drogues, de l'alcool, de la caféine? » La mère répond que oui, du café. Elle n'a pas bu d'alcool durant sa grossesse et ne compte pas en boire pendant l'allaitement et sourit en disant que « le pot, c'est médicinal ». L'infirmière inspire profondément, ferme les yeux et en ouvrant la bouche, le père l'interrompt. « C'est une blague! », dit-il en levant la main. Lui, il fume un peu, mais rien de sérieux. L'infirmière hoche la tête suspicieuse et passe à autre chose.

Avant de partir, l'infirmière remet plusieurs documents aux parents, quelques dépliants présentant les ressources dans le quartier, une liste de médecin, les renseignements pour le prélèvement d'urine du 21^e jour et le rendez-vous de l'enfant pour la vaccination. Le père et la mère échangent quelques regards et le père demande si le prélèvement d'urine est vraiment nécessaire. L'infirmière répond que ce prélèvement est essentiel pour détecter des maladies métaboliques héréditaires affectant le développement de l'enfant. Le père demande si le test est obligatoire et l'infirmière répond que la détection et le traitement en bas âge de ce type de maladies sont optimaux. Elle ajoute que de toute façon, le test n'implique rien de majeur : « Ce n'est pas comme une prise de sang, c'est un simple prélèvement d'urine, directement de la couche... ». L'infirmière enchaîne ensuite sur le rendez-vous pour la vaccination. Elle insiste particulièrement. Si la plupart des infirmières informent les parents qu'ils doivent

arriver au CLSC trente minutes avant leur rendez-vous, notamment parce qu'il est difficile de se trouver du stationnement, l'infirmière souligne l'importance même de se présenter au rendez-vous. Par deux ou trois fois, elle rappelle l'heure du rendez-vous et la date. « Inscrivez ça à votre calendrier », leur dit-elle. Elle leur dit également, en leur donnant les feuillets informatifs sur la vaccination, que ceux-ci dressent la liste des effets secondaires des vaccins, des effets bien moindres en comparaison des symptômes que déclenchent de telles maladies. Les parents ne disent rien. Nous sortons après que l'infirmière a informé Mélanie et Laurent qu'ils peuvent la contacter à tout moment, s'ils ont des questions.

Des sourires et des remontrances

Sur le coup, au domicile de Mélanie et Laurent, je n'ai pas été particulièrement choquée par le déroulement du suivi. L'infirmière, à son habitude, était relativement douce et elle utilisait un ton enjoué et rassurant. Elle faisait quelques petites blagues, notamment en leur souhaitant « Bon matin » au réveil de leur sieste. Elle s'intéressait à l'expérience des parents en posant des questions sur ce qu'ils ont vécu, pendant la grossesse et à l'hôpital notamment.

N'ayant pas de formation en intervention et en relation d'aide, je jongle bien mal avec l'empathie et la sympathie. Je trouve toujours difficile de voir des mères en pleurs, que ce soit à cause de la douleur, de la solitude ou de la peur de l'inconnu et de l'incompétence. C'est donc à mon propre malaise face aux larmes de Mélanie que j'attribuais ce sentiment de trouble qui m'avait traversée à certains moments lors de la rencontre postnatale. En retranscrivant mes notes d'observation le jour suivant, j'ai ressenti une gêne. Je n'étais plus décontenancée par les pleurs de la jeune mère, mais pourtant, un malaise persistait. J'ai lu et relu mes notes d'observation et le suivi postnatal de Mélanie et Laurent a pris un tout autre sens.

Malgré son sourire, malgré ses bonnes paroles et son support, l'infirmière responsable du suivi de Mélanie et Laurent tentait de contraindre les parents à agir conformément aux recommandations de la santé publique. Les enseignements entourant l'allaitement, la consommation de drogues, les tests de dépistage, la vaccination et le sommeil sécuritaire de l'enfant ont tous été véhiculés par la coercition.

Ce chapitre présente la cinquième et dernière forme de négociation modélisée dans cette étude, à savoir la négociation par coercition. Lorsque les infirmières négocient par coercition, elles tentent de contraindre leurs usagères à adopter certaines façons de faire en ce qui a trait aux soins de leur nouveau-né. Les quatre formes de négociation présentées antérieurement cadraient avec une approche intégrative de la négociation (Walton et McKersie, 1991 dans Lapointe, 1998). En utilisant la négociation intégrative, les actrices favorisent la confiance, l'attitude d'ouverture et le consensus entre les parties. Elles désirent trouver une solution profitable à toutes (*mutual gain bargaining*). « La négociation intégrative s'appuie sur un partage extensif des informations, la libre expression de toutes les personnes négociatrices et la recherche de solutions à des problèmes communs » (Lapointe, 1998 : 11). Si la négociation par coercition peut apparaître comme une « non-négociation », je lui attribue tout de même le titre de négociation, principalement parce qu'elle répond aux exigences de Strauss. Il y a une adéquation entre l'orientation de l'infirmière et celui de l'usagère et elles essaient chacune de faire valoir leur point et d'arriver à une entente, ne serait-ce que pour perpétuer l'interaction (Strauss, 1992; Thuderoz, 2010). Il est également question de règles et de jeux alors que l'infirmière a un rapport particulier à la santé publique et qu'elle use des failles de la règle pour prendre action. La négociation par coercition est une négociation qui, en contrepartie, relève davantage de la négociation de type distributive que de la négociation intégrative. Dans la négociation distributive, tout gain d'une des négociatrices se fait au détriment de l'autre. Il ne peut y avoir qu'une gagnante et donc nécessairement une perdante. Si les négociations intégratives s'accompagnent de stratégies favorisant l'encouragement et le *fostering*, les négociations distributives sont davantage basées sur le *forcing* (Lapointe, 1998). Les infirmières tentent ici de contraindre les usagères à adopter des comportements qui répondent aux recommandations de la santé publique. Elles s'identifient non comme des enseignantes de la santé publique – ce qu'elles sont dans la négociation par détachement –, mais plutôt comme l'autorité représentant la santé publique, celles qui doivent s'assurer que sont respectées les normes et qui, dans le cas échéant, les renforcent.

Dans ce chapitre, il est tout d'abord question de la concordance entre les valeurs de la santé publique et celles des professionnelles qui négocient par coercition. J'aborde ensuite l'enfant potentiellement malade comme fardeau social et la responsabilisation des parents dans

le bien-être de leur enfant. Les multiples façons d'exercer du pouvoir sur les parents afin de le contraindre à intégrer les recommandations de la santé publique sont ensuite exposées. Je termine en démontrant la complexité de cette forme de négociation, en présentant un cas de figure qui illustre les dérapages que peuvent engendrer les rapports de pouvoir entre infirmière et usagère et l'autonomie, en situation, des infirmières.

Concordance entre valeurs personnelles et valeurs de la santé publique

La négociation par coercition partage une caractéristique fondamentale avec la négociation par détachement : elles valorisent et mobilisent toutes deux exclusivement les recommandations de la santé publique. Ces recommandations, considérées comme actualisées, occidentales et véridiques, représentent la pierre angulaire de leur pratique de soin.¹²⁴ Ici, comme dans la négociation par détachement, aucun autre type d'information n'est valide et l'entièreté de leurs enseignements et de leur pratique est à l'image de la santé publique. Dans le cas présenté, l'infirmière de Mélanie et Laurent rectifie certaines informations reçues à l'hôpital afin que les parents possèdent les connaissances exactes et les plus à jour concernant les bains de siège et les lavements intestinaux.

Dans la négociation par coercition toutefois, l'utilisation des recommandations de la santé publique n'est pas qu'une simple valeur d'intervention, comme c'est le cas pour la négociation par détachement. Les infirmières incarnent, individuellement, les valeurs et les normes de la santé publique (le progrès et la raison, par exemple), ce qui fait en sorte qu'un détachement face aux décisions des parents devient impossible (Dubet, 2002). Les professionnelles de la santé ont intégré les valeurs, les normes et les recommandations de la santé publique au point où leur application, tant dans leur pratique professionnelle que quotidienne prend la forme d'un accomplissement de soi (Faulkner, 2013). Conséquemment, les infirmières perçoivent comme un affront personnel tout désaccord ou toute inconduite de la

¹²⁴ Ce faisant, le passage des négociations par détachement aux négociations par coercition est fréquent et se fait de façon fluide. Dans le prochain chapitre, je démontre comment les infirmières passent de l'un à l'autre.

part de leurs usagères. Elles essaient de forcer, à l'aide de techniques qui seront décrites sous peu, les usagères à se conformer afin d'éviter le sentiment d'échec qui survient lorsque celles-ci s'écartent du discours de la santé publique. Dans le cas présenté ci-haut, l'infirmière conjure Mélanie de poursuivre la mise au sein de l'enfant malgré ses protestations de douleur. Si l'allaitement de Mélanie réussit grâce aux explications et aux recommandations techniques données par l'infirmière, celle-ci s'assure un sentiment de réussite, à la fois personnel et professionnel (Faulkner, 2013).

Cette concordance entre les valeurs personnelles des infirmières et celles de la santé publique a pour effet de générer une incompréhension à l'égard des parents qui ne les partagent pas. Pourquoi Mélanie et Laurent ne veulent-ils pas ce qu'il y a de mieux pour leur enfant? Pourquoi, alors qu'ils reçoivent des enseignements concernant l'allaitement ou le sommeil sécuritaire, ne mettent-ils pas en pratique immédiatement, spontanément et sans rechigner ces nouvelles connaissances? Pour les infirmières, donner une information scientifique devrait suffire à modifier (ou à maintenir, dans le cas échéant) le comportement des usagères. Plusieurs campagnes de prévention et d'information, notamment au sujet de l'allaitement, sont basées sur ce principe de la « décision éclairée » qui consiste uniquement à informer les usagères des bénéfices d'une pratique telle que l'allaitement maternel. « Logiquement », à la lumière de ces informations, les usagères devraient ajuster leur pratique afin de garantir le bien-être optimal de leurs enfants (Nathoo et Ostry, 2009). L'utilisation de cette stratégie qu'est la « décision éclairée » s'explique par le fait que la santé publique s'appuie sur des théories comportementales (notamment le modèle de l'action raisonnée; la théorie sociale cognitive; le *Health Belief Model*) pour élaborer leur plan d'intervention (Massé, 1995). Ce faisant, on assume qu'il y a « une continuité directe entre les manières de penser des gens (leurs valeurs, leurs attitudes et leurs intentions) et leurs manières d'agir » (Massé, 1995 : 15).

Beaucoup d'autres éléments entrent en jeu lorsque vient le temps de prendre une décision concernant les pratiques de soin à adopter pour un nouveau-né. Certaines professionnelles de la santé acceptent difficilement que leurs usagères possèdent des « connaissances organisées en un système de savoir plus ou moins bien intégré et des modèles

d'interprétation et d'explication » relatives au soin (Massé, 1995 : 8). Ces connaissances, au même niveau que les croyances, les valeurs ou les représentations de la santé, sont antérieures aux informations scientifiques communiquées par les infirmières ou autres agents de la santé publique (campagne de prévention, *Mieux vivre avec notre enfant*, médecin, etc.) et ont une incidence sur les comportements, les pratiques et les attitudes des usagères face aux services de santé (Massé, 1995).

La stratégie de la « décision éclairée » ne prend pas en compte les savoirs préexistants ni les barrières extérieures qui peuvent agir comme contrainte à une pratique. Dans le cas de l'allaitement, par exemple, une étude relève que :

The decision not to breastfeed was often perceived as a deliberate choice resulting from a lack of education or from women not trying hard enough to overcome barriers. Ironically, considering the structural barriers to breastfeeding, these high-risk groups were, in all likelihood, comprised of the same mothers who had the least resources with which to successfully breastfeed (Nathoo et Ostry, 2009: 180).

Même si la santé publique fait la promotion d'une approche globale de la santé, elle se limite à quelques attributs d'ordre biologique et les facteurs sociaux qui composent le contexte de vie des usagères « tels que la malnutrition, l'insécurité et la précarité économique, la pollution, l'insalubrité des habitations, etc. » sont souvent négligés (Roy, 2002 : 18). Les déterminants sociaux de la santé prennent de plus en plus d'importance dans les études dans le milieu de la santé, mais il n'en reste pas moins qu'encore aujourd'hui lorsque des parents ne suivent pas une recommandation émise par la santé publique, par choix ou par incapacité structurelle, ils sont souvent considérés comme des êtres irrationnels, voire immoraux, de ne pas réduire au minimum les risques encourus par l'enfant.

Massé (1995) se prononce : ce n'est pas le fait que la santé publique véhicule une rationalité, des normes, des valeurs et des objectifs qui est problématique, mais plutôt qu'ils sont présentés par la santé publique et ses promotrices comme étant des faits immuables et objectifs. Ainsi, les parents qui refusent de faire vacciner leurs enfants ne sont pas considérés comme porteurs d'une « autre » rationalité. Ils sont plutôt accusés de ne pas être rationnels. Dans le domaine de la santé publique, ces parents sont identifiés comme des parents qui ont

peur et qui ne comprennent pas la portée et les véritables enjeux sociaux liés à la non-vaccination. Au Canada par exemple, une approche en huit temps est proposée aux professionnelles de la santé afin qu'elles puissent « gérer » les parents qui remettent en doute l'autorité scientifique et se montrent réticents ou hésitants face à la vaccination (Bramadat, 2011).¹²⁵ Des recherches canadiennes, notamment en études religieuses, reconnaissent que les infirmières, médecins et fonctionnaires de la santé publique ne savent pas comment donner suite, de manière constructive, aux revendications des usagères incertaines face à la vaccination.¹²⁶

Le malade comme fardeau social : un appel au contrôle

Lorsqu'il est question de négociation par détachement, les infirmières informent les parents des bénéfices et des dangers d'une pratique. Par la voie de l'information, elles autonomisent les parents afin que ceux-ci prennent des décisions en toute connaissance de cause et fassent des choix éclairés. Elles se détachent, émotionnellement parlant, des décisions prises par les parents en soutenant que ces derniers sont les seuls véritables responsables du bien-être de leur nouveau-né. Les conséquences liées à une pratique « non optimale » ou déviante sont le fardeau des parents : besoin de retourner à l'hôpital, manque de sommeil si l'enfant est constamment malade, coût lié à l'hospitalisation, etc. Dans la négociation par coercition, un malade, tant l'enfant que la nouvelle mère, est perçu comme un fardeau, non seulement pour la famille, mais pour la société, « la maladie [s'attaquant] autant au corps social qu'au corps individuel » (Lupton, 1994 dans Massé, 2003 : 8). À des fins de croissance et de productivité, il est impératif que tous les membres qui composent notre société

¹²⁵ Les huit étapes sont les suivantes : 1. Écouter, évaluer et catégoriser; 2. Reconnaître la légitimité de leurs inquiétudes; 3. Expliquer le contexte actuel; 4. Réfuter la désinformation; 5. Fournir de l'information valide; 6. Reconnaître que la décision finale revient aux parents; 7. Éduquer les parents des potentiels risques et conséquences; et 8. Faites des recommandations claires (Halperin, 2000 dans Bramadat, 2011).

¹²⁶ Paul Bramadat (2011) aborde les formes d'indécision lorsqu'il est question de vaccination (*vaccination hesitants*). Il présente ces trois formes d'indécision (*hesitancy*) sous forme d'idéal type : l'hésitation religieuse, l'hésitation spirituelle et l'hésitation séculière. Cette typologie est un premier pas dans la compréhension des motifs des indécis face à la vaccination.

demeurent en santé. Dans cette perspective, les parents ont le devoir d'éviter tous risques potentiels et ils sont responsables, vis-à-vis de la population entière, du bien-être de leur nouveau-né.

Considérer un malade – ou un malade potentiel – comme un fardeau social mène à une conception de la santé publique où les individus déviants – ou potentiellement déviants – doivent faire l'objet d'un contrôle afin de protéger le reste de la population (Massé, 2003). C'est dans cette optique que des mécanismes de contrôle et de discipline des corps ont été mis en place par la santé publique (Dubé, 2007). Ceux-ci pénètrent les corps individuels et au sein des familles sous forme de « surveillance constante, mobile et différenciée » (Dubé, 2007 : 12). Ils visent à la création et au maintien de corps dociles et productifs (Foucault, 1993 [1975]). Les interventions en santé publique sont justifiées au nom « des efforts faits par les diverses sociétés pour penser et imposer un ordre aux comportements liés au pur et à l'impur » (Douglas, 1966 dans Dubé, 2007 : 14). L'instauration des suivis postnatals à domicile, des cliniques d'allaitement et de tout autre lieu d'échange formel entre une professionnelle de la santé périnatale et une usagère témoigne de cette surveillance. Les enseignements offerts par les professionnelles prennent la forme de contrôle et de discipline alors qu'elles font un rappel et encouragent « la prise en charge individuelle de toutes responsabilités liées au maintien d'un corps en santé » (Dubé, 2007 : 13). L'insistance avec laquelle l'infirmière de Mélanie et Laurent a abordé la vaccination et l'allaitement n'est pas sans rappeler cette responsabilisation, cette prise en charge, qui incombe au couple. La surveillance fonctionne en conjonction avec la réflexivité institutionnelle, un principe qui je le rappelle, actualise constamment les recommandations, normes et valeurs de la santé publique (Giddens, 1994).

Le nouveau-né de Mélanie et Laurent est en parfaite santé. Malgré les difficultés liées à l'allaitement, le poids de l'enfant est satisfaisant et il ne montre aucun signe de jaunisse. Lorsque les professionnelles de la santé ont une conception de la santé publique qui vise le contrôle social, tous les individus, même ceux qui sont en santé, deviennent des victimes potentielles qui requièrent une surveillance attentive. La santé publique correspond donc à cet « élargissement du regard médical, allant du chevet du malade à la sphère publique et de la clinique à la surveillance des populations normales » (Collin, 2007). La surveillance des

« populations normales » se justifie par la notion de risque, inhérente aux sociétés modernes. Les effets inattendus du progrès (épidémies par exemple) sont responsables des craintes constantes qu'ont les individus – et que partage l'État qui ne désire pas voir s'affaiblir sa population. Cette méfiance généralisée envers la société et son progrès est la base de la société du risque (Beck, 2001).

Rapports de pouvoir : l'utilisation de la peur

Les relais de la santé publique, dans le cas étudié, les infirmières, utilisent la notion de risque pour la santé, de la mère et du poupon, mais également de la population au sens large, afin de motiver les individus à s'autodiscipliner et à respecter et à suivre les normes de la santé publique. L'anxiété et la peur liées à un potentiel danger mènent les usagères à mobiliser des réponses adaptatives et à faire preuve d'initiatives nouvelles (Giddens, 1991). Il est attendu que la peur engendrée par de tels risques fonctionne comme moteur de l'action (Dubé, 2007; Beck, 2001). La notion de « risque » est souvent employée pour traiter de l'allaitement maternel. Stella, la jeune stagiaire, mentionne qu'il est fréquent que les mères « n'en fassent qu'à leur tête » malgré les recommandations en matière d'allaitement des infirmières hospitalières, des infirmières à domicile et des auxiliaires déployées pour les aider. Dans ces cas-là, « l'infirmière va dire : “Bien, écoutez, c'est ça qui est vraiment recommandé, et non seulement c'est recommandé, mais il y a des impacts si vous ne le faites pas” ». Et c'est dans l'emphase mise sur les risques, les impacts et les conséquences que se distingue la négociation par coercition de la négociation par détachement. Dans la négociation par détachement, les professionnelles informaient les parents des impacts, des conséquences : elles utilisaient les savoirs soutenus par la santé publique. Lorsqu'il est question de la négociation par coercition, la présentation des conséquences frôle plutôt la campagne de la peur et de l'intimidation alors qu'elles sont présentées comme quasi inévitables et en cascade. « Ceux qui ne lavent pas leurs plaies pendant des jours parce que dans sa culture elle doit rester au chaud. Je dis “si vous faites de l'infection, vous ne pourrez pas bien vous occuper de votre bébé, il aura des problèmes de santé et ce sera l'Urgence” », me dit l'une d'entre elles en entretien. Ici, les professionnelles de la santé usent principalement du pouvoir que leur confère la santé publique, plutôt que des savoirs. L'usage de la peur agit comme moteur pour responsabiliser

les parents. Ceux qui n'intègrent pas les normes de la santé publique dans leur quotidien génèrent une anxiété, produit par la peur de la transgression et ils se sentent coupables. Un contrôle important s'opère par la voie de la culpabilité (Giddens, 1991).

La culpabilité ressentie par certains parents ne provient pas uniquement de la non-conformité volontaire à certaines recommandations de la santé publique. Au contraire, les discours experts entourant l'allaitement par exemple ouvrent la porte à la culpabilisation des mères qui ne réussissent pas à allaiter et perçoivent cette situation comme un échec. Mélanie désirait allaiter. Elle avait lu dans des livres et sur des blogues les multiples bienfaits de l'allaitement maternel, convaincue que l'allaitement était la meilleure chose pour son bébé. Avant même d'accoucher, elle avait voulu mettre toutes les chances de son côté en engageant une marraine d'allaitement qui pourrait la guider et lui donner des conseils en matière d'allaitement. Elle avait intériorisé l'obligation morale et les enjeux identitaires sous-jacents (la « bonne mère ») qui demandent d'elle qu'elle fournisse ce qu'il y a de « mieux » pour son enfant. La culpabilité ressentie par Mélanie et toutes les autres mères qui ont des difficultés à allaiter témoigne de l'intériorisation des normes de santé publique.

Si l'enfant est véritablement malade, si les risques annoncés ont véritablement pris forme et que l'enfant doit être amené à l'hôpital, la culpabilité que ressentent les parents se transforme en honte. À l'hôpital, alors que le nouveau-né est en observation et que les parents vivent directement les répressions de l'institution à leur égard, principalement sous forme de commentaires insidieux, c'est l'humiliation du parent en tant que « mauvais parent » qui agit comme agent de contrôle social (Giddens, 1991).

Les prochaines lignes illustrent la façon dont les professionnelles de la santé utilisent le pouvoir qui leur est conféré par l'institution pour contraindre les usagères à intégrer les normes, valeurs et recommandations de la santé publique dans leur quotidien. Je glisserai également un mot sur les institutions et la société au sens large comme agent de contrôle sociale. Ces deux derniers viennent étayer la matrice de la négociation par coercition des infirmières.

Les professionnelles de la santé et l'utilisation de la menace

Les infirmières des suivis postnatals ont un mandat de soutien envers leurs usagères. Dans cette position, leur rôle de professionnelle en tant que détentrices des savoirs professionnelles et du pouvoir est en avant-plan (Saillant et Gagnon, 1999; Adam et al., 1994). Elles se perçoivent comme l'exécutante de la santé publique alors qu'elles utilisent leur accès auprès des nouvelles mères pour transmettre de l'information, mais également pour assurer la surveillance des populations. Elles possèdent le « pouvoir parfois direct parfois indirect de sanctionner les conduites jugées inadéquates ou, dans certains cas, de se substituer aux familles » (Fortin et Le Gall, 2007 : 25).

La forte majorité des sanctions se font par le biais de la parole : des sermons, des explications intensives des méfaits ou risques, etc. Une forme de sanction consiste à faire une référence, auprès d'une auxiliaire bénévole qui vient aider la mère pour des tâches précises – et qui s'assure du coup que le bébé n'est pas en danger –, soit par l'ajout d'une travailleuse sociale ou toutes autres spécialistes au dossier. Une référence à une travailleuse sociale est une façon de surveiller, non seulement le corps physique de l'enfant et de la mère, mais leur contexte social de vie. Lors d'un suivi à domicile chez une jeune mère africaine monoparentale, Micheline, lui demande si elle est ouverte à l'idée de rencontrer une travailleuse sociale. La mère dit non. Micheline explique que la travailleuse sociale n'est pas avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), mais bien une collègue du programme Périnatalité 0-5 ans. La mère réitère son refus. Micheline lui propose alors une auxiliaire en santé et service sociaux pour venir l'aider quelques heures par semaine. La mère refuse encore, mais elle semble moins menacée par la potentielle présence d'une auxiliaire. Micheline est demeurée très gentille et douce. Elle lui a laissé son numéro de téléphone au cas où elle aurait des questions, mais aussi, et surtout, si elle changeait d'avis concernant l'aide d'une auxiliaire. Après notre départ, l'infirmière m'informe qu'elle va la revoir pour un suivi de poids, et qu'elle reproposera les services. J'ai souri. Ledit suivi de poids est, en lui-même, une forme de surveillance et de contrôle de la santé publique. Lorsque les enfants tardent à rattraper leur poids de naissance, que la mère ne désire pas faire l'allaitement exclusif de l'enfant ou que l'infirmière a d'autres craintes, la famille doit amener le nouveau-né à la clinique du nouveau-né pour un suivi. Certaines usagères sentent la pression moralisatrice et le

contrôle social de la santé publique dont l’infirmière est le médium. Il est donc fréquent que les parents dissimulent une conduite ou une pratique (automédication, médecines alternatives, etc.) de peur de se faire condamner comme « mauvais parents » par les professionnelles (Fainzang, 2013). Lorsque l’infirmière de Mélanie et Laurent a abordé la consommation de drogue, il est fort probable que les parents ont minimisé leur consommation réelle de marijuana, en plus de mentionner que seul Laurent consommait, afin de ne pas subir les foudres des sanctions de l’infirmière.

Les suivis à domicile font également en sorte que les infirmières se substituent aux familles. Ce faisant, elles font entrer au sein des familles, des valeurs et des normes qui, conformes à la santé publique, sont susceptibles de délégitimer et disqualifier les savoirs familiaux (Fortin et Le Gall, 2007). Les infirmières rencontrées, lorsqu’elles négociaient par détachement, prenaient en considération le support apporté par la famille, conscientes que ce support était essentiel aux nouvelles mères. Bien sûr, elles auraient préféré que les savoirs et pratiques choisies cadrent parfaitement avec les recommandations de la santé publique, mais elles se détachaient de la décision finale des parents. Dans le cas de la négociation par coercition, toutes autres informations, même si elles proviennent de la famille ou qu’elles reflètent les conditions de vie, la culture, la religion des usagères ou des pratiques familiales et ne cadrent pas avec les normes de la santé publique, sont rejetées. Elles utilisent leur pouvoir pour faire de la pression sur les parents et leur famille.

Mais d’où vient ce pouvoir? Dans un premier temps, les infirmières possèdent les connaissances et les compétences scientifiques et spécialisées. De plus, elles « représentent (volontairement ou non) à la fois une institution légitime de la société locale et une profession (hôpital, CLSC, médecin, infirmière, psychologue) » ce qui leur donne une légitimité d’intervention (Fortin et Le Gall, 2007 : 25). De par cette représentation d’une institution légitime et étatique, les infirmières incarnent la culture dominante de la société (Fortin, 2005).

Dans la négociation par coercition, les professionnelles de la santé utilisent parfois la menace afin de placer les usagères dans des situations de non-choix. La menace peut être formulée de façon très claire comme dans le cas d’Hélène, infirmière en agence privée à l’emploi du CSSS pendant mon terrain, alors qu’elle a averti une famille qu’elle allait

contacter la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) s'ils ne modifiaient pas leur comportement. À la fin de mon étude, je n'avais encore jamais vu d'infirmière faire de recommandation à la DPJ. J'ai donc demandé à l'infirmière à laquelle j'étais jumelée pour faire des observations cette journée-là, si elle avait eu à faire une telle démarche récemment. Hélène m'a répondu que non, elle n'avait pas fait de démarche auprès de la DPJ. Elle a cependant dit à une famille qu'elle le ferait s'ils ne baissaient pas la température de la chambre du poupon. Après avoir visité une maison où il faisait extrêmement chaud, elle les a avertis de baisser le chauffage pour écarter les risques de mort subite du nourrisson. Elle est retournée à domicile pour un suivi de poids, quelques jours plus tard. Il faisait toujours aussi chaud dans la chambre de l'enfant. Elle leur a alors affirmé que s'ils ne corrigeaient pas la situation, elle contacterait la DPJ. À d'autres moments, la menace prend une forme beaucoup plus subtile alors que les infirmières informent les parents qu'ils auront à gérer les conséquences de leurs actes [*you'll have to deal with the consequences*]. Que ce soit par rapport à l'allaitement ou à la vaccination, les infirmières vont, lorsqu'elles négocient par coercition, mettre l'accent sur la responsabilité des parents. Elles utilisent la culpabilité pour les contraindre à intégrer les normes de la santé publique.

Malgré tout, la présence des infirmières est, pour plusieurs familles, qualifiée d'agréable, de rassurante. Les infirmières, contrairement aux travailleurs sociaux par exemple, sont perçues par la majorité des familles comme étant une forme d'aide neutre et aimante. Nous avons depuis longtemps accepté que des professionnelles viennent nous surveiller, stipulant que c'est pour notre bien, tant individuel que collectif. Aujourd'hui on a l'habitude de considérer les agents qui vérifient les normes d'une représentation et inspectent les acteurs (qu'ils le fassent ouvertement ou à l'improviste) comme faisant partie de l'administration des services publics, et plus précisément comme faisant partie du contrôle social que les

organismes gouvernementaux exercent légitimement au nom du consommateur et du contribuable (Goffman, 1973).¹²⁷

L'institution et l'accès aux programmes

Tel que mentionné ci-haut, les suivis postnatals et les cliniques du nouveau-né sont, en soi, une manière de surveiller et de contrôler les populations. En envoyant une infirmière sur place, ou en obligeant les familles à apporter leur poupon à la clinique, chaque bébé est systématiquement surveillé. L'allaitement est un élément particulièrement surveillé et contrôlé. Une mère désirant faire l'allaitement mixte¹²⁸ est convoquée pour un suivi de poids à la clinique du nouveau-né, même si le poids de son enfant, lors du premier suivi, correspond aux attentes de la santé publique. Cette façon subtile d'amener les mères à adopter l'allaitement maternel exclusif est une forme de contrôle social par l'institution. Les différents programmes d'aide offerts dans la période périnatale sont également une façon de contraindre les usagères, notamment à l'allaitement. Après une visite chez une femme précaire qui avait à sa charge plusieurs enfants, Sandrine m'explique l'importance d'un allaitement réussi pour cette usagère puisque, tant et aussi longtemps qu'elle allaitera, elle pourra bénéficier du Programme OLO.¹²⁹ Sur le site officiel de la Fondation OLO et celui du CSSS étudié, cette condition d'accès au programme n'est pas mentionnée. Il s'agirait plutôt d'une pratique informelle pour limiter les demandes d'accès au programme. Cette condition d'accès,

¹²⁷ Nous pouvons penser au virage santé dans les écoles du Québec. Avec La politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif (2007), une surveillance et un contrôle de la nourriture et des activités physiques des jeunes s'opèrent lorsqu'ils sont à l'école. Ministère de l'éducation. Consulté le 21 avril 2016. Adresse URL :

http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/virageSanteEcole_PolCadre.pdf

¹²⁸ « On parle d'allaitement partiel (ou mixte) lorsque bébé boit chaque jour du lait maternel et de la préparation commerciale pour nourrissons » (*Mieux vivre avec notre enfant*, 2016 : 417).

¹²⁹ Le Programme OLO – Œuf, Lait, Orange est un programme qui vise à assurer une alimentation adéquate aux femmes enceintes afin d'éviter la naissance de bébés de petit poids. Des aliments et des suppléments de vitamines et minéraux sont remis dans le cadre d'un suivi individuel, offert en CLSC (Fondation OLO : pour naître en santé, 2015. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://fondationolo.ca/>)

officielle ou officieuse, ne serait pas une aberration dans le système de santé québécois. En effet, cette contrainte d'accès est le propre du CSSS La Pommeraie.¹³⁰

La société et l'approbation sociale : le cas des *mommy blogs*

Restreindre certains programmes de périnatalité à des femmes qui allaitent n'est pas chose nouvelle, ni le propre des institutions hospitalières. *La charité maternelle*, une organisation fondée en 1784, mise sur pied et dirigée par des femmes de la bourgeoisie française, avait pour but de venir en aide aux jeunes mères démunies.¹³¹ Toutefois, pour avoir accès à cette forme d'assistance communautaire, les femmes voulant bénéficier de ce service devaient « [...] être mariées, avoir des certificats de bonne conduite de leur paroisse et allaiter leurs enfants » (Yalom, 2010 : 153). Ainsi, déjà au 18^e siècle, l'allaitement maternel prenait la forme de contrôle social, distinguant les « bonnes mères » qui auraient accès à un support, des « mauvaises mères » qui n'en méritaient pas.

Aujourd'hui, ce support offert par les pairs se trouve principalement par le biais des communautés web. Les blogues de maternité, communément appelée les *mommy blog*¹³², représentent un lieu d'échanges où les « mères blogueuses construisent une version de leur propre maternité et où les lectrices s'identifient, corrigent, clarifient et réinterprètent ces constructions » (Powell, 2010, *ma traduction*). Sur les *mommy blogs*, les représentations de la maternité ne sont pas dictées par des experts (docteurs, fonctionnaires de la santé publique, etc.), ni iconifiées ou glorifiées par les médias. Pourtant, les multiples analyses de ces communautés web relèvent que leur contenu est solidement ancré dans le courant dominant,

¹³⁰ La contrainte est explicitement mentionnée sur le site du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie, sous l'onglet du Programme OLO : « À La Pommeraie, le soutien à la mère et les denrées sont offerts jusqu'à six mois après l'accouchement aux femmes qui allaitent ». Programme OLO – Œuf, Lait, Orange. Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie. Consulté en ligne le 15 décembre 2015. Adresse URL :

<http://www.santemonteregie.qc.ca/lapommerai/services/ser/fiche/olo.fr.html#.VnW2Vr82ddB>

¹³¹ La Charité maternelle de Paris. Consulté en ligne le 21 avril 2016. Adresse URL :

<http://www.charitematernelle.com/>

¹³² Selon une étude de Webb et Lee (2011), plus de 80 000 entrées correspondent à « *mommy blog* » dans le moteur de recherche Google.

soit ici, la santé publique (Powell, 2010; Morisson, 2011). Les blogueuses et les consommatrices de blogues stipulent que les textes écrits et présentés visent à partager le quotidien et l'histoire de mères « normales » et que ces lectures représentent les intérêts et les désirs des consommatrices de blogues. Leurs nombres et leur popularité font tout de même de ces blogues des transmetteurs des discours normatifs de la santé publique (Morisson, 2011). Malgré tout, les blogues contribuent à différencier les mères – et leurs compétences – selon leur façon d'élever leur enfant. L'allaitement, la vaccination, la nourriture organique, les mères qui travaillent vs les mères qui demeurent à la maison (*stay at home mom*), autant de sujets polarisants et susceptibles de contribuer au *mommy shaming*, c'est-à-dire à une culpabilisation de la mère. Certaines défendent toutefois que les blogues tendent à nuancer les discours dichotomiques de la maternité qui distinguent la « bonne mère » de la « mauvaise mère », en encourageant les mères à partager leur réalité complexe et ainsi créer de nouvelles conceptions de la maternité qui seraient globalement acceptées (Powell, 2010).

Les femmes adoptent des pratiques discursives en échange de l'approbation sociale (Baillargeon, 2004 : 23). Ainsi, elles ne sont pas uniquement surveillées et contrôlées par les professionnelles de la santé et les institutions, elles le sont également par la société qui les entoure. Les blogueuses, l'entourage, les pairs ayant presque tous intériorisé les normes, valeurs et recommandation de la santé publique, contribuent et participent à la surveillance de la femme-mère.

De la « bonne » coercition?

Le terme choisi, à savoir « coercition » est connoté. Il évoque la contrainte, le fait de forcer un individu, d'obliger quelqu'un à agir. La coercition est ressentie, par les usagères, comme désagréable et pesante pour leur liberté d'action. Pour les infirmières, la négociation par coercition semble se faire sans véritable réflexion quant aux impacts que peut engendrer la coercition chez les usagères. Je ne me prononce pas à savoir si une forme de négociation est bonne ou mauvaise, ou si l'une est meilleure que l'autre. Ce n'est pas à moi, ni aux sociologues en général, de juger une situation. Je désire simplement en rendre compte et l'expliquer. Expliquer signifie également mettre en lumière plusieurs situations où la négociation par coercition est utilisée par les infirmières afin de présenter, à juste titre, cette

forme de négociation. Les conversations et échanges qui ont suivi la présentation de mes résultats devant des infirmières et autres professionnelles de la santé ont fait ressortir certaines situations où la négociation par coercition était, non seulement envisageable, mais jugée comme la plus adéquate. La situation la plus souvent décrite est celle de la maltraitance aux enfants.

Dans les cas de maltraitance, les infirmières n'hésitent pas, me disent-elles, à négocier par coercition. Au cours de l'échange suivant ma présentation, une infirmière ne travaillant pas au CSSS de BCSTL me dit, en tournant les pages de son cahier de notes : « Quand la sécurité d'un enfant n'est pas assurée. Pas parce qu'il fait chaud ou qu'il a la jaunisse, mais vraiment en danger, ce n'est pas le temps de se détacher ou de faire du relativisme culturel ». De ce fait, elles ne nient pas et justifient l'utilisation de la peur, de la culpabilité et le recours à la menace dans certaines situations.

Dans la négociation par compromis, j'ai pu identifier que la perception de la sécurité et du danger varie selon l'origine des infirmières, qu'elles soient issues de l'immigration ou du groupe majoritaire, ce qui a une incidence sur les limites de la négociation par compromis. Certaines infirmières sont plus flexibles que d'autres dans leurs enseignements et leur pratique de soin et donc plus promptes au compromis. N'ayant pas observé de cas de « maltraitance » pour reprendre leur mot, et n'ayant eu qu'un échange rapide au sujet de l'usage de la négociation par coercition dans les cas de maltraitance, je ne peux pas avancer si la définition de maltraitance varie d'une infirmière à l'autre, ni ce qui distingue cette variation entre les attitudes professionnelles.

Quand la coercition ne découle pas de la santé publique

Le dernier élément de la négociation par coercition est le cas des infirmières qui basent leur négociation par coercition sur d'autres valeurs et normes que celles de la santé publique. Le cas d'Hélène, une infirmière d'agence qui est venue dépanner l'équipe Périnatalité 0-5 ans pendant quelque temps, montre en effet que la coercition peut être basée sur des convictions personnelles qui diffèrent des valeurs de la santé publique. Pour assurer une certaine continuité

avec une thématique récurrente de la coercition, l'exemple choisi concerne encore l'allaitement maternel.

Nous faisons un suivi chez un jeune couple mixte, un père québécois et une mère saoudienne-française. Depuis le début de la rencontre, les parents semblent insatisfaits des réponses évasives et imprécises fournies par l'infirmière. Au moment de parler de l'allaitement, la mère, ébranlée par les échanges précédents avec l'infirmière, est au bord des larmes. Son conjoint lui flatte les cheveux et pose une main sur sa cuisse. La mère dit qu'elle a beaucoup de difficulté à mettre son bébé au sein et a peur de ne pas être capable d'allaiter convenablement. Elle dit avoir lu tout ce qui concerne l'allaitement dans le *Mieux vivre avec notre enfant* ainsi que plusieurs blogues, mais qu'elle n'en peut plus. Elle éclate en sanglots. Hélène la regarde et lui demande « Pourquoi tu ferais quelque chose qui te demande de l'effort et qui ne te procure pas de plaisir? » Les parents écarquillent les yeux et échangent des regards inquiets. Ils semblent choqués. Pour ma part, je le suis aussi, plutôt habituée à entendre les infirmières abonder dans le sens de l'usagère, normalisant les difficultés d'allaitement et proposant ensuite de se pencher ensemble sur le problème de l'allaitement. La jeune femme est désespérée et implore son conjoint du regard. Elle réfléchit, pèse ses mots et lui répond que c'est important et que c'est bien pour l'enfant. Que partout, elle a lu que c'était l'option optimale pour le bébé et finalement, que c'était ce qu'elle et son conjoint avaient convenu de faire. Son ton de voix indique beaucoup de frustration et d'incompréhension. Elle ne devait pas s'attendre à devoir justifier son désir d'allaiter à une infirmière qui était présente justement pour assurer un soutien à l'allaitement. Contre toute attente, l'infirmière lui dit : « Il va être normal au biberon, nous on n'a pas été allaité et on est intelligent, hen Emilie? ». Elle s'est tournée vers moi et elle a attendu que je l'appuie. Je ne pouvais pas la contredire et en mon âme et conscience, je ne pouvais pas non plus acquiescer. J'ai fait un sourire gêné et détourné le regard. Je crois que les parents me cherchaient des yeux, désirant trouver un peu de réconfort. Un réconfort que je ne pus leur apporter. Aucun conseil sur l'allaitement n'a été prodigué lors de ce suivi.

Par son non-soutien à l'allaitement et son non-enseignement, Hélène n'a pas encouragé l'usagère à allaiter. Alors que la mère devait recevoir un soutien à l'allaitement, elle en a

plutôt été découragée. Hélène a basé cette pratique sur ses convictions personnelles. Elle me dit un jour en voiture : « Je ne suis pas une *freak* d'allaitement ». Santé Canada encourage aujourd'hui l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et s'il est arrivé quelques fois que des infirmières laissent aux mères un gobelet de plastique dans lequel la mère pourrait exprimer son lait et le donner à son bébé pour reposer temporairement le mamelon, aucun autre moyen éloignant la mère de l'allaitement maternel n'a été directement encouragé en ma présence.¹³³ Hélène est la seule, au cours de ce suivi et d'autres, à donner des seringues et des gobelets aux parents et à mentionner regretter l'époque où les infirmières arrivaient chez les nouveaux parents avec un « kit » de lait en poudre, donné comme « forcing » publicitaire.

Le cas d'Hélène est unique. Elle est la seule infirmière rencontrée lors des suivis qui négocie par coercition et invoque pour ce faire des valeurs personnelles qui sont aux antipodes des valeurs de la santé publique.

Une tentative d'explication pour le cas d'Hélène

J'ai fait quelques suivis avec Hélène et j'ai longuement essayé de comprendre ce qui faisait qu'elle, en tant que professionnelle, et ses suivis soient si différents des expériences que j'avais eues avec toutes les autres infirmières du Programme périnatalité 0-5 ans. J'en suis venue à la conclusion que c'est peut-être le fait qu'Hélène soit une infirmière d'agence qui la distingue autant de ses collègues. Voici mes trois rapides conclusions qui ont été intégrées ici afin d'aborder une réalité de plus en plus fréquente dans les soins infirmiers et paramédicaux : la sous-traitance. La sous-traitance a des impacts véritables sur les soins dispensés et les soins reçus.

Dans un premier temps, les infirmières qui proviennent d'une agence privée sont parachutées dans un service, là où le besoin se fait ressentir. Les infirmières peuvent provenir d'un peu partout au Québec et n'ont pas à être familières avec le quartier où elles sont

¹³³ Par exemple, dans les cas où les mères décidaient de faire l'allaitement mixte, les infirmières donnent de multiples trucs à l'allaitement afin d'en venir à l'allaitement exclusif.

affectées. Ne pas posséder de connaissances sur les différents groupes ethniques, religieux et culturels qui peuplent le territoire n'est pas un problème en soi. Toutefois, toutes les infirmières rencontrées relevaient qu'être familières aux particularités des usagères facilite le premier contact et la diffusion d'informations lors des suivis. À cet effet, et pour se familiariser avec le terrain, les nouvelles infirmières sur le territoire posent des questions aux familles immigrantes, évitent les généralisations, naviguent avec précautions et finesse autour de certains sujets. J'ai eu l'impression, avec le cas d'Hélène, que ce sentiment de devoir ou ce désir d'apprendre les rites, pratiques et croyances de la population du territoire ne rejoint pas les infirmières d'agence : après tout, elles ne vont pas travailler sur un territoire donné bien longtemps.

Deuxièmement, si la culture de leurs usagères leur est régulièrement inconnue, la culture de leur établissement l'est tout autant. N'étant que de passage, elles sont informées des grandes lignes qui guident la pratique des infirmières, mais pas de ses subtilités. Les règles informelles et officieuses, tout comme la sous-culture propre à l'établissement, lui sont inconnues. Il est de plus important de souligner que les infirmières d'agence n'apprennent que très peu la sous-culture et n'intériorisent pas les critères de rendement puisqu'elles ne sont pas soumises aux mêmes normes de rendement professionnel. Payées par une agence privée, elles remplissent une feuille de temps, comptabilisant leurs heures et elles inscrivent le kilométrage parcouru avec leur voiture lors d'une journée de travail, ce qui leur sera remboursé par leur agence. Hélène apparaissait ainsi beaucoup moins pressée par le temps que ses collègues payées à la semaine et soumises à une exécution de leurs tâches dans des délais précis. Le temps n'était pas un problème pour Hélène. Elle m'offrait gentiment de venir me déposer au métro, malgré le détour que cela impliquait après chaque observation.

Finalement, dans un premier temps, les infirmières d'agence ne sont pas toujours spécialisées dans le domaine dans lequel elles sont amenées à travailler. Si j'avais débuté mon terrain en mentionnant que je n'étais pas en mesure d'évaluer les compétences des infirmières, je pouvais, après avoir assisté à quarante suivis postnatals soutenir que certains suivis sont plus complets et rigoureux que d'autres. Il m'apparaît évident, au vu de mes observations, qu'un « briefing » de quelques jours ne fait pas d'une infirmière une experte en périnatalité.

Pour donner l'exemple d'Hélène, ses réponses aux questions étaient souvent très évasives et rarement en phase avec les recommandations de la santé publique.

TROISIÈME PARTIE — REMPLIR LE MANDAT INFIRMIER : D'UNE NÉGOCIATION À UNE AUTRE

La deuxième partie de cette thèse a présenté différentes rencontres entre infirmière et usagère dans le cadre des suivis postnatals à domicile. Le récit de ces cinq suivis postnatals montre que les objectifs de la visite, à savoir peser le bébé, offrir du soutien à l'allaitement, informer les parents sur les soins d'hygiène et de santé du bébé et de la mère, ainsi que de répondre aux questions des usagères concernant l'alimentation et le sommeil du nourrisson, projettent à l'avant-scène l'infirmière et sa culture professionnelle. Ses compétences, ses savoirs spécifiques et scientifiques, tout comme ses valeurs dans le prolongement de la santé publique, se propagent et se dispersent à l'intérieur du domicile, momentanément transformé en espace clinique (Fortin et Carle, 2007).

La rencontre entre la culture professionnelle infirmière et la culture profane de l'usagère se fait généralement sans heurt. Les usagères ont intégré à leur quotidien, à leur culture profane, plusieurs éléments valorisés et soutenus par la santé publique telles que des mesures d'hygiène et des valeurs de prévention qui correspondent à la culture professionnelle infirmière. Les infirmières n'ont donc pas nécessairement besoin de négocier leur pratique de soin. Toutefois, les rencontres qui se déroulent *a priori* sans tensions et sans heurt ne sont pas exemptes de négociations. Au contraire, les infirmières négocient constamment, ne serait-ce que leur façon de se présenter ou de parler afin de maximiser l'échange entre elles et leurs usagères (Strauss, 1992).

Oui, c'est sûr, mais faut faire attention. Je m'adapte pour, exemple mon niveau de langage, et je suis quelqu'un qui a une énergie un peu plus vers le haut et il y a des gens qui sont comme super enracinés, qui vont parler lentement. C'est sûr que je ne me mettrai pas sur leur rythme, mais avec eux, je vais être plus posée, plus à l'écoute, tu [le] sais, si ça va les brusquer... (Karine, infirmière).

Les cinq chapitres précédents débutaient par la restitution d'un suivi où certains sujets abordés, lors de la rencontre entre l'infirmière et l'usagère, nécessitaient plus qu'une simple relation sociale négociée (Strauss, 1992). Dans chacun des cas présentés, le déploiement de la culture professionnelle infirmière au domicile de l'usagère se heurtait, à un moment ou un

autre, à la culture profane des parents. La collision des deux cultures faisait émerger et rendaient visible des manifestations de la différence. La confrontation entre deux cultures, entre deux conceptions du monde, trace des contours clairs autour des deux entités et permet de discerner l'une de l'autre : « les idéaux suprêmes qui agissent le plus fortement sur nous ne s'actualisent en tout temps que dans la lutte avec d'autres idéaux qui sont aussi sacrés pour les autres que les nôtres le sont pour nous » (Weber, 1965 [1904] : 130). La deuxième partie rendait compte des négociations, tant en situation de tension que de fluidité, vécues par les infirmières.

Cette troisième et dernière partie a rempli deux fonctions. Puisque les formes de négociations présentées sont des idéal-type, des absolues de négociation, aucune infirmière rencontrée ne négocie exactement comme j'ai pu le présenter dans les récits semi-fictifs. Elles se situent toutes au contraire, aux croisements de ces formes de négociations. C'est ce que la prochaine partie propose d'explicitier. Dans un premier temps, au chapitre 10, je présente des facteurs qui incitent les infirmières à passer d'une forme de négociation à une autre. Il est question de quatre facteurs qui expliquent le passage d'une forme de négociation à une autre et d'un facteur qui restreint les passages d'une forme de négociation à une autre. Le onzième et dernier chapitre prend la forme d'une discussion alors que je confronte la définition initiale de la négociation telle que présentée au premier chapitre aux données empiriques modélisées. Je montre comment, concrètement, les négociations entre infirmières et usagères permettent de réaliser le mandat infirmier.

Chapitre X – Les passages d’une forme de négociation à une autre

En novembre 2015, j’ai présenté les résultats préliminaires de mon travail dans le cadre d’un des Midis InterActions organisés par le centre de recherche InterActions du CIUSSS du Nord-de-L’Île-de-Montréal. La formule de ces présentations est la suivante : un ou une chercheur.e ou une équipe de recherche présente les résultats d’une étude récente et un ou une intervenante donne la réplique au(x) scientifique(s) en faisant part de la compréhension, de la validité et des retombées de tels résultats pour les intervenants « de terrain ». Pour ma présentation, c’est Patricia Tchamba, infirmière clinicienne au programme Prévention 0-5 ans du CIUSSS du Nord-de-L’Île-de-Montréal qui m’a donné la réplique. Patricia avait été sélectionnée par l’organisatrice des Midis InterActions parce qu’elle avait siégé « sur des comités d’éthique professionnelle et que les différences culturelles dans le soin des petits [lui sont] d’un grand intérêt professionnel ». J’étais très satisfaite du choix de l’organisatrice puisque Patricia connaissait bien mon projet : elle était une des seize infirmières participantes. Il va sans dire que j’étais nerveuse de présenter mes résultats devant elle et quelques-unes de ses collègues qui avaient également participé à mon étude. Plusieurs autres intervenant.e.s étaient aussi présents : nutritionniste, travailleuses et travailleurs sociaux, préposé.e.s aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, etc. Non seulement Patricia allait directement donner son avis sur mon travail, mais j’allais également bénéficier des rétroactions d’autres professionnels et de professionnelles de la santé.

Mon exposé se limitait à la présentation des cinq formes de négociation modélisées. Ne m’adressant pas à un public homogène d’universitaires et de chercheur.e.s en sciences sociales, je me suis assurée, dans la conclusion, que tout le monde comprenait bien que les formes de négociation présentées étaient des modèles théoriques. Aucune infirmière ne négociait réellement et uniquement par coopération, par détachement ou par coercition, par exemple. J’ai insisté sur le fait que les formes de négociation présentées visaient à rendre compte des diverses situations dans lesquelles peuvent se retrouver les infirmières dans le cadre de son travail et à témoigner de leur habileté à pratiquer le soin dans divers contextes. Mon insistance sur ce que signifie un modèle théorique trahissait le léger malaise que j’avais à présenter des formes de négociation comme la négociation par détachement, par adaptation

typifiée ou encore (et surtout) par coercition aux principales intéressées. J'étais convaincue de mes résultats, mais on ne peut faire autrement que d'hésiter et de remettre en question notre démarche lorsqu'on s'apprête à dire aux participantes qu'elles ont des pratiques coercitives ou basées sur des stéréotypes et des typifications raciales, par exemple.

Nul besoin de mentionner que j'étais heureuse (et soulagée) d'entendre Patricia abonder en mon sens quant à l'angle employé pour étudier la pratique infirmière, soit le caractère situationnel des formes de négociation, au profit d'une approche centrée sur les caractéristiques individuelles des actrices. La discussion a ensuite été ouverte aux auditeurs et aux auditrices. Plusieurs se sont prononcés et ont dit se reconnaître, d'une façon ou d'une autre, dans ce que je proposais.

Après la présentation du 17 novembre 2015 à Bordeaux-Cartierville, d'autres ont suivi, notamment au CLSC Côte-des-Neiges (CSSS de la Montagne) et au CLSC Benny Farm (CSSS Cavendish) désormais regroupé dans le CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Chaque fois, les infirmières et autres professionnelles de la santé se sont dites emballées et capables d'identifier des éléments de leur propre pratique. C'est donc principalement à travers les rétroactions des participantes, mais également des autres professionnelles de la santé, que j'ai pu saisir les différents passages d'une forme de négociation à une autre, et surtout, leur importance (chapitre 11). Suite à leurs commentaires, je suis retournée lire les verbatim des infirmières et les notes d'observation afin de relever les éléments qui incitent le passage d'une forme de négociation à une autre.

J'ai répertorié quatre facteurs pouvant justifier le passage des infirmières d'une forme de négociation à une autre. Les négociations par compromis et par adaptation typifiée sont des formes de négociation qui, malgré leurs spécificités, apparaissent toute deux comme « adaptatives » et plus souples. Au cours de leur accomplissement, les infirmières modifient leur pratique au gré des attentes réelles ou attendues des usagères. Les négociations par coopération, par détachement et par coercition, pour leur part, ne sont pas basées sur une « adaptation » des soins au besoin des usagères. Il s'agit plutôt d'un prolongement direct des normes et des valeurs de la santé publique. Ces formes de négociations apparaissent comme plus rigides. Cela étant dit, les passages les plus marqués sont les passages d'une forme de

négociation dite souple à une forme de négociation dite rigide. Dans un premier temps, je relate les principaux facteurs qui font en sorte que les infirmières assouplissent ou rigidifient leur négociation de la pratique de soin.

Les quatre facteurs proposés sont l'essai-erreur, les limites de l'adaptation, le redressement de l'ordre d'interaction et l'expérience professionnelle comme vecteur de passage. Je présente également un contre-exemple qui permet d'expliquer comment certaines infirmières ont des capacités limitées en terme de négociations de la pratique de soin lors des suivis postnatals à domicile.

L'essai-erreur

Au cours des échanges qui ont suivi ma présentation du 17 novembre 2016, un jeune préposé aux bénéficiaires y est allé de son anecdote concernant l'usage de la coercition, un usage disait-il, « de dernier ressort ». Pendant son intervention, l'auditoire opinait de la tête en signe d'approbation. « Même le meilleur des préposés peut en venir à la coercition ». Patricia a renchéri. Les transitions entre les différentes formes de négociation relèvent principalement de l'essai-erreur lors des interactions entre infirmières et usagères. « On essaie quelque chose et si ça ne convient pas, on modifie notre approche. On essaie autre chose » dit-elle.

Comment ai-je pu manquer ça? Je n'avais pas, jusque-là, et ce malgré les réflexions que j'avais eues sur le savoir-être et la personnalisation des soins, compris ou même remarqué qu'au sein d'un même suivi postnatal, une infirmière « essayait » plusieurs manières de négocier avec l'usagère. J'ai subtilement gribouillé des notes (que j'ai triplement encadré et suivis de plusieurs astérisques). Je devais retourner aux notes de terrain pour trouver des traces de ce passage par essai-erreur. J'ajouterai que pour éviter de perdre la face aux suites de cette première intervention du public, j'ai tout bonnement émis des « oui, tout à fait », et des « exactement », comme si j'avais, au cours de mes observations, personnellement noté cette forme de transition.

Je retourne aux calepins d'observations et remarque qu'en effet, au cours d'un suivi, il est possible, voire fréquent, qu'une infirmière modifie son approche. C'est d'ailleurs le cas

d'Anne qui, au cours d'une interaction, propose une pratique de soin de plus en plus rigide jusqu'au point où elle contraint l'usagère à observer une pratique d'allaitement exclusif.

Lors d'un suivi postnatal, Anne, l'infirmière, demande à la mère si elle compte allaiter son nouveau-né. La mère répond qu'elle désire faire un allaitement mixte. L'infirmière lui sourit et lui mentionne que personnellement, elle avait trouvé plus facile de faire l'allaitement exclusif qu'un combiné seins/biberons, qu'elle avait eu l'impression de ne retirer que les mauvais côtés des deux pratiques : beaucoup de vaisselles à faire notamment la stérilisation des biberons et du tire-lait; de longues heures passées à allaiter et à tirer son lait; le coût élevé des formules lactées; et une production de lait plutôt faible. La mère n'apparaît pas particulièrement touchée par la confession de son infirmière. Cette façon de se mettre en scène et de se référer à ses propres expériences se rapporte à ce que je théorise comme de la négociation par compromis identificatoire (Paillet, 2009). Anne ajoute qu'il faut prendre des précautions afin « d'éviter la confusion sein-tétine »¹³⁴ et elle entreprend une explication détaillée du phénomène. Elle termine en lui disant que c'est à elle, la mère, de décider. Cette façon de faire illustre la négociation par détachement où les informations scientifiques sont divulguées de façon à responsabiliser les parents. La nouvelle mère a écouté les explications de l'infirmière avec intérêt. Plusieurs autres sujets ont été abordés et lorsqu'est venu le temps de quitter, l'infirmière a dit à la mère que si elle comptait faire l'allaitement mixte, elle allait devoir se rendre au CLSC de Saint-Laurent, à la clinique du nouveau-né pour faire un suivi de poids. Ce que j'ai longtemps perçu comme l'application d'une simple procédure m'apparaît aujourd'hui comme une escalade des moyens pour parvenir à ses fins. Anne a utilisé la méthode douce pour dire que l'allaitement mixte n'était pas optimal. Elle a présenté les difficultés inhérentes à l'allaitement mixte telles qu'elle les a vécues personnellement. Elle lui

¹³⁴ « Depuis plusieurs années, les nouvelles mères sont mises en garde contre l'usage de biberons et de tétines d'amusement. Un bébé est souvent décrit comme “ confus ” s'il se met à refuser le sein après avoir tété une tétine artificielle alors que tout allait bien jusque-là. La raison donnée pour expliquer ce phénomène est que la technique pour téter au biberon est différente de celle requise pour téter au sein » (Ligue la leche, 2009 :1) (Consulté en ligne le 08 mars 2016. Adresse URL : <http://allaitement.ca/wp-content/uploads/Confusion-sein-ttine.pdf>)

a ensuite parlé des risques liés à cette forme d'allaitement et, finalement lui a montré le désaccord institutionnel avec l'allaitement mixte puisque les bébés qui prennent à la fois le sein et les formules lactées doivent se rendre au CLSC pour un suivi de poids supplémentaire. Ce suivi d'extra est une forme de coercition. Bien sûr il est présenté comme un outil de prévention, mais c'est tout de même une façon de démontrer que l'institution désapprouve l'allaitement mixte au profit de l'allaitement exclusif. Anne a alors utilisé cette dernière carte pour tenter de convaincre la jeune mère de faire l'allaitement exclusif pour les premiers mois de vie du bébé.

L'exemple d'Anne montre que les infirmières modifient leur manière de négocier au fil de l'interaction et surtout, qu'elles ne désirent pas se faire coercitives d'entrée de jeu. Elles préfèrent d'autres approches, plus douces, et se rigidifient seulement lorsque « ça ne convient pas », pour reprendre les termes de Patricia. Que signifie « ne convient pas »? Le terme « convenir » fait référence à deux situations, soit l'incompatibilité entre l'infirmière et l'usagère dans la manière d'interagir et de négocier (Strauss, 1992), soit la résistance de l'usagère.

Dans un premier temps, les infirmières sont amenées à modifier leur façon de négocier puisque la forme qu'elles emploient ne correspond pas aux attentes et aux besoins des usagères. Jocelyne donnait l'exemple des mères qui désirent savoir exactement quoi faire avec leur enfant (comment le nourrir, combien d'heures dormir, etc.) parce que c'est ce qu'elles trouvent rassurant (voir chapitre 7). Avec les mères qui préfèrent être dirigées, des approches plus ouvertes de « laissez vivre » peuvent ne pas convenir aux attentes des parents. Chez celles qui valorisent les informations scientifiques, une infirmière qui se réfère constamment à ses propres expériences de maternité peut également ne pas convenir. Je crois que c'est dans cette optique que Patricia justifiait le passage d'une forme de négociation à une autre, dans le but de maximiser les échanges entre elle et l'usagère (Strauss, 1992).

Dans un deuxième temps, les mots de Patricia, « si ça ne convient pas, on modifie notre approche » peuvent référer à la résistance d'une usagère à agir conformément aux normes de la santé publique, et surtout, aux besoins de l'infirmière de modifier la pratique de l'usagère. Ainsi, comme Anne dans l'exemple précédent, les infirmières essaient, de plusieurs

manières successives, de convaincre les usagères à adopter un comportement ou une façon de faire. C'est dans cette optique que la coercition devient le dernier ressort.

Les limites de l'adaptation

Comme mentionnés au chapitre 6 alors que je décrivais la négociation par compromis, certains éléments tels que les règles d'hygiène et d'asepsie (Le Gall et Xenocostas, 2011) et la sécurité de la mère et de l'enfant s'érigent parfois comme limite à la négociation. Certaines infirmières font preuve de beaucoup de souplesse dans leur pratique de soin, mais certains éléments sont tout simplement non négociables. Si pour l'une c'est la question du « cododo », pour une autre, c'est le contour de lit ou l'allaitement. Pour plusieurs d'entre elles, la limite, c'est la vaccination.

C'est d'ailleurs le cas de Micheline qui incarnait « l'infirmière accommodante » par excellence, jusqu'au jour où la rencontre avec un couple africain a fait apparaître sa limite à l'adaptation. Si les observations des suivis avec Micheline ont grandement alimenté mes réflexions pour la construction du modèle de négociation par coopération, le dernier suivi que j'ai fait avec elle a été fort utile pour construire le modèle de négociation par coercition.

On rencontre une famille d'origine africaine. Le père termine son doctorat en démographie et la mère était professeure de primaire au pays d'origine. Elle est venue rejoindre son époux il y a trois ans et depuis, elle a eu trois grossesses, dont deux sont arrivées à terme. Le suivi se déroule comme ils ont l'habitude de se dérouler avec Micheline. Elle est assise par terre et elle joue un peu avec l'aînée à peine âgée d'un an et demi, tout en donnant des informations à la mère concernant le développement du poupon et l'importance de ne pas négliger la plus grande, notamment. Au fil de la conversation, la dynamique familiale devient plus claire. Le père, à la fois pourvoyeur et étudiant, est rarement à la maison. Micheline propose le service d'auxiliaires et de bénévoles pour donner un coup de main à la mère et lui permettre de se reposer. La mère refuse en disant qu'elle n'est pas fatiguée, qu'elle dort en même temps que ses enfants, pendant la sieste. On en comprend que la mère dort avec ses enfants. Micheline confirme en jetant un œil à la chambre familiale, où un seul matelas est posé à même le sol, sur lequel se trouve un ramassis de couvertures. L'infirmière explique que

plusieurs familles africaines dorment toutes dans le même lit, mais qu'il faut savoir prendre des précautions. Plusieurs dangers sont liés à cette pratique telle qu'écraser son bébé en dormant ou l'étouffer avec une couverture. Le ton utilisé n'est pas celui du reproche. Il est informatif et explicatif. On passe ensuite à autre chose.

À la fin du suivi, Micheline remet les documents annonçant les prochains rendez-vous du nouveau-né pour la vaccination. Le père demande quelques informations concernant les différents vaccins et Micheline répond à ses questions tout en le référant au document où les procédures sont décrites et les vaccins sont expliqués. Il tourne les pages rapidement et informe Micheline qu'il a récemment entendu que les vaccins pouvaient causer l'autisme. Il aimerait savoir ce qu'elle en pense. Elle lui répond, plus abruptement qu'à son habitude, qu'ici au Québec, on fait vacciner nos enfants et que s'il décide de ne pas les faire vacciner, il devra vivre avec les conséquences de ses actes. Les yeux de la mère s'écarquillent et le père rectifie le tir : son aînée est vaccinée et il compte bien faire vacciner son nouveau-né, toutefois les études qu'il a récemment lues l'inquiètent. Il veut le mieux pour son enfant et... « Le mieux pour votre enfant, c'est de le faire vacciner », lui dit Micheline en remballant son matériel. Le père insiste. Oui d'accord, mais les résultats récemment publiés et maintes fois repris dans les médias font peur. Micheline est imperturbable, elle ne m'apparaît plus très ouverte ni particulièrement souriante et sympathique. La vaccination est la seule option.

De mon point de vue, le père avait simplement besoin de se faire dire que oui, il est vrai que certaines études relèvent des problèmes avec la vaccination infantile, mais que beaucoup plus importantes sont celles qui démontrent les bienfaits de cette pratique. C'est sur ces dernières que s'appuient les campagnes de vaccination à grande échelle dans plusieurs pays, dont le Canada. Le père est un homme éduqué et le renvoyer à quelques études l'aurait sans doute apaisé. Peut-être même n'avait-il pas besoin d'être référé à une littérature scientifique, sa question de base après tout, était « qu'en pensez-vous? ». Habituellement, Micheline ressent les besoins de ses usagères (et leur famille) et elle sait comment y répondre. En effet, de l'extérieur, Micheline semble généralement posséder un sixième sens. Je l'ai vue presser de sa main un sein gorgé de lait pour bien montrer à la mère comment s'y prendre pour exprimer son lait. À d'autres moments, elle a plutôt utilisé son propre sein à titre de

démonstration, ou encore, un sein en synthétique qu'elle traîne dans son sac. Dans les trois cas, la démonstration de « prendre son sein en sandwich et faire des pulsions régulières » cadrerait avec les besoins spécifiques des mères et était adaptée à leurs attentes. Aucune d'entre elles n'a sourcillé, ni demandé d'indications supplémentaires. Tout laissait croire qu'elles étaient satisfaites des explications perfectionnant leurs techniques d'allaitement.

Si exprimer son lait nécessite une adaptation dans sa démonstration et que le « cododo » oblige à quelques mises en garde, la vaccination n'est pas, aux yeux de Micheline, une pratique négociable. La vaccination s'impose comme la limite à la souplesse de ses interventions. Pour une raison ou une autre, la vaccination, est pour Micheline, un élément intouchable de sa pratique de soin. Afin d'exécuter son mandat infirmier, elle juge impératif de perpétuer les bienfaits de la vaccination. Ce faisant, elle entérine les valeurs d'intervention comme de véritables valeurs personnelles (Faulkner, 2013). En s'informant sur la causalité entre la vaccination et l'autisme, le père semblait remettre en question les valeurs de préventions à la base de la santé publique, ce qui représentait une confrontation au discours de Micheline (Fainzang, 2013).

Presque toutes les infirmières rencontrées m'ont fait part d'éléments de leur pratique qui sont non négociables. Pour certaines, ce sont des pratiques de soins (allaitement, vaccination, etc.), pour d'autres ce sont des situations ou des rapports (égalité homme-femme). Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer pourquoi elles focalisent, parfois de façon excessive, sur un ou plusieurs éléments précis. Tel qu'avancé au chapitre 6, l'origine ethnique de l'infirmière peut influencer les éléments perçus comme dangereux, donc inacceptables. Les expériences vécues par les infirmières au cours de leurs pratiques peuvent également influencer le caractère non négociable de certains éléments. Une mauvaise expérience, telle que des complications médicales, a tôt fait d'influencer les limites de la négociation. Lorsque Roseline m'a expliqué, au début de mon terrain, qu'un nouveau-né avait subi une amputation aux orteils suite à des complications à l'allaitement, elle affirmait être, depuis, plus assidue ou pour reprendre ses mots « un peu intense » sur l'allaitement lors de ses suivis. L'expérience des infirmières en terme d'années de service ou de lieux de travail peut également influencer ce qu'elles définissent comme étant une pratique négociable. Les infirmières avec beaucoup

d'ancienneté comme Lucie, ont vu les pratiques de soins évoluer au cours de leurs années de service. Certaines d'entre elles reconnaissent que les savoirs biomédicaux ne sont pas univoques mais culturellement construits. Elles négocient donc avec beaucoup de souplesse ce qui a pour effet de réduire le nombre d'éléments non négociables.

Le redressement de l'ordre d'interaction

Les infirmières rencontrées modifient leur façon de faire, de pratiquer, de négocier, selon la personne qui se retrouve devant elles. Précédemment, j'ai abordé, en présentant l'essai-erreur, ce qui « ne convient pas », ce qui ne répond pas aux attentes et ne comble pas les besoins de certaines usagères comme facteur du passage d'une manière de négocier à une autre. Ici, il est plutôt question de ce que j'appelle « le redressement » de l'ordre d'interaction (Goffman, 1973). Il est question de ces moments où les infirmières modifient leur façon de négocier afin de souligner l'importance du suivi postnatal à domicile et de leur position d'infirmière dans l'interaction.

Cette façon de faire est principalement observable dans les cas où les usagères ne remettent pas en question une seule pratique de soin, mais plutôt l'apport de l'infirmière dans son ensemble en contexte postnatal. Les usagères affichent soit une nonchalance, voire une indifférence ou une fermeture complète face à la présence de l'infirmière et à ses enseignements. Dans les deux cas, les infirmières ont recours à des approches plus rigides et plus directives qui visent à démontrer ou à rappeler à l'usagère l'importance que revêtait leur présence dans l'expérience postnatale. L'exemple de Jocelyne rend compte de cette situation qui mène souvent à un passage rapide des formes de négociations souples aux plus rigides.

Lorsqu'il est question de périnatalité, Jocelyne en connaît un rayon sur les croyances, les pratiques et les rites des usagères du territoire : la conservation des nombrils séchés, les dragées bleues ou roses données aux proches du poupon, le rasage des cheveux et le don subséquent, la circoncision, les bouillies qui stimulent l'allaitement, elle les connaît tous. Elle respecte les croyances et les savoirs traditionnels des usagères, même qu'il lui arrive de transmettre à d'autres familles des informations qu'elle a tirées de son expérience auprès des groupes minoritaires. Jocelyne soutient de plus que le *Mieux vivre avec notre enfant* est une

balise pour aider les parents à se situer dans le soin. Elle ne prône pas une observance stricte des normes de la santé publique. Ce qui lui importe, c'est la bienveillance des parents. Qu'en raison de leurs conditions de vie, de leurs pratiques, de leurs croyances ou encore de leur inexpérience en tant que parents, ils dérogent aux prescriptions de la santé publique a peu d'importance pour elle :

Quand ils mettent la couche à l'endroit ou à l'envers, je m'en fous un peu. Comprenez-vous? Regarde, le petit va s'habituer : qu'elle le fasse roter à droite ou à gauche ou qu'elle soit malhabile, ce n'est pas grave. On peut l'accompagner là-dedans pour que ça soit plus facile pour elle, mais, par contre, qu'elle ait le cœur à la bonne place et qu'elle le reçoive, ça va faire un enfant qui a une plus belle estime de lui, et, tôt dans la vie... Ça part de là... (Jocelyne, infirmière)

Jocelyne, d'habitude très conciliante, devient plus rigide dans son enseignement, dans sa pratique et dans ses interactions avec les usagères lorsqu'elle se retrouve face à quelqu'un qui montre un désintérêt flagrant ou une complète fermeture face à ses enseignements, informations, conseils et astuces. Convaincue que les compétences parentales ne sont pas innées, mais acquises, elle réagit fortement lorsqu'un parent refuse de l'entendre. Elle ne demande pas à ce que les parents se conforment à tout ce qu'elle leur dit, au contraire, elle accepte que chaque famille soit porteuse de traditions, mais elle demande néanmoins à ce que son expertise soit considérée. L'utilisation d'une forme de négociation plus directive que celle(s) avec laquelle/lesquelles elle négocie généralement est proportionnelle à la réceptivité de la personne avec qui elle est en interaction.

La non-reconnaissance de l'infirmière en tant que professionnelle utile et salutaire dans l'expérience postnatale des familles invalide le rôle des infirmières et brise (ou empêche de se créer) l'interaction. Les infirmières et les usagères ne partagent pas un sens commun essentiel à l'ordre d'interaction (Goffman, 1973). Ne se sentant ni indispensables ni valorisées, les infirmières tentent de démontrer que leur présence à domicile est légitime et justifiable. Pour ce faire, elles passent des registres plus personnels et plastiques à ceux qui se basent entièrement sur les normes et valeurs de la santé publique et font ressortir leur professionnalisme et leur apport scientifique. C'est leur façon de « redresser l'ordre de

l'interaction ». Elles tentent de réifier leur statut de professionnelle afin d'être considérées par l'usagère et d'ainsi poursuivre leurs objectifs (Bonicco, 2007).

L'expérience professionnelle comme vecteur de transition

La plupart des passages d'une forme de négociation à une autre se font au sein d'une même rencontre ou d'une même conversation. Les entretiens individuels avec les infirmières ont permis de mettre en lumière des passages qui s'effectuent lentement et sur le long terme, à savoir au cours d'une carrière. Au fil des ans, les infirmières modifient leurs approches face à la pratique de soins. Ne sachant pas ce qui les attendait sur le terrain, certaines infirmières ont une vision de ce que devait être une infirmière, vision qui peut s'avérer inadaptée ou irréalisable. Les passages qui s'effectuent sur le long terme mènent souvent, mais pas uniquement, à des pratiques que j'identifie comme étant du détachement.

Débutons l'explication par la citation de Brigitte en exergue du chapitre 7 : « Maintenant je vais te le dire, en vieillissant tu apprends à garder tes énergies pour ce qui est important ». « Ce qui est important » peut à la fois faire référence aux quelques éléments non négociables (limite de l'adaptation) ou encore à la préservation d'une certaine qualité de vie professionnelle. Dans les deux cas, garder ses énergies pour ce qui est important mène au détachement.

Dans le premier cas de figure, nous retrouvons les infirmières qui croyaient qu'informer les familles des méfaits et des dangers de certaines pratiques serait suffisant pour convaincre les familles de modifier lesdites pratiques. Des infirmières ont compris que certaines familles n'allaient pas transformer l'ensemble de leurs pratiques, notamment celles que Brigitte identifiait comme des choix « non éclairés » tels que la circoncision chez les juifs (chapitre 7), mais qu'il était possible d'influencer certaines autres pratiques, notamment dans une optique de réduction des méfaits (chapitre 8). Les infirmières adoptent une approche plus détachée par rapport à certaines pratiques, aux profits d'autres, jugées plus importantes, tels que la vaccination par exemple. Ainsi, l'énergie des infirmières sera dirigée vers certaines pratiques au détriment d'autres moins facilement altérables. Nadège se prononce : « au début de ma carrière, j'étais comme à faire beaucoup d'enseignement et [de l'] enseignement sur

tout. [...] Avec l'expérience, j'ai appris qu'il faut respecter l'autre dans ses valeurs et dans ses croyances ». Désormais, après plusieurs années d'expérience, Nadège accepte qu'elle « [fasse] de l'enseignement, mais l'autre fait ce qu'il veut avec ».

Le deuxième cas de figure vise à garder ses énergies afin de préserver une certaine qualité de vie professionnelle. En entretien, Camille avoue que les premières années de sa carrière, elle se faisait davantage contraignante dans sa pratique parce qu'elle croyait qu'il était de son devoir de pousser les gens vers la bonne observance des recommandations de santé publique. Elle utilisait, comme bien d'autres, l'énumération exponentielle des conséquences et de leurs impacts sur la vie de famille : « Si vous ne mettez pas bébé au sein assez souvent, il ne boira pas assez, il va perdre du poids, vous devrez aller à l'hôpital et qui va s'occuper des autres enfants? ». Elle ajoutait même, à l'intention du mari : « Vous allez aller à l'hôpital avec votre femme et vous devrez manger de la pizza. Elle ne [pourra] pas vous faire à manger ». Ces menaces sont une stratégie de choix pour les infirmières qui ont une approche que j'associe à la coercition (chapitre 9). Aujourd'hui, si elle définit encore les « bons parents » comme ceux qui observent à la lettre les recommandations de la santé publique, elle ne se culpabilise plus des choix faits par les parents. Elle s'est épuisée à force de tirer sur les usagères. « Tirer » sur les usagères est un terme qui revient régulièrement chez les professionnelles de la santé rencontrées lorsqu'elles tentent d'expliquer la lourdeur associée à la tâche de convaincre une usagère à procéder d'une façon plutôt qu'une autre. La charge émotionnelle est grande et le sentiment d'échec, après chaque refus de conformité est lourd à porter. Au fil des ans, Camille a compris que si elle veut poursuivre une longue et heureuse carrière en soin infirmier, elle doit se détacher des choix des usagères et maintenir une bonne distance avec ces dernières (Castra, 2004).

Les années d'expérience permettent également un passage, lent et progressif, aux négociations que j'ai identifiées comme étant des adaptations typifiées. Seule une connaissance approfondie des groupes ethniques, culturels et religieux du territoire rend possible cette forme de négociation. Les infirmières avouent avoir appris « sur le tas » ou à l'aide de collègues, les différents rites et pratiques des usagères : ce ne sont pas des connaissances qu'elles ont acquises à l'école (Le Gall, *et al.*, 2012). Quelques années à côtoyer les usagères sont

essentielles afin de proposer d'entrée de jeu une pratique qui sied (réellement ou présumément) à la mère rencontrée.

Le contre-exemple : les capacités de négociations

L'expérience des infirmières joue un rôle central dans leur capacité à négocier avec leurs usagères. Les nouvelles infirmières peuvent être limitées en matière de négociation puisqu'elles ne possèdent pas forcément tous les éléments nécessaires à la diversification des approches. Cette dernière section se veut un contre-exemple qui explique, non pas les facteurs de passage d'une forme de négociation à une autre, mais plutôt les limitations de certaines nouvelles infirmières en matière de négociation. Négocier exige des compétences et des connaissances qui s'acquièrent sur le long terme.

Pendant mon étude, j'ai rencontré une stagiaire en soin infirmier, Stella et une jeune infirmière récemment embauchée, Jacinthe. Dans leur pratique, elles se ressemblent. Lors de leurs visites, elles se présentent humblement en commençant par annoncer le déroulement prévu de la rencontre. Elles demandent aux parents s'ils ont des questions avec lesquelles ils aimeraient commencer le suivi. S'ils ont des questions, elles y répondent calmement et précisément, avant d'entamer le suivi tel qu'elles l'ont annoncé. Elles sont précises et méthodiques, sans trop de digression par rapport à leur aide-mémoire. Elles donnent tout deux leurs recommandations en suivant leurs notes et en se référant au *Mieux vivre avec notre enfant*. Lors d'un suivi, un père demande à Jacinthe si elle a des enfants. Avec discrétion et courtoisie, elle lui répond brièvement, par la négative. En entretien, elle mentionnera que son inexpérience maternelle est un handicap. « Les mamans vont toujours avoir un avantage sur l'infirmière sans enfant. Tu peux puiser dans ton expérience, amenée des petits trucs, conseils et tout. [Mais] surtout pour l'allaitement. C'est difficile pour quelqu'un qui n'a pas allaité de dire comment allaiter ». Elle affirme également qu'elle tient à son image de professionnelle de la santé et qu'elle met ses compétences médicales de l'avant afin de mettre les usagères en confiance. Son jeune âge, croit-elle, l'oblige à projeter une image sérieuse et professionnelle. Ainsi, au cours de ses rencontres, elle ne fait jamais de blagues, ni de références personnelles.

Jacinthe, tout comme Stella, ne peut pas se baser sur des expériences de maternité, ni sur des expériences d'immigration d'ailleurs. Stella, qui vient de la banlieue, avoue qu'elle a très peu de connaissance quant aux pratiques et cultures de certains groupes minoritaires présents sur le territoire. Lors des suivis, elle pose beaucoup de questions afin d'accélérer la création d'une banque de connaissances sur le sujet. Elle avoue également s'être mis le pied dans la bouche une fois ou deux, ne sachant pas la signification et l'implication du ramadan, par exemple. Les deux infirmières se réfèrent donc uniquement à la santé publique et mobilisent les conseils, informations et recommandations qu'elles ont appris à l'école ou au cours de leur formation. Malgré leur rapport aux normes de santé publique, leur pratique ne s'apparente pas à ce que j'identifie comme de la négociation par coercition. Elles n'utilisent pas l'ordre, la menace ou la contrainte envers les usagères puisqu'elles ne se sentent pas (encore?) légitimes d'agir de la sorte.

L'utilisation de certaines approches, notamment les plus souples qui font référence aux expériences vécues et aux connaissances acquises sur le long terme, ne sont pas accessibles aux nouvelles infirmières. Elles se retrouvent donc à subir des approches que j'associe davantage à la négociation par coopération et la négociation par détachement, qui mettent au centre de leur pratique, les connaissances, règlements et valeurs de la santé publique.

Dans ce chapitre j'ai expliqué les différents facteurs qui incitent les infirmières à modifier leur façon de négocier en situation. J'ai relevé quatre facteurs qui expliquent les passages d'une forme de négociation à une autre, à savoir l'essai-erreur, les limites de l'adaptation, le redressement de l'ordre d'interaction et l'expérience professionnelle, en plus de décrire une limite à ces passages qui est le propre aux jeunes inexpérimentées.

Chapitre XI – Réaliser le mandat infirmier : définir la situation

L'approche ethnographique a permis d'identifier qu'en fonction des situations, les infirmières développent un rapport différent à la santé publique. Ces rapports à la santé publique sont devenus le socle de la modélisation théorique des différentes formes de négociation. Les observations sur le long terme et les entretiens ethnographiques m'ont permis de déceler des passages d'une forme de négociation à l'autre et d'expliquer les principaux facteurs de ces passages. Dans ce dernier chapitre, je montre que les formes de négociation et les passages sont le résultat de la définition que font les infirmières des situations auxquelles elles font face (Thomas, 1967 [1923]). La définition de la situation permet à l'infirmière de concrétiser son mandat infirmier et les cinq formes de négociations présentées révèlent cette concrétisation. Je conclus ce chapitre avec un bref retour à la sociologie des professions où je reviens sur la notion de culture professionnelle infirmière à la lumière des résultats de mon enquête et je propose une réflexion sur les notions de segments professionnels de Bucher et Strauss (1961, dans Strauss, 1992) d'écologie professionnelle (Abbott, 1988; 2003) et de mondes sociaux (Becker, 1988; Strauss, 1992).

Définition de la situation

En début de thèse, j'ai proposé une définition de la négociation qui avait pour objectif de sensibiliser le lecteur aux interactions entre infirmières et usagères qui visaient à la réalisation du mandat infirmier. À titre de rappel, la définition préliminaire de la négociation était la suivante :

Une négociation est l'ensemble des actions réciproques entre une infirmière et une usagère qui mènent à un positionnement de l'infirmière par rapport aux normes de la santé publique dans l'optique de créer une relation avec son usagère qui lui permette de réaliser son mandat d'infirmière.

Cette définition de la négociation invoquait les trois éléments relevés comme intrinsèques à la négociation à savoir le rôle (réaliser le mandat infirmier), la règle (rapport aux normes de la santé publique) et le jeu de pouvoir (relation entre infirmière et usagère) (Strauss, 1992). Si, d'un point de vue institutionnel, les négociations servent à arrimer les services de santé à la diversité de la population desservie dans le but d'assurer un service de soins efficace et

d'éviter les inégalités face aux soins (Fortin et Le Gall, 2007), les infirmières, dans leur pratique quotidienne, négocient afin de créer et maintenir une relation avec leurs usagères qui leur permet de réaliser leur mandat infirmier dans les meilleures conditions.

Le mandat renvoie à la mission, c'est-à-dire aux besoins auxquels répond une profession donnée (Osty, 2012). Le concept de mandat/mission (*mandate*) va de pair avec celui de licence (*licence*) (Hughes, 1958, dans Dubar *et al.*, 2011).

Selon Hughes, tout emploi (*occupation*) entraîne une revendication, de la part de chacun, d'être autorisé (*licence*) à exercer certaines activités que d'autres ne pourront pas exercer, à s'assurer d'une certaine sécurité d'emploi en limitant la concurrence; une fois cette autorisation acquise, chacun cherche à revendiquer une mission (*mandate*), de manière à "fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard des domaines (*matters*) concernés par son travail" (Dubar *et al.*, 2011 : 112).

Le mandat est le produit des obligations qu'ont les infirmières et c'est également ce qui leur donne une reconnaissance professionnelle. Rappelons que, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le mandat infirmier est :

[...] de rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie (OIIQ, 2010 : 11).

Comment l'infirmière parvient-elle, concrètement, à « rendre une personne apte à prendre sa santé en charge », « à assurer son bien-être » et « avoir une bonne qualité de vie »? Ce sont les définitions de la situation qui se matérialisent par les négociations, tant leurs formes que les passages d'une forme à l'autre, qui révèlent comment, concrètement, les infirmières réussissent à réaliser leur mandat.

Les infirmières négocient pour réaliser leur mandat. Avant de poser un geste, avant d'entreprendre une négociation ou modifier leur façon de négocier, elles définissent la situation. Elles évaluent la situation à laquelle elles font face et toutes les actions subséquentes sont la conséquence de cette réflexion (Hughes dans Dubar *et al.*, 2011). L'examen de la situation permet aux infirmières d'orienter leurs actions. Outre leurs actions concrètes et

immédiates, la somme des définitions de la situation, au fil du temps, guide leurs actions professionnelles quotidiennes (1967 [1923]). À titre d'illustration, faisons un bref retour sur la négociation par adaptation typifiée. Cette forme de négociation explique le comportement des infirmières qui, dès leur arrivée au domicile d'une usagère, classifient leurs interlocutrices selon des traits physiques (couleur de la peau) et autres caractéristiques (habillement, signe religieux). À l'appui de ces éléments, elles définissent la situation et orientent leurs actions et négociations : elles adaptent d'emblée leurs recommandations aux besoins (réels ou supposés) de leurs usagères. Elles se basent sur la somme des définitions de la situation acquises au cours de leur carrière. Un autre exemple de la somme des définitions de la situation est le passage d'une forme de négociation à une autre qui mène parfois au détachement des infirmières face aux choix de leurs usagères. L'expérience qu'elles ont accumulée au cours des années de travail a permis aux infirmières, lorsqu'en interaction avec une usagère qui ne se conforme pas aux normes de la santé publique, de définir la situation de manière à s'en détacher et donc à se préserver.

La définition de la situation d'un individu est également influencée par son entourage et par la définition que les membres font d'une même situation (Thomas, 1967 [1923]). Lorsqu'une jeune infirmière joint les rangs d'un établissement de santé, elle est confrontée à des situations qui ont déjà été vécues par des collègues plus expérimentées. De ce fait, les situations ont déjà été définies. Bien que la nouvelle infirmière crée, dès ces premiers suivis à domicile, un bagage de définitions de la situation, elle est tout de même influencée par les définitions de la situation faites et transmises par ses collègues. Les stéréotypes véhiculés et utilisés dans la négociation par adaptation typifiée sont le fruit de définitions antérieures, appartenant ou non, directement à l'infirmière.

La définition de la situation (ou la somme des définitions de la situation) permet aux infirmières d'orienter leurs actions, leurs négociations, afin de réaliser leur mandat infirmier. Les formes de négociations présentées précédemment révèlent la manière dont elles conçoivent et réalisent concrètement leurs mandats. Les facteurs de passage, pour leur part, ont rendu visible aux yeux de l'observatrice l'actualisation continue de la définition de la situation et ses actions subséquentes. C'est en passant de l'enseignement à l'accompagnement,

de la traduction à la surveillance notamment, que l'infirmière réussit à réaliser son mandat infirmier.

La négociation par coopération : jouer l'infirmière-type

Dans la négociation par coopération, les infirmières mobilisent sporadiquement, à des moments précis, les normes de la santé publique afin de légitimer leurs actions et leurs intentions auprès de leurs usagères. Cette forme de négociation illustre un rapport utilitariste aux normes de la santé publique alors qu'elles ne les mobilisent qu'en situation qu'elles jugent critique, à savoir lorsque leur autorité est remise en question. Elles ne mobilisent pas toujours les règlements, les recommandations ou les principes d'organisations officiels de la santé publique. Il leur arrive parfois de faire appel à des règlements officieux qui cadrent avec l'idée que se font les usagères de la profession et du statut d'infirmière (le port des souliers d'intérieur était l'exemple exposé pour illustrer ce propos). Elles accordent une attention toute particulière à leur image de professionnelle et la renforcent en apportant avec elles des éléments du décor associé au soin (pèse-personne, feuillets informatifs, etc.). L'image qu'elles projettent est en parfaite adéquation avec ce qui est attendu d'une infirmière. Jamais elles ne projettent un signe qui trahirait l'idée de leur conformité à leur rôle professionnel au risque de voir s'écrouler l'image de la professionnelle projetée (Goffman, 1973). Lorsque leur autorité n'est pas contestée par les usagères et que ces dernières ne remettent pas en questions leurs pratiques, les infirmières ne ressentent pas le besoin de recourir au répertoire de normes de la santé publique. Elles n'y font alors aucune référence.

Au vu de ces éléments caractéristiques de la négociation par coopération, j'avance que, principalement en début de visite postnatale, les infirmières réalisent leur mandat infirmier en représentant fidèlement ce qui est attendu d'une infirmière. En offrant l'image attendue de l'infirmière, en performant ce rôle à la perfection (tel qu'on s'attend à ce qu'elle le joue), elles apportent la sécurité à leur usagère et justifient tant leur présence au sein des domiciles que l'utilité de la santé publique. En représentant l'infirmière-type, elles légitiment les informations qu'elles transmettent et les soins qu'elles dispensent.

La négociation par compromis : accompagner l'usagère dans son expérience de la maternité

Dans le cas de la négociation par compromis, identificatoire comme projectif, les infirmières mobilisent les normes de la santé publique à titre de balises sur lesquelles elles alignent leur pratique. Elles ont un rapport continu aux normes et aux recommandations de la santé publique. Dans leur mise en pratique, elles peuvent s'éloigner un peu de la prescription officielle pour laisser place à des éléments extérieurs à la santé publique. Dans le cas de la négociation par compromis identificatoire, les recommandations optimales sont nuancées par des savoirs situés, issue de l'expérience personnelle des infirmières, que ce soit la maternité, l'appartenance religieuse ou l'expérience migratoire (Lochard et Simonet, 2009). Dans le cas de la négociation par compromis projectif, ce sont l'expérience professionnelle et les contacts récurrents avec la population soignée qui permet l'acquisition et l'accumulation de savoir expérientiel provenant à la fois des usagères ou des collègues (Le Gall, *et al.*, 2012). Les infirmières utilisent cette expérience personnelle afin de comprendre leurs usagères et les conditions de vie, les croyances et les pratiques qui sont les leurs.

Ce désir de compréhension et de suivi rigoureux à travers les expériences quotidiennes des usagères dévoile que les infirmières concrétisent leur mandat sous forme d'accompagnement. Jocelyne s'adresse à ses usagères et leur explique que ce sont elles, les mères, qui sont en contrôle des objectifs et de la forme que prennent les suivis postnatals. L'infirmière concrétise son mandat en accompagnant l'usagère :

Vois-tu? Toi, tu es ma locomotive. OK? Nous, on est dans les wagons et on embarque avec toi. OK? C'est toi qui décides ce que tu veux faire. Est-ce que tu veux aller aux études dans six mois? C'est toi qui tires ça, et nous autres, on va t'aider. Quand on fait un plan d'intervention, on s'arrête à la gare et on débarque (Jocelyne, infirmière).

Dans le cas de la négociation par compromis, la culture professionnelle infirmière, inclue aux valeurs, aux savoirs et aux savoir-faire professionnels d'autres formes de savoirs qui émergent des expériences personnelles concrètes telles que la maternité et le parcours migratoire ou des expériences vécues au travail. La prise en compte de valeurs, savoirs et

savoir-faire extérieurs à ceux de la santé publique permet à l'infirmière d'accompagner l'usagère dans la prise en charge de la santé et du bien-être de sa famille.

La négociation par détachement : enseigner

Dans la négociation par détachement le rapport à la santé publique, tant aux normes qu'aux valeurs, est constant. Dans cette forme de négociation, les infirmières se rapportent aux savoirs véhiculés par la santé publique en tant que savoirs scientifiques et modernes. La santé publique prend une forme paternaliste et moralisatrice alors que l'observance (et la non-observance) des recommandations distingue les bons des mauvais parents. Les infirmières partagent avec l'usagère, la totalité des informations scientifiques nécessaires aux soins postnatals. Elles s'efforcent également de vulgariser les recommandations ou de donner des exemples afin de convaincre les parents de l'importance d'intégrer les recommandations de la santé publique à leur quotidien.

En tenant compte de ces constats, la négociation par détachement révèle que les infirmières concrétisent leur mandat infirmier sous forme d'enseignement. Les informations et les instructions qu'elles dispensent à leurs usagères avec pédagogie (vulgarisation, exemples, etc.) rendent les mères aptes à prendre en charge le bien-être et la santé de leur famille. Par le biais d'enseignement, les infirmières inculquent aux usagères les pratiques considérées comme optimales, sans pour autant les contraindre. Elles reconnaissent l'autorité des parents quant à leur responsabilité à l'égard de leur enfant.

La négociation par adaptation typifiée : interpréter les normes de la santé publique

Tout comme dans le cas de la négociation par compromis, la négociation par adaptation typifiée propose un rapport continu aux normes de la santé publique, bien que ces dernières ne servent qu'à titre de balise. Toutefois, contrairement à la négociation par compromis où l'infirmière tient à comprendre la réalité de son usagère afin de l'accompagner dans son expérience de maternité, la négociation par adaptation typifiée vise plutôt à ce que les informations diffusées soient comprises par l'interlocutrice. Toujours alignée avec les recommandations de la santé publique, l'infirmière, dans le cas de la négociation par adaptation typifiée, modifie les recommandations optimales au gré de stéréotypes ethniques,

culturels et religieux ou de son savoir expérientiel. Elle agit ainsi afin d'adapter sa pratique de soin de manière à l'arrimer avec ce qu'elle juge acceptable pour son usagère.

La négociation par adaptation typifiée démontre que l'infirmière concrétise son mandat en interprétant et en traduisant les normes de la santé publique afin que l'usagère soit en mesure de prendre en charge le bien-être de sa famille. L'accès à des informations adaptées aux besoins des populations desservies apparaît, pour les infirmières, les meilleurs moyens de rendre les usagères aptes à une telle tâche. Ce faisant, elles préfèrent que les usagères intègrent une pratique qui se rapproche de la norme de la santé publique plutôt qu'elles conservent leurs habitudes « néfastes » par mécompréhension ou par inadéquation des pratiques proposées avec les désirs, valeurs et pratiques des usagères. Les infirmières travaillent à la réduction des méfaits, où petit à petit elles essaient d'amener l'usagère vers l'intégration d'une pratique de soin optimale (Canadian Centre on Substance Abuse, 2005).

La négociation par coercition : surveiller et contrôler les pratiques de soins de l'usagère

Pour terminer, en négociant par coercition, les infirmières font principalement usage du pouvoir qui leur est conféré afin de contraindre les usagères à adopter une juste observance des pratiques de soin. Leur rapport aux normes de la santé publique est constant et rigide. Les infirmières, en présentant de façon exponentielle les potentielles répercussions d'une mauvaise pratique de soin ou en menaçant activent leur culture professionnelle infirmière. Ce faisant, elles mettent de l'avant leur pouvoir de sévir lorsqu'une famille déroge aux recommandations de la santé publique. L'enfant malade – ou potentiellement malade – étant identifié comme un fardeau social, les infirmières concrétisent leur mandat infirmier en surveillant et en contrôlant les pratiques de soins de leurs usagères (Massé, 2003).

De manière générale, la culture professionnelle infirmière est tout aussi étanche que dans le cas de la négociation par détachement alors qu'elle ne laisse pénétrer aucun élément en dehors de ce qui est promu par la santé publique. Toutefois, comme nous l'avons vu avec le cas d'Hélène, il est possible qu'une infirmière surveille et contraigne une famille à agir d'une manière qui est incompatible aux valeurs de la santé publique, mettant de l'avant des valeurs alternatives.

Afin de concrètement réaliser leur mandat infirmier, les infirmières, dépendamment de leur définition de la situation, jouent à l’infirmière-type, accompagnent les usagères dans leur expérience de maternité, interprètent les normes de la santé publique pour qu’elles soient comprises par leur usagère, enseignent les pratiques recommandées et surveillent et contrôlent les pratiques de soins de l’usagère afin que celles-ci les observent aux mieux. Pour réaliser leur mandat, les infirmières doivent définir la situation et agir en conséquence.

Tableau 1. Synthèse des formes de négociations, leur rapport aux normes de la santé publique et la concrétisation du mandat infirmier

Formes de négociation	Négociation par coopération	Négociation par compromis	Négociation par détachement	Négociation par adaptation typifiée	Négociation par coercition
Rapport aux normes de la santé publique	Sporadique et utilitariste	Influencée par l’expérience personnelle (maternelle, migratoire, etc.)	Basée sur les savoirs de la santé publique	Influencée par les stéréotypes (ethniques, culturelles, religieux, etc.)	Basée sur le pouvoir octroyé par la santé publique
Concrétisation du mandat infirmier	Représenter/jouer l’infirmière-type	Accompagner l’usagère dans l’expérience de maternité	Enseigner	Interpréter les normes de la santé publique	Surveiller et contrôler les pratiques de soins de l’usagère

Est-ce que les difficultés d’allaitement appellent de l’enseignement ou plutôt de l’accompagnement? De la traduction des recommandations de la santé publique ou de la surveillance et du contrôle? Le contexte dans lequel se produit cette difficulté d’allaitement influence également le mandat que se donne l’infirmière. Est-ce que la mère en difficulté d’allaitement est seule au Canada sans soutien et dans une condition socioéconomique précaire qui l’empêcherait, en dernier recours, d’acheter de la formule lactée? Est-ce qu’au contraire, la mère reçoit les services d’une marraine d’allaitement et le congé de paternité de son mari

permet au couple de se rendre aisément aux cliniques d'allaitement offert par le CLSC? Une fois que l'infirmière définit la situation, elle fait un usage approprié des normes de la santé publique et négocie sa pratique de soin de manière idoine.

Réaliser le mandat infirmier à la lueur de la sociologie des professions

Analyser les interactions entre infirmières et usagères sous l'angle de la rencontre entre la culture professionnelle infirmière et la culture profane des parents semble référer à une vision unifiée de la profession d'infirmière. La pratique professionnelle prend pourtant de multiples formes alors que les infirmières tentent de réaliser leur mandat au gré des situations rencontrées. L'approche interactionniste de la sociologie des professions ouvre « la voie à une étude des professions plus respectueuses de la diversité des pratiques » (Champy, 2009 : 153). D'autres concepts permettent une prise en compte plus fine de cette diversité des pratiques. On pense notamment aux segments professionnels de Bucher et Strauss (1961, dans Strauss, 1992), à l'écologie des professions (Abbott, 1988; 2003) et aux mondes sociaux (Becker, 1988; Strauss, 1992). Que permettent de voir et d'analyser ces concepts sur les comportements des infirmières en contexte de suivi postnatal à domicile?

Dans un premier temps, les segments professionnels de Bucher et Strauss (1961, dans Strauss, 1992) éclairent les conflits et les mouvements au sein même d'une profession. L'analyse de Bucher et Strauss (1961, dans Strauss, 1992) est basée sur la profession médicale. Les médecins se distinguent par les activités centrales de leur travail, par leurs méthodes et techniques, par leurs clientèles, leur confraternité, leurs intérêts professionnels, associatifs et leurs relations publiques. Ces facteurs sont susceptibles de les distinguer les uns des autres. Ceux et celles qui ont une construction commune de la situation et partagent des croyances quant au sens subjectif de leur activité professionnelle, toutefois, forment ce que les deux auteurs appellent un « segment professionnel ». Les segments professionnels sont donc des groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession. Ils sont le résultat des clivages entre les intérêts des membres d'une profession et l'évolution du contexte de travail. Chaque segment professionnel valorise une application particulière des normes, une forme distincte de pratique et privilégie une conception spécifique de la mission du groupe professionnel. Le concept permet de pousser la réflexion concernant les différences d'application des normes de

la santé publique au sein de la profession infirmière. Les segments professionnels, en tant que lieux où s'échangent des identités, des valeurs et des intérêts communs « [...] amènent la confrontation et parfois l'affrontement de définitions différentes des activités de travail » (Dubar et Tripier, 2005 : 100). À l'inverse, mon étude ne démontre pas l'existence de segments professionnels stabilisés où des infirmières négocieraient entièrement et uniquement selon ce que j'identifie comme de la négociation par coopération, par exemple. Les infirmières rencontrées ne valorisent pas une seule et unique application des normes de la santé publique, qui les distinguerait potentiellement de leurs collègues susceptibles de valoriser un autre rapport aux normes. Au contraire, elles altèrent, modifient et ajustent toutes et continuellement leurs rapports aux normes de la santé publique afin de négocier la pratique de soin en situation.

De son côté, Andrew Abbott parle d'une « écologie des professions » qu'il présente comme un système d'interactions. L'existence de différentes écologies professionnelles émerge d'une concurrence interne à la profession, créée en partie par des influences sociales externes dont ces dispositions politiques sont les artisanes. Une évolution parallèle et synchronisée de l'écologie politique et de l'écologie professionnelle est responsable de la création et de la pérennisation des écologies professionnelles (Abbott, 2003 : 47). Le jeu de force entre deux écologies provoque la variabilité de ce lien, suscite « l'apparition de nouvelles tâches et activités, forcent les professions à réajuster leurs relations, selon un schéma d'actions causales indirectes sur la structuration du système » (Menger, 2003 : 5). S'il est possible de concevoir les infirmières à domicile comme faisant partie d'une écologie professionnelle (distincte des infirmières hospitalières par exemple), l'écologie des professions n'explique pas les diverses façons dont les infirmières concrétisent leur mandat infirmier au quotidien.

Les « mondes sociaux » sont une autre façon de réfléchir aux professions et à la culture professionnelle. L'étude de Becker sur les mondes de l'art (1988) identifie les mondes sociaux

comme étant à la fois des langages, des représentations et des croyances qu'ont les individus, les groupes ou les institutions. Il analyse les relations qu'entretiennent les artistes avec l'art pour construire sa typologie.¹³⁵ Strauss identifie quatre éléments qui composent un monde social, à savoir les routines, les habitudes et les « univers de réponses réciproques régularisés »; un espace ou une arène d'action commune; un ensemble de codes culturels et finalement un ensemble de « potentiel de créativité » dans la mesure où il permet aux individus d'inventer des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent et aux conflits qu'ils affrontent (Strauss, 1992; Dubar et Tripier, 2005). D'un point de vue interactionniste, ces mondes (ou professions) correspondent à des « définitions de situations » façonnées au cours de carrières par le biais de la socialisation professionnelle, c'est-à-dire résultant de la formation scolaire et de la prise d'expérience (ou « formation sur le tas ») (Dubar et Tripier, 2005 : 98 et 154). Un monde social n'implique pas juste les travailleuses mais également les familles, les gestionnaires, etc. qui déploient des activités communes sur un site donné, mobilisant des technologies similaires (Strauss, 1992). Dans cette optique, les infirmières du programme Périnatalité 0-5 ans forment un monde social. Toutefois, le concept ne suffit pas pour expliquer les diverses façons de concrétiser le mandat infirmier.

Le présent travail ne vise pas à connaître les modes d'appropriation et de construction d'une profession à l'instar de l'étude de Bien-Aimé et Maheu (1999) ou à déterminer comment les infirmières identifient leur profession. L'analyse des infirmières en soin à domicile du programme Périnatalité 0-5 ans réfléchit sur leur profession et plus principalement sur la réalisation de leur mandat en terme d'unité. « Seule une attention nouvelle portée à l'unité permet à l'inverse de comprendre en quoi les ressources fournies par la maîtrise de la culture professionnelle sont fonctionnellement adaptées aux problèmes rencontrés dans le tavel professionnel » (Champy, 2009 : 154). En effet, toutes mes interlocutrices cadrent, à un moment ou l'autre de leur pratique, avec l'un ou plusieurs des types de négociation que j'identifie. Ces formes de négociation ne sont pas ce qui les divise, mais plutôt ce qui les unit

¹³⁵ La typologie des mondes de l'art de Becker (1988) est composée de quatre types différents d'artistes, soit les professionnels intégrés, les francs-tireurs, les artistes populaires et les naïfs.

comme infirmières. Le concept de culture professionnelle infirmière en tant que communauté d'expérience et de pratique qui incarne un mandat soutenu par des comportements habituels et des conceptions conventionnelles partagées par tous (Becker, 1988; Champy, 2009) demeure le concept le plus approprié. Chaque situation active différemment la culture professionnelle infirmière qui se construit localement par des expériences partagées (Champy, 2009). Champy demeure toutefois très rigide dans sa conceptualisation de la culture professionnelle et ne considère pas comme élément de la culture professionnelle, des éléments qui sont propres à un contexte ou à un individu en particulier. Ainsi, les savoirs acquis par l'expérience de maternité, d'immigration ou encore par expériences professionnelles, tels que montrer dans les négociations par compromis et par adaptation typifiée, ne font pas partie de ce que Champy (2009; 2011) identifie comme la culture professionnelle. Ces savoirs localisés ou individuels ne représentent pas ce qui unie les infirmières, mais bien ce qui les distingue en temps qu'individu.

Au terme de cette étude, il est désormais évident que la simple mise en application de la culture professionnelle, en tant que valeurs, savoirs et savoir-faire, ne permet pas aux infirmières de réaliser leur tâche, de remplir leur mandat. Être infirmière nécessite beaucoup plus que la simple activation, par la formation et le contact d'autres infirmières, de la culture professionnelle. La culture profane des professionnelles de la santé, et son utilisation, peut non seulement être approprié, mais également s'avérer fort utile lorsqu'elles doivent remplir leur mandat infirmier en interaction avec les usagères.

CONCLUSION

Les soins postnatals à domicile sont des espaces dans lesquels est négociée la pratique de soin. La rencontre entre la culture professionnelle de l'infirmière et la culture profane des parents, au sein des suivis postnatals à domicile, peut parfois être un obstacle à la réalisation du mandat de l'infirmière. Dans la première partie de cette thèse, je présente le concept de négociation qui est le socle de ce travail. Par la suite, sur les pas d'Anselm Strauss (1992), je décris dans le chapitre 2, ce que l'auteur désigne comme le « contexte structurel de négociation ». Les politiques et les règlements qui obligent les employées des services de soins et autres services publics à prendre en compte les besoins spécifiques de leurs usagères, ainsi que les tensions politiques et sociales vécues sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent suite à l'annonce du projet de Charte des valeurs forment le contexte structurel de négociation dans le cas des suivis postnatals à domicile. Au chapitre 3, toujours afin de situer les négociations étudiées, je décris le « contexte de négociation » (Strauss, 1992). Je présente la culture professionnelle infirmière, à savoir l'ensemble de valeurs, des savoirs et savoir-faire, qui agit comme base commune de la profession infirmière. En présentant l'infirmière à domicile comme à mi-chemin entre la sœur et l'infirmière hospitalière, je nourris ma réflexion d'éléments historiques considérés par Champy (2009) comme faisant partie de la culture professionnelle. La première partie de cette thèse se termine sur le choix de l'approche ethnographique comme méthodologie. Le travail ethnographique permet de décrire la réalité empirique, à savoir les comportements et les attitudes des infirmières lorsqu'elles interagissent avec leurs usagères. La description de leurs comportements et de leurs façons de faire permet la restitution de cinq modèles qui se distinguent par un rapport spécifique aux normes de la santé publique.

La deuxième partie de cette thèse présente les principaux résultats. Je montre que c'est en modifiant leur rapport aux normes de la santé publique que les infirmières parviennent à négocier leur pratique de soins avec leurs usagères. Le rapport axial aux normes de la santé publique a guidé ma construction idéaltypique. Chacun des cinq chapitres porte sur une forme de négociation : la négociation par coopération, la négociation par compromis, la négociation par détachement, la négociation par adaptation typifiée et la négociation par coercition.

Dans la troisième et dernière partie de la thèse, j'explique que les infirmières passent d'une forme de négociation à une autre lorsqu'elles négocient avec leurs usagères. Je présente donc quelques-uns des facteurs qui motivent ou limitent ces passages. Finalement, je montre que les formes de négociations présentées révèlent chacune une façon de concrétiser le mandat infirmier : jouer l'infirmière-type, accompagner les usagères dans leur expérience de maternité, interpréter les normes de la santé publique pour qu'elles soient comprises par les usagères, enseigner et finalement, surveiller et contrôler les pratiques de soins des usagères. Je conclus la thèse en situant mon analyse au cœur de l'approche interactionniste de la sociologie des professions.

Les sociologues, notamment les jeunes doctorant.e.s qui viennent de compléter leur première véritable recherche, sont confronté.e.s à plusieurs questions de leur entourage. Les « À quoi ça sert? » et « Qu'est-ce que tu vas faire avec ça? » suivent de près les « Enfin! » et, parfois, les félicitations. Si nous nous accoutumons à ce genre de questions au cours de nos nombreuses années universitaires, il apparaît néanmoins essentiel, au moment de terminer ce travail, de réfléchir à son utilité et à sa portée pour les personnes dont il parle, les infirmières dans mon cas, et, plus largement, pour la sociologie.

De plus en plus d'ethnographes considèrent que les informations recueillies doivent, d'une manière ou d'une autre, retourner aux indigènes. Ce retour est le plus souvent imposé par les codes éthiques que la quasi-totalité des pays anglo-saxons font signer aux chercheurs avant de les autoriser à mener une enquête. Les courants les plus progressistes, comme les études féministes, soutiennent même que la restitution est une obligation éthique du chercheur qui contribuerait ainsi à « l'*empowerment* » des informateurs et de leur communauté [Patai, 1991, p. 147] (Avanza, 2008: 55).

Cette thèse n'a pas comme objectif d'aider les infirmières à pratiquer leur métier. Je me suis efforcée de le mentionner à chacune des conférences données auprès des sociologues et des professionnelles de la santé. Au Cégep de Sainte-Foy, une étudiante en technique infirmière m'a ainsi confié sa déception quant à l'absence de recommandations dans mes résultats. Claudette, une infirmière comptant 40 ans d'ancienneté sur le territoire montréalais,

saluait mon approche : « Merci de parler de nous, de rendre compte de ce qu'on fait, sans nous dire ce qu'on devrait ou ce qu'on ne devrait pas faire ». L'approche ethnographique ne juge pas. Elle permet de décrire les comportements des acteur.e.s de sorte que ces dernières puissent elles-mêmes devenir critiques de leur pratique. Pendant la collecte des données, une infirmière de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent m'a dit que ma simple présence dans le département l'incitait à réfléchir à sa pratique quotidienne. « Est-ce que je suis trop rigide ? Est-ce que je suis assez souple ? Je me le demande maintenant », m'a annoncé Roseline en riant. Si, à la lecture de cette étude, les infirmières ou autres professionnelles portent un regard nouveau sur leur façon de pratiquer leur métier, j'en serai ravie.

Il [le récit ethnographique] opère une mise en forme des histoires, telles qu'elles ont été éprouvées, assumées et racontées par les acteurs; en retour, il propose une nouvelle perspective à ses lecteurs, qui pourront éventuellement s'en saisir – l'embrasser ou la rejeter, s'y reconnaître ou s'en démarquer, ou tout simplement l'ignorer – pour comprendre ce qu'ils subissent et ce qu'ils font et pour élaborer de nouvelles manières d'agir (Cefaï, 2010 : 550).

Cette étude ne prétend pas saisir l'entièreté de la profession infirmière, ni celle des infirmières du programme de Périnatalité 0-5 ans du territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Je me suis concentrée sur les suivis postnatals à domicile qui, pour certaines, sont le centre de leur vie professionnelle, alors que pour d'autres non. Pensons aux infirmières de la clinique de vaccination qui font des suivis sporadiques pour dépanner et à celles qui font des suivis postnatals à domicile à plein temps : leurs tâches ne se limitent pas aux suivis à domicile. Les suivis de dossiers, les retours téléphoniques, les rencontres d'équipes, tous ces éléments qui permettraient de saisir la réalité professionnelle des infirmières dans son ensemble ont été laissés de côté. Ce sont exclusivement les interactions entre infirmières et usagères (et leur famille) au cours des suivis à domiciles qui ont été analysées en profondeur. Le fait d'avoir mis en lumière l'interaction entre une employée devant réaliser un mandat et une usagère peut rejoindre plusieurs autres corps de métier amenés à travailler avec des clientèles diversifiées : policier et policière, enseignant.e.s, éducateur et éducatrice, agent.e de formation dans les instances publiques, parapubliques et privées, etc. Cette ethnographie réitère la pertinence de l'étude des négociations en sociologie des professions et de la santé (Strauss, 1992; Fortin, 2013; Thuderoz, 2010).

Dans un contexte où les guides de bonnes pratiques sont valorisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, il me semble difficile d'en mesurer l'intérêt pour les intervenantes.¹³⁶ Les négociations se déroulent dans le cadre d'interactions et ces situations sont uniques et toujours complexes. Les infirmières ont besoin d'un regard englobant, d'une approche holistique afin de saisir les subtilités de chaque situation. La mission première de ces guides est de déterminer « les assises d'une vision commune » entre les différents partenaires de soins. Ces guides visent à définir une ligne directrice pour l'ensemble des professionnelles œuvrant auprès d'une clientèle donnée et leur application permet difficilement la prise en compte de la variété des situations rencontrées. Ces guides proposent des façons de procéder et d'adapter la pratique de soins aux caractéristiques des usagères : « hommes, population autochtone, personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles, jeunes de 15 à 24 ans, personnes âgées de 65 ans et plus, personnes incarcérées, personnes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées, etc. »¹³⁷ Cette classification ne permet pas de dégager une vue d'ensemble dont les infirmières de cette enquête ont expliqué avoir besoin pour offrir une réponse adaptée à l'usagère. Ces guides minimisent la complexité du métier d'infirmière. De plus, elles n'ont pas nécessairement connaissance de l'existence et du contenu de ces guides. Il aura fallu attendre jusqu'à mon dernier entretien pour qu'une infirmière me révèle l'existence d'un guide de pratique dédié au programme SIPPE. En entretien, lorsque j'avais demandé s'il existait des protocoles qui expliquaient comment concrétiser son mandat lorsqu'elles avaient affaire à des cas « difficiles », Brigitte m'avait répondu : « Non, il n'y en a pas, il n'y a rien ».

¹³⁶ On retrouve des guides de références et de bonnes pratiques pour plusieurs sujets d'intervention. Par exemple, Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010), Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution (2006). Vous pouvez même consulter le guide pratique à la création des guides pratique : Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux (2010).

¹³⁷ Ministère de la santé et des services sociaux (2010). « Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intervention des intervenants des centres de santé et de services sociaux ». Consulté en ligne 26 avril 2016. Adresse URL : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

Si les guides de références et de bonnes pratiques ne sont pas des plus efficaces pour faciliter la mise en pratique du mandat infirmier, comment enseigner aux professionnelles la façon de se comporter lorsqu'elles font face à des situations complexes ? Plusieurs éléments de réponses ont émergé du terrain et de mes lectures : les stages et les discussions entre collègues, les réunions d'équipe où les difficultés sont discutées (Le Gall *et al.*, 2012) et une meilleure formation. Les infirmières semblaient unanimes quant à l'utilité des stages dans leur profession. Une jeune infirmière m'explique : « En fait, à l'université, on sait qu'une grande partie de ce que l'on apprend s'apprend en stage et pas autrement. Ça fait partie du bagage qu'on apprend pendant le bac, c'est juste pas sur un banc d'école, c'est dans un milieu de stage ». Les stages sont décrits comme leurs premiers contacts non seulement avec le terrain mais aussi avec des professionnelles expérimentées. Ces dernières jouent un rôle de premier plan dans l'apprentissage des ficelles du métier (van Zanten, 2003). Les discussions avec les collègues font partie du processus de socialisation professionnelle, essentielle à la formation des plus jeunes (Démazière et Gadéa, 2009). Le rapport Bouchard-Taylor (2008) recommandait, « pour l'ensemble des institutions publiques, une meilleure formation des acteurs et intervenants en milieu institutionnel et une intensification des efforts afin d'adapter les principes fondateurs devant guider la gestion des demandes » (Bouchard et Taylor, 2008). La formation semble un bon moyen de préparer les infirmières et autres intervenantes aux rencontres avec leurs usagères. Il faut cependant s'assurer d'enseigner les compétences « culturelles » (*cultural competency*) sans essentialiser l'Autre.

Que doit-il être compris et retenu de cette étude ? Les modèles théoriques présentés n'illustrent pas de « bonnes » ou de « mauvaises » façons de négocier pour réaliser le mandat professionnel, mais montre plutôt que chaque forme de négociation peut s'avérer propice selon la situation rencontrée. Les infirmières qui définissent la situation à laquelle elles font face, dans le cadre des interactions, et négocient ensuite leur pratique de soin. Ceci ne revient pas à dire que « nurses know best ». Elles n'arrivent pas toujours à décrypter la situation, et, même quand elles y parviennent, elles ne parviennent pas toujours à adapter leurs pratiques en conséquence. Un juste milieu entre contrainte et liberté, la genèse des négociations pour reprendre la terminologie de Strauss, permet une pratique de soin optimale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abbott, A. D. (1988). *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press.

_____. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions : actes du Colloque de la Société française de sociologie, Paris, octobre 1999* (p. 29-53). Paris : Maison des sciences de l'homme.

Adam, P., Herzlich, C. et De Singly, F. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.

Alvarez, F. (2004). Vers une nouvelle pédiatrie interculturelle. Dans S. De Plaen (dir.), *Soins aux enfants et pluralisme culturel* (p. 9-12). Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Amedzro St-Hilaire, W. G. (2011). *L'adaptation organisationnelle dans les théories managériales et sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Ammerman, N. T. (2007). *Everyday Religion : Observing Modern Religious Lives*. Oxford ; Toronto : Oxford University Press.

Arborio, A.-M. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans D. Démazière et C. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis* (p. 51-61). Paris : La Découverte.

Association féminine d'éducation et d'action sociale. (1998). *Who Will Be Responsible for Providing Care? : the Impact of the Shift to Ambulatory Care and of Social Economy Policies on Quebec Women*. Ottawa : Status of Women Canada.

Audy, E. (2014). Les infirmières en soin à domicile : entre vocation et profession. Dans *Tradition(s) : Au-delà des idées reçues* (p. 55-69). Montréal

Augé, M. (1986). *Un ethnologue dans le métro*. Paris : Hachette.

_____. (2008). *Le métro revisité*. Paris : Éditions du Seuil.

Avanza, M. (2008). Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas « ses indigènes »? Dans D. Fassin et A. Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête: épreuves ethnographiques* (p. 41-58). Paris : La Découverte.

Avril, C. (2014). *Les aides à domicile : un autre monde populaire*. Paris : La Dispute.

- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants: la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal : Éditions Remue-ménage.
- Battaglini, A. (2007). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique.
- Battaglini, A. (2010). *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Anjou : Éditions Saint-Martin.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. et Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! : facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatales*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Beaud, S. et Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte.
- Beck, U. (2001). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.
- Becker, H. (1952). The Career of the Chicago Public School Teacher. *American Journal of Sociology*, (58), 470-477.
- _____. (1988). *Les mondes de l'art*. Paris : Flammarion.
- _____. (1985). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions Métailié.
- _____. (2007). *Writing for Social Scientists: How to Start and Finish your Thesis, Book, or Article*. Chicago : University of Chicago Press.
- Becker, H., Hughes, E. et Strauss, A. (1961). *Boys in White; Student Culture in Medical School*. Chicago : University of Chicago Press.
- Béji, K. et Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles*, 65(4), 562-583.
- Béland, F. (1989). Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecin dans la sociologie de Parsons. *Sociologie et sociétés*, 21(1), 165-185.
- Berger, M. et Gayet-Viaud, C. (2011). Introduction. Du politique comme chose au politique comme activité. Enquêter sur le devenir politique de l'expérience ordinaire. Dans D. Cefaï,

- C. Gayet-Viaud et M. Berger (dir.), *Du civil au politique : ethnographies du vivre-ensemble* (p. 9-24). Bruxelles : Peter Lang.
- Berger, P. L. (2006 [1963]). *Invitation à la sociologie*. Paris : La Découverte.
- Berger, P. L. et Luckmann, T. (2006 [1966]). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.
- Berthelot, J.-M. (1998). Le devoir d'inventaire. *Sciences humaines*, (80), 65-68.
- Bien-Aimé, P.-A. et Maheu, L. (1999). Modes d'appropriation et de construction de la profession. Les intervenants sociaux et leurs référents professionnels. *Recherches sociographiques*, 40(2), 285-311.
- Blais, M. (2006). *Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état*. Mémoire présenté au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://www.archipel.uqam.ca/2716/>.
- Blumer, H. (1947). Sociological Theory in Industrial Relations. *American Sociological Review*, (12), 271-278.
- _____. (1986). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley : University of California Press.
- Bonicco, C. (2007). Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive. *Philonsorbonne*, (1), 38-41.
- Bonvin, J.-M. (2009). Analyser les formes contemporaines de négociation. La contribution de l'approche par les capacités. *Négociations*, 12(2), 245-255.
- Bouchard, G. et Taylor, C. (2008). *Fonder l'avenir le temps de la conciliation*. Québec : Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Consulté en ligne le 21 avril 2016. Adresse URL : <https://www.mce.gouv.qc.ca/publications/CCPARDC/rapport-final-abrege-fr.pdf>.
- Bouchayer, F., Schweyer, F.-X. et Boissonnat, V. (2004). *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Bourdieu, P. (1993). *La Misère du monde*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité: cours du Collège de France, 2000-2001*. Paris: Raisons d'Agir.

- Bourque, R. et Thuderoz, C. (2002). *Sociologie de la négociation*. Paris : La Découverte.
- Bouthillier, M.-È., Battaglini, A., Doucet, H. et Gravel, S. (2010). Autonomie et responsabilité en santé : la vision de Montréalais de diverses origines. Dans A. Battaglini (dir.), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (p. 165-189). Anjou : Éditions Saint-Martin.
- Bramadat, P. (2011, 5 décembre). *Cultural and Religious Roots of Vaccine Hesitancy: Explanations and Implications for Canadian Healthcare*. Présentation à l'Université de Sherbrooke.
- Breton, P. (23 décembre 2013). « Cauchemar pour les parents d'un poupon », La Presse. Consulté en ligne le 26 avril 2015. Adresse URL : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201312/22/01-4723421-cauchemar-pour-les-parents-dun-poupon.php>.
- Brunier, J. (2006). Histoire de l'institution hospitalière. *Le Mérite*, (110), 1-7.
- Cadge, W. (2012). *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Cadge, W. et Ecklund, E. H. (2007). Immigration and Religion. *Annual Review of Sociology*, (33). Consulté le 12 juin 2015. Adresse URL : <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.33.040406.131707>.
- Cadge, W. et Sigalow, E. (2013). Negotiating Religion Differences: The Strategies of Interfaith Chaplains in Health Care. *Journal for the scientific Study of Religion*, (52), 146-158.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs de la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, (36), 169-208.
- Carde, E. (2006). "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins. *Travailler*, (16), 57-80.
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et Emploi*, (97), 53-64.
- Cefaï, D. (2010). *L'engagement ethnographique*. Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- _____. (2011). Vers une ethnographie du politique Décrire des ordres d'interaction, analyser des situations sociales. Dans M. Berger, C. Gayet-Viaud et D. Cefaï (dir.), *Du civil au politique : ethnographies du vivre-ensemble* (p. 9-24). Bruxelles : Peter Lang. Consulté en

ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://valerieamiriaux.com/wp-content/uploads/2013/02/Cefai-Conclusion-Du-civil-au-politique-2011.pdf>

Cefai, D. et Perreau, L. (2012). *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*. Paris : CURAPP-ESS/CEMS-IMM.

Champy, F. (2009). La culture professionnelle des architectes. Dans D. Démazière et C. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis* (p. 152-162). Paris: La Découverte.

_____. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: Presses universitaires de France.

Charles, D. (2011). *L'expérience de l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes de minorités visibles*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières pour l'obtention du grade de Maître es sciences (M. Sc.). Université Laval. Consulté le 26 avril 2016. Adresse URL: www.theses.ulaval.ca/2011/27927/27927.pdf

Chartain, L. (2011). Interview de Florent Champy à l'occasion de la parution de « Nouvelle théorie sociologique des professions ». Billet. Consulté le 10 mars 2016. Disponible à <http://mastersociologie.hypotheses.org/949>.

Chin, N. et Dozier, A. (2012). The Dangers of Baring the Breast: Structural Violence and Formula-feeding Among Low-Income Women. Dans P. H. Smith, B. L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 64-73). New Brunswick, New Jersey, Londres : Rutgers University Press.

Coenen-Huther, J. (2003). Le type idéal comme instrument de la recherche sociologique. *Revue française de sociologie*, 44(3), 531-547.

Cognet, M. (2012). L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. « Français » et « Africains » en traitement pour un VIH-sida. *Migrations Santé*, (144/145), 79-110.

Cognet, M. (2013). Le conflit : un élément dynamique des situations cliniques interethniques. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 201-213.

Cognet, M., Couturier, Y., Rhéaume, J. et Bertot, J. (2010). Soins infirmiers en milieu pluriethnique. Façons de voir et façons de faire dans les établissements publics et privés face à la discrimination et au racisme. Dans A. Battaglini et M. Désy (dir.), *Les services sociaux et de santé de première ligne face à la pluriethnicité* (p. 251-276). Anjou: Éditions Saint-Martin.

- Cognet, M. et Fortin, S. (2003). Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé. *Lien social et Politiques*, (49), 155-172.
- Cohen, Y. (2008). *Profession, infirmière: une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Chicoutimi : J-M Tremblay.
- Cohen, Y. et Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(2), 155-177.
- Collin, J. (2007). Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 99-122.
- Coman, G. (2011). *Mises à distances. Ethnographie des places publiques centrales de Cluj-« Napoca » (Roumanie) dans le postsocialisme*. Montréal : Université de Montréal.
- Coulon, A. (2012). *L'école de Chicago* (5e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Crevier, M., Couturier, Y. et Morin, P. (2010). L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: Ouvertures et tensions dans la relation clinique. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 177-191.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique: essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Paris : Éditions du Seuil.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1992 [1977]). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil.
- d'Arripe, A. et Routier, C. (2013). Au-delà de l'opposition entre savoir profane et savoir expert : une triangulation des méthodes. *Recherches qualitatives*, (15), 221-233.
- Daoust-Boisvert, A. (6 décembre 2013). « Port de signes religieux — Le principal syndicat des infirmières appuie la charte » *Le Devoir*. Consulté en ligne le 6 janvier 2015. Adresse URL : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/394542/port-de-signes-religieux-le-principal-syndicat-des-infirmieres-appuie-la-charte>
- David, H., Cloutier, E., Prévost, J. et Teiger, C. (1999). Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec. *Recherches féministes*, 12(1), 43-62.
- Davis, F. (1966). *The Nursing Profession*. Chicago : John Wiley.
- Démazière, D. et Gadéa, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.

- Divay, S. (2009). La médiation sociale : «un nouveau métier» plus de dix ans après son émergence ? Dans D. Démazière et C. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis* (p. 242-251). Paris : La Découverte.
- Dorai, M. (1988). Qu'est-ce qu'un stéréotype? *Enfance*, 41(3), 45-54.
- Dossey, L. (1999). Do Religion and Spirituality Matter in Health? A response to the Recent Article in The Lancet. *Alternative Therapies*, 5(3), 16-18.
- Dubar, C. et Gadéa, C. (1999). *La promotion sociale en France*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Dubar, C. et Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions* (2e éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions* (3e éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubé, È. (2007). *Pour une ethnoéthique de la santé publique: les programmes de réduction des méfaits*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en anthropologie pour l'obtention du grade Philosophiae Doctor (Ph.D.). Université Laval. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : www.theses.ulaval.ca/2007/24470/24470.pdf
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ducomte, J.-M. (2015). Santé et laïcité. *Revue des Directeurs d'hôpitaux*. Disponible à <http://www.laicite-educateurs.org/wp-content/uploads/2015/06/santelaicite.pdf>.
- Dumont-Lagacé, É. (2013). *Les employés: excursion sociologique dans le monde de la gestion des ressources humaines*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade Maître ès sciences (M.Sc) en sociologie. Université de Montréal. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11099>
- Dupont, C. (1994). *La négociation : conduite, théorie, applications* (4e éd.). Paris : Dalloz.
- Dupuis, J. (2011). *Les solidarités familiales à l'épreuve de la migration : enquête auprès de couples de Marocains à Montréal*. Mémoire déposé au département de sociologie de l'Université de Montréal. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6219/Dupuis_Jacinte_2011_memoire.pdf

- Dupuis, J., Audy, E., Gulian, T., White., D. (à paraître) « Réseaux sociaux, circulation de l'information et intégration professionnelle des immigrants : une recherche exploratoire sur le territoire du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU» (p. 17). Montréal : Centre InterActions, CUISSS du-Nord-de-l'île-de-Montréal.
- Eid, P. et Bosset, P. (2008). Document de réflexion : La Charte et la prise en compte de la religion dans l'espace public. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : http://www.cdpedj.qc.ca/publications/Charte_religion_espace_public.pdf.
- Elias, N. (1991). *Mozart. Sociologie d'un génie*. Paris : Éditions du Seuil.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I. et Shaw, L. L. (2010). (D)écrire : catégorisation, prise de notes et écriture. Prendre des notes de terrain. Rendre compte des significations des membres. Dans D. Cefaï (dir.), *L'engagement ethnographique* (p. 129-168). Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- Fadiman, A. (2012). *The Spirit Catches You and You Fall Down*. New York : Farrar, Straus and Giroux.
- Fainzang, S. (2013). Champ-contrechamp: La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 83-97.
- Fassin, D. (1999). Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel. Dans *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les hommes et les femmes* (p. 119-130). Genève : IUED.
- Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre. *Ruptures*, 7(1), 58-78.
- Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. Dans D. Fassin et J.-P. Dozon (dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique* (p. 181-208). Paris : Balland.
- Faulkner, M. (2013). *Travail, mobilisation et résistance : normes et règles en jeu*. Paris : L'Harmattan.
- Fisher, B. et Strauss, A. (1978). The Chicago Tradition and Social Change: Thomas, Park And Their Successors. *Symbolic Interaction*, 1(2), 5-23.

- Fortin, S. (2004). Les enjeux et les défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques. Dans S. De Plaen (dir.), *Soins aux enfants et pluralisme culturel* (p. 87-106). Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- _____. (2005). *La clinique comme espace de négociations des savoirs, normes et valeurs*. Communication présentée au Colloque Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques, Université Toulouse II-le Mirail.
- _____. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique. Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 179-200.
- Fortin, S. et Carle, M.-È. (2007). Santé et pluralisme. Vers un nécessaire repositionnement de la culture dans l'espace clinique. *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle*, (45), 5-19.
- Fortin, S. et Knotova, M. (2013). Présentation. Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 9-24.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances Familles Générations*, (6). Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://www.efg.inrs.ca/index.php/EFG/article/view/53>
- Foucault, M. (1993 [1975]). *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Fouilleux, È. (2000). Entre production et institutionnalisation des idées. La réforme de la Politique agricole commune. *Revue française de science politique*, 50(2), 277-306.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Gardella, È. (2003). Du jeu à la convention. Le self comme interprétation chez Goffman. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (4), 21-42.
- Gauthier, A. (2004). Émergence d'une pédiatrie interculturelle à l'Hôpital Sainte-Justine : penser la pluralité sociale et culturelle des familles. Dans S. De Plaen (dir.), *Soins aux enfants et pluralisme culturel* (p. 13-30). Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6803>
- Geertz, C. (2003). La description dense : Vers une théorie interprétative de la culture. Dans D. Cefaï (dir.), *L'enquête de terrain* (p. 208-233). Paris : La Découverte.

- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory : Action, Structure, and Contradiction in Social Analysis*. Berkeley : University of California Press.
- _____. (1991). *Modernity and Self-identity : Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford : Stanford University Press.
- _____. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie*. Paris : Éditions de Minuit.
- _____. (1991 [1974]). *Les rites d'interaction*. Paris: Éditions de Minuit.
- _____. (1975). *Stigmate*. Paris : Éditions de Minuit.
- _____. (1981). *Forms of Talks*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- _____. (1988). *Les moments et leurs hommes*. Paris : Minuit.
- Grando, J.-M. et Sulzer, E. (2003). Professionnalisation des activités de service et registres de technicité. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p. 145-160). Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2014). *Réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux* (148 p.). Université du Québec en Outaouais.
- Guillou, A. Y. (2009). *Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère*. Paris: École des hautes études en sciences sociales.
- Habermas, J. (2008). *Entre naturalisme et religion: les défis de la démocratie*. Paris : Gallimard.
- Hughes, E. C. (1963). Professions. *Deadalus*, 92(4), 655-668.
- _____. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Humphrey, M. et Watson, T. (2009). Ethnographic Practices: From Writing-up Ethnographic Research'' To Wrinting Ethnography''. Dans S. Ybema, D. Yanow, W. Harry et K. Frans (dir.), *Organizational ethnography: studying the complexities of everyday life*. Los Angeles : SAGE. Consulté en ligne le 26 avril. Adresse URL : <http://lib.myilibrary.com?id=328892>

- Jézéquel, M. (2005). L'obligation d'accommodement: Pandore a ouvert une étonnante boîte! *Journal du Barreau*, 37(15). Consulté en ligne le 22 avril 2016. Adresse URL : <http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol37/no15/actualite11.html>.
- Katz, P. (1981). Ritual in the Operating Room. *Ethnology*, 20(4), 335-350.
- Kempeneers, M., Battaglini, A. et Van Pevenage, I. (2015). *Chiffrer les solidarités familiales* (4) (p. 16). Montréal : Centre InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU.
- Kuty, O. (1975). Orientation culturelle et profession médicale: La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement. *Revue française de sociologie*, 16(2), 189-214.
- _____. (2004). Une matrice conceptuelle de la négociation: Du marchandage à la négociation valorielle. *Négociations*, 1(1), 45. doi:10.3917/neg.001.045
- _____. (2008). La naissance de la négociation (1933-1962). *Sociologies [Online]*, Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://sociologies.revues.org/2483>
- Kuty, O. et Rochette, C. (2009). *La négociation*. Canal U -webtv de l'enseignement supérieur. Consulté en ligne le 22 avril 2016. Adresse URL : http://www.canal-u.tv/video/canal_socio/la_negociation.4493
- Lalouette, J. (1991). Expulser Dieu : la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires. *Mots*, (27), 23-39.
- Lapointe, P.-A. (1998). Identités ouvrières et syndicales, fusion, distanciation et recomposition. *Sociologie et sociétés*, 30(2), 189-212.
- Laquerre, M.-E. (2015). *Travailler en soutien à domicile dans un contexte de diversité. À la rencontre de plusieurs espaces culturels*. Communication présentée au Midis InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- Lascoumes, P. et Nagels, C. (2014). *Sociologie des élites délinquantes : de la criminalité en col blanc à la corruption politique*. Paris : Armand Colin.
- Le Gall, J. et Xenocostas, S. (2011). L'adaptation des soins sociosanitaires de première ligne à la diversité religieuse: l'exemple du Québec. *Ethnologies*, 33(1), 169-189.
- Le Gall, J., Xenocostas, S. et Lemoyne-Dessaint, S. (2012). Manifestation du fait religieux dans les institutions de santé de première ligne au Québec. *Alterstice*, 2(2), 23-34.

- Lévy, I. (2002). *Croyances & laïcité : guide pratique des cultures et des religions : leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*. Paris : Éditions ESTEM.
- _____. (2004). *La religion à l'hôpital*. Paris : Presses de la renaissance.
- _____. (2008). *Soins, cultures & croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux* (2e éd.). Paris : Éditions ESTEM.
- Lochard, Y. et Simonet, M. (2009). Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels. Dans D. Démazière et C. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis* (p. 274-284). Paris : La Découverte.
- Malinowski, B. (1963). *Les argonautes du Pacifique occidental*. Paris : Gallimard.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Maternowska, M. C. (2006). *Reproducing Inequities: Poverty and the Politics of Population in Haiti*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Mayo, E. (2007). *The Social Problems of an Industrial Civilization: With an Appendix on the Political Problem*. London : Routledge.
- Mead, N. et Bower, P. (2000). Patient-Centredness: a Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Menger, P.-M. (2003). *Les professions et leurs sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Mills, C. W. (2000). *The sociological imagination*. Londres : Oxford University Press.
- Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ?* Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Morrison, A. (2011). Suffused by Feeling and Affect : The Intimate Public of Personal Mommy Blogging. *Biography*, 34(1), 37-55.
- Nathoo, T. et Ostry, A. (2009). *The One Best Way ? : Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada*. Waterloo : Wilfrid Laurier University Press.

- Nizet, J. et Rigaux, N. (2010). *La sociologie de Erving Goffman* (3e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Osty, F. (2012). Sociologie des professions et des métiers. Dans N. Alter (dir.), *Sociologie du monde du travail* (2e éd.) (p. 61-79). Paris: Presses universitaire de France.
- Paillet, A. (2009). Les infirmières des services de réanimation néo-natale : gestion et fabrication du secret médical. Dans D. Démazière et C. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis* (p. 342-351). Paris : La Découverte.
- Paré, S. (2001). Le facteur ethnique dans le choix de son agent immobilier : perceptions de quelques acteurs. *Les Cahiers du Gres*, 2(1), 41-53.
- Park, R. E. (1926). The Urban Community as a Spatial Pattern and a Moral Order. Dans *The Urban Community* (p. 3-18). Chicago : University of Chicago Press.
- Parsons, T. (1991). *The social system* (2nd ed.). London : Routledge.
- Pennec, S., Le Borgne-Uguen, F. et Douguet, F. (2014). *Les négociations du soin: les professionnels, les malades et leurs proches*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Pesut, B. et Reimer-Kirkham, S. (2010). Situated Clinical Encounters in the Negotiation of Religious and Spiritual Plurality: A Critical Ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 815-825.
- Penso-Latouche, A. (2000). *Savoir-être: compétences ou illusions?* Paris : Éditions Liaisons.
- Peterson, A. et Lupton, D. (1996). *The New Public Health : Health and Self in the Age of Risk*. Londres : SAGE
- Petit, A. (1989). *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal : Boréal.
- Phaneuf, M. (2 juin 2011). *Le savoir-être en soins infirmiers : une mosaïque complète*. Communication présentée au Colloque de l'AEESICQ, CÉGEP de Trois-Rivières. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL: http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/Le_savoir-etre.pdf
- Pomerleau, S. G. (2008). *Suivi postnatal à domicile après un congé précoce : Critères de sélection et Appréciation du délai*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès Science (M. Sc.) en Santé communautaire option recherche. Université de Montréal. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2706>

- Portes, A. (1998). Social Capital : Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, (24), 1-24.
- Powell, R. (2010). Good Mothers, Bad Mothers and Mommy Bloggers: Rhetorical Resistance and Fluid Subjectivities. *MP: An Online Feminist Journal*, 37-50. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://academinist.org/wp-content/uploads/2010/02/03_Powell_Bloggers.pdf
- Quéré, L. (1988). Sociabilité et interactions sociales. *Réseaux*, 6(29), 75-91.
- Reimer-Kirkham, S., Pesut, B., Sawatzky, R., Cochrane, M. et Redmond, A. (2012). Discourses of Spirituality and Leadership in Nursing: a Mixed Methods Analysis. *Journal of Nursing Management*, 20(8), 1029-1038.
- Renaud, M. (1985). De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie. Dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 281-291). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Rossinot, A. (2006). *La laïcité dans les services publics*. (p. 51). France. Consulté en ligne le 25 avril 2016. Adresse URL : http://franceurbaine.org/sites/default/files/thematiques/La%C3%AFcit%C3%A9/rapport_la_cit_rossinot_16380.pdf.
- Rothier Bautzer, É. (2014). Care et profession infirmière. *Recherche & formation*, (76), 93-106.
- Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère : diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Saillant, F. et Gagnon, É. (1999). Présentation. Vers une anthropologie des soins ? *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 5-14.
- Saillant, F., Hagan, L. et Boucher-Dancause, G. (1994). Contenu, contexte et enjeux sociaux de la pratique des soins infirmiers à domicile. *Service social*, 43(1), 105-126.
- Samson, M. (2008). Le droit à l'égalité dans l'accès aux biens et aux services. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, (38), 413-481.
- Sauvé, V. (2012). *L'exercice du raisonnement clinique d'infirmières du programme SIPPE lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles qui vivent en contexte de vulnérabilité*. Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention

du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.) en Sciences infirmières option experte conseil. Université de Montréal. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8615>.

Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 119-137.

Sauves, M. (2014). *Yiosh!* Québec: Septentrion.

Schnapper, D. (2003). Les expériences vécues dans quelques métiers de l'État providence. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p. 199-216). Paris: Édition de la Maison des sciences de l'homme.

Seierstad, Å. (2003). *Le libraire de Kaboul*. Paris : JC Lattès.

Simmel, G. (1981). *Sociologie et épistémologie*. Paris : Presses universitaires de France.

_____. (2010). *Sociologie : étude sur les formes de la socialisation*. Paris : Presses universitaires de France.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D. et Sabshin, M. (1963). The Hospital and Its Negotiated Order. Dans E. Freidson (dir.), *Hospital in Modern Society*. New York : The Free Press.

Thériault, B. (2013). *The Cop and the Sociologist : Investigating Diversity in German Police Forces*. Bielefeld : Transcript Verlag.

Thomas, W. I. (1967 [1923]). *The Unadjusted Girl, with Cases and Standpoint for Behavior Analysis*. New York : Harper and Row.

Thomas, W. I. et Znaniecki, F. (1927). *The Polish Peasant in Europe and America*. New York : Alfred Knopf.

Thomas, J. (1984). Some Aspects of Negotiated Order, Loose Coupling and Mesostructure in Maximum Security Prisons. *Symbolic Interaction*, 7(2), 213-231.

Thuderoz, C. (2010). *Qu'est-ce que négocier? Sociologie du compromis et de l'action réciproque*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

- Thuderoz, C. et Giraud-Héraud, A. (2002). *La négociation sociale*. Paris : CNRS Éditions.
- Van Pevenage, I., Dandurand, R. B. et Kempeneers, M. (2009). *Pour agir: comprendre les solidarités familiales: la recherche: un outil indispensable: fiches synthèses de transfert de connaissances*. Montréal : Familles en mouvance dynamiques intergénérationnelles.
- van Zanten, A. (2003). Les cultures professionnelles dans les établissements d'enseignement : collégialité, division du travail et encadrement. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p. 161-182). Paris : Édition de la Maison des sciences de l'homme.
- van Zanten, A. (2004). L'influence des normes d'établissement dans la socialisation professionnelle des enseignants : le cas des professeurs des collèges périphériques français. Dans M. Tardif et C. Lessard (dir.), *La profession d'enseignant aujourd'hui. Évolutions, perspectives et enjeux internationaux* (p. 207-223). Paris : De Boeck Supérieur.
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Vingré, P. (2006). Les coûts de l'observation. De la participation à l'enquête dans une institution fermée. *ethnographie.org*, (11). Consulté en ligne le 16 avril 2016. Adresse URL : <http://www.ethnographiques.org/2006/>
- Webb, L. M. et Lee, B. S. (2011). Mommy blog : the centrality of community in the performance of online maternity. Dans *Motherhood Online* (p. 244-257) Cambridge : Cambridge Scholars Publishing.
- Weber, F. (2008). Publier des cas ethnographique : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés. *Genèse*, (70), 140-150.
- Weber, M. (1965 [1904]). *Essais sur la théorie de la science*. Paris : Plon.
- West, P. (1976). The Physician and the Management of Childhood Epilepsy. Dans M. Wadsworth (dir.), *Studies in Everyday Medical Life*. London : Martin Robertson.
- Yalom, M. (2010). *Le sein. Une histoire*. Paris: Galaade Éditions.
- Zaman, S. (2005). *Broken Limbs, Broken Lives : Ethnography of a Hospital Ward in Bangladesh*. Amsterdam : Het Spinhuis.
- Zipora, M. (2014). *Lekhaim! : chroniques de la vie hassidique à Montréal*. Québec : Bibliothèque Québécoise.

Documents de référence

- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2016). *La réduction des méfaits*. Ottawa. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <https://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/la-reduction-des-mefaits>
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005). *L'évaluation postnatale de la mère à domicile ou en clinique aide-mémoire*. Québec. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : <http://www4.banq.qc.ca/pgq/2006/3134288.pdf>
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2005). *Toxicomanie au Canada enjeux et options actuels*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Consulté en ligne le 25 avril 2016. Adresse URL : <http://site.ebrary.com/id/10079047>.
- CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (2014). *Rapport annuel*. Montréal. Consulté en ligne le 3 septembre 2014. Adresse URL : https://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Menu_du_haut/Publications/Rapports_annuels/Rapport_annuel_abrege_-_2014/Services.pdf
- Direction générale des services de santé et médecine universitaire (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: synthèse : un projet porteur de vie*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Consulté en ligne le 16 avril 2016. Adresse URL : http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/04/presse_08-918-01.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans: guide pratique pour les mères et les pères*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
- Ligue la leche. (2010). *Confusion sein-tétine*. Consulté en ligne le 08 mars 2016. Adresse URL : <http://allaitement.ca/wp-content/uploads/Confusion-sein-ttine.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissement de santé et de services sociaux*. Québec. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-cadrerefpasto.pdf>
- Ministère de santé et des services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Résumé du cadre de référence*. Québec. (28 p.)

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Rapport annuel de gestion*. Québec. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-102-01F.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intervention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Société française de médecine générale. (2007). *Sociologie et anthropologie. Quels apports pour la médecine générale?* (64) Consulté le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_vega3f210.pdf
- Observatoire régional de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2009). *Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés*. ORSPACA-SE4S. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/09-SY04.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Westmount, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Consulté le ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : https://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Perspective de l'exercice de la profession d'infirmière*. Westmount, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : <http://site.ebrary.com/id/10563038>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa. Consulté en ligne le 26 avril 2016. Adresse URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Lois et règlements

- Charte des droits et libertés de la personne* (chapitre C-12) Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM
- Code civil du Québec*. Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html

Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (S4-2) Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Loi sur la santé publique du Québec (chapitre S-2.2) Consulté en ligne le 27 avril 2016. Adresse URL : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Central Alberta Dairy Pool c. Alberta (Commission des droits de la personne), (C.S. Can., 1990-09-13), SOQUIJ AZ-90111088, J.E. 90-1345, [1990] 2 R.C.S. 489, Consulté en ligne le 22 avril 2016. Adresse URL : <http://scc.lexum.org/fr/1990/1990rcs2-489/1990rcs2-489.html>

Sites web

ARIMA. Partenariat de recherche. Consulté en ligne le 13 mai 2015. Adresse URL : <http://arimarecherche.ca/bordeaux-cartierville-saint-laurent>

Centre alternative naissance : organisme communautaire en soutien périnatal. Consulté le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://alternative-naissance.ca/fr/formation-service-accompagnement-naissance/6/formation-d-accompagnante-a-la-naissance>

Centre de recherche InterActions. Consulté en ligne le 23 février 2015. Adresse URL : <http://www.centreinteractions.ca/domaines-d-activites/recherche/>

Fondation OLO : pour naître en santé. Consulté le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://fondationolo.ca/>

Portail Santé Montréal. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, 2015. Consulté le 26 avril 2016. Adresse URL : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/SantePublique/Pages/SIPPE.aspx>, consulté le 3 mars 2015

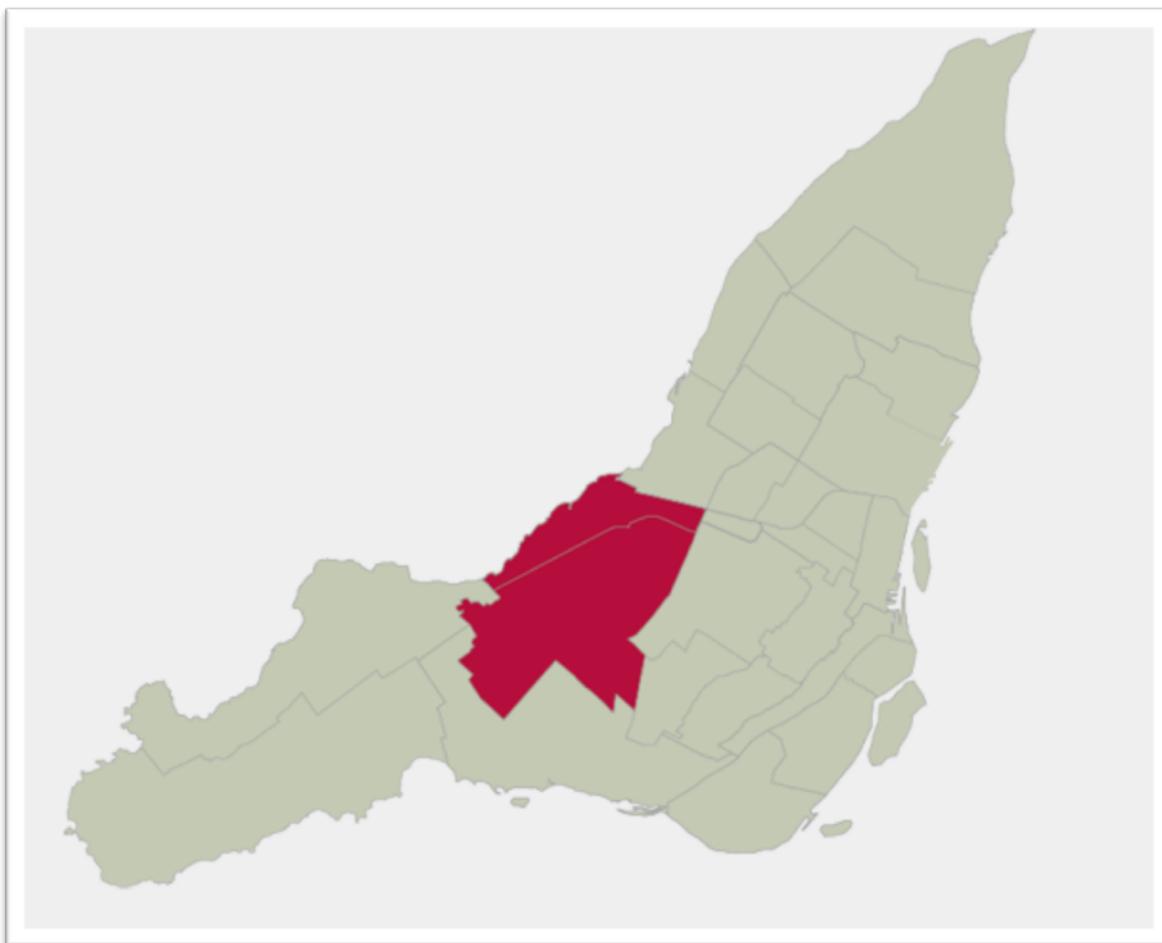
Maison de naissance Côte-des-Neiges. CSSS de la Montagne. Consulté en ligne le 20 août 2015. Adresse URL : <http://www.csssdelamontagne.qc.ca/soins-et-services/services-aux-familles-et-futurs-parents/maison-de-naissance-cote-des-neiges/>

Naître et grandir. *Le cododo*. Consulté en ligne le 22 avril 2016. Adresse URL : http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=cododo-partage-lit

Statistique Canada, *Seuil de pauvreté*, 2009. Consulté le 20 décembre 2015. Adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2013002/lico-sfr-fra.htm>

Université médicale virtuelle francophone (2014). Les complications traumatiques de l'accouchement. Consulté en ligne le 26 avril. Adresse URL : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/1_2.html

Annexe 1 : Carte du territoire desservi par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent



Annexe 2 : Script téléphonique

Informations pour les familles, transmises par les infirmières lors de la prise de rendez-vous du suivi postnatal.

Une chercheure affiliée au CSSS de Bordeaux-Cartierville fait présentement une étude sur les pratiques religieuses et culturelles des familles ayant récemment eu un bébé. Elle étudie la place qu'occupent la religion et la culture dans les services de santé à domicile. Est-ce que vous consentez à ce qu'elle se joigne à moi lors du suivi postnatal à domicile? Elle ne serait présente qu'en tant qu'observateur. À notre arrivée, si vous avez des questions, vous pourrez les lui poser et si vous décidez finalement que vous préférez qu'elle quitte, elle le fera.

Annexe 3 : Grille d'observation – Suivi postnatal

Rapport de notes de terrain (en date du 6 septembre 2013)

Date de l'observation :

Heure et durée :

CONTEXTE :

Comment je me suis retrouvée à faire cette observation?

Appréhensions et Échanges préobservation

Description des lieux

Climat général lors de l'observation

Description des participants présents

DÉROULEMENT DE L'OBSERVATION :

Description du cours de la visite à domicile (diffusion d'informations, pratiques, questions, etc.)

NÉGOCIATIONS :

Description de la relation entre l'intervenant et l'utilisateur;

Description des réactions de la famille face aux propositions/déroulement du suivi

Description de l'intervenant face aux questions des parents;

Enjeux et «Accommodements»;

Échanges post-observation

THÉMATIQUES IMPORTANTES :

Croyances religieuses ou spirituelles;

Pratiques liées à la religion ou aux croyances;

Pratiques liées à la culture;

Dynamique familiale (relation homme femme, parents-enfants, parents-famille éloignée);

Parcours migratoire et statut migratoire;

Différence entre le pays d'origine et le pays d'immigration (si immigrants);

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (Observations – usagers)

Titre de la recherche : La religiosité comme facteur de négociations des pratiques de soins : les suivis postnatals à domicile

Chercheure principale : Valérie Amirault (PhD), professeure titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal

Agente de recherche : Emilie F-Audy, étudiante au doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal

Bonjour,

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Prenez le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information. Si le présent document contient des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à nous en faire part. Votre participation à ce projet est volontaire.

Description et objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à déterminer la place que l'on attribue au religieux dans le système de santé québécois, notamment dans les suivis à domicile offert par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et de la Maison de naissance Côte-des-Neiges, affilié au CSSS de la Montagne. Nous soutenons ici que les intervenants (infirmières, auxiliaires familiaux et sages-femmes) travaillant au sein des établissements de santé et les patients définissent ensemble l'espace attribué au religieux dans le soin. Nous désirons ainsi décrire, par le biais d'observations et d'entrevues, les interactions entre les professionnels et les usagers afin de déterminer dans quelles conditions se font les négociations entourant la place du religieux dans les soins de santé postnatale. Dans le cadre de cette étude nous envisageons effectuer une centaine d'observations et une vingtaine d'entrevues.

Participation attendue à la recherche

Vous êtes donc invité à participer au volet observation de ce projet. Dans le cadre de ces observations l'agente de recherche, s'attardera à observer les interactions entre le professionnel de la santé et vous.

Avantages, risques et inconvénients de la participation à la recherche

Vous ne retirez aucun avantage personnel à participer à ce volet de l'étude. Toutefois, en participant, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de la prise en compte du religieux dans le système de santé publique du Québec.

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheure.

Confidentialité

Les données collectées seront traitées de manière confidentielle et serviront uniquement pour la recherche ci-haut identifiée. Elles ne seront pas accessibles au personnel de l'établissement (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent ou CSSS de la Montagne, dans le cas échéant). Les données seront conservées dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit sept ans après la fin du projet

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ou par l'établissement. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Les données seront utilisées dans le cadre d'un travail de doctorat et pourraient être diffusées dans les établissements concernés (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et CSSS de la Montagne).

Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, et ce sans préjudice.

Le refus de participer ou le retrait de la recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services que vous recevrez dans l'établissement.

À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront aussi être détruits.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter l'agente de recherche, Emilie Audy, par courriel [REDACTED] ou par téléphone [REDACTED]

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : [REDACTED] ou encore par courriel à [REDACTED]

Vous pouvez également joindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement : CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, madame Dominique Demers, téléphone : [REDACTED]
CSSS de la Montagne, madame Pauline Grunberg téléphone : [REDACTED]

Merci pour votre participation

Emilie Audy
Candidate au doctorat
Département de sociologie, Université de Montréal

Annexe 5 : Formulaire d'information et consentement Entretien —

Usagère



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Usagers

Titre de la recherche : La religiosité comme facteur de négociations des pratiques de soins : les suivis postnatals à domicile

Chercheur principal : Valérie Amiraux (PhD), professeure titulaire Département de sociologie, Université de Montréal

Agente de recherche : Emilie F-Audy, étudiante au doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal

Bonjour,

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet est volontaire.

1. Description et objectifs de la recherche.

Ce projet de recherche vise à déterminer la place que l'on attribue au religieux dans le système de santé québécois, notamment dans les suivis à domicile offert par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et de la Maison de naissance Côte-des-Neiges, affilié au CSSS de la Montagne. Nous soutenons ici que les intervenants (infirmières, auxiliaires familiaux et sages-femmes) travaillant au sein des établissements de santé et les patients définissent ensemble l'espace attribué au religieux dans le soin. Nous désirons ainsi décrire les interactions entre les professionnels et les usagers afin de déterminer dans quelles conditions se font les négociations entourant la place du religieux dans les soins de santé postnatale..

2. Participation attendue à la recherche

Votre participation à ce projet consiste à accorder une entrevue à l'agente de recherche, qui vous posera des questions relatives à vos croyances et vos pratiques religieuses au sein des établissements publics de santé en contexte périnatal. Nous traiterons également de vos interactions avec les membres du personnel de santé. Cette entrevue d'une durée de 70 à 90 minutes sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la

transcription et devrait durer environ une heure. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweur, selon vos disponibilités.

3. Avantages de la participation à la recherche

Vous ne retirez aucun avantage personnel à participer à cette étude. Toutefois, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de la prise en compte du religieux dans le système de santé publics du Québec.

4. Risques et inconvénients de la participation à la recherche

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience émotive. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire aux entrevues et le déplacement qu'elle implique, dans le cas échéant.

5. Confidentialité

Les données collectées demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Les données collectées serviront uniquement pour la recherche ci-haut identifiée et ne seront pas accessibles au personnel de l'établissement (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent ou CSSS de la Montagne, dans le cas échéant). Chaque participant à la recherche se verra attribuer un pseudonyme et seule la chercheuse aura la liste des participants et des pseudonymes correspondants. De plus, les données seront conservées dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et l'ensemble des données collectées sera détruit sept ans après la fin du projet.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ou par l'établissement. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

6. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Les données seront utilisées dans le cadre d'un travail de doctorat et les résultats pourraient être diffusés dans les établissements concernés (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et CSSS de la

Montagne). Si vous le désirez, nous pourrions vous faire parvenir un résumé des résultats par voie électronique, une fois l'étude terminée.

Si vous êtes intéressé.e à recevoir un résumé, inscrivez votre adresse courriel ici :

7. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, et ce sans préjudice. Le refus de participer ou le retrait de la recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services que vous recevrez dans l'établissement.

À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront être détruits.

8. Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9. Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter l'agente de recherche, Emilie Audy, par courriel [REDACTED] ou par téléphone [REDACTED]

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : [REDACTED] ou encore par courriel à [REDACTED]

Vous pouvez également joindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement :

CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, madame Dominique Demers, téléphone : [REDACTED]

CSSS de la Montagne, madame Pauline Grunberg téléphone : [REDACTED]

10. Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée oui ____ non ____

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

11. Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom et rôle dans la recherche

Signature

Date

12. Déclaration du chercheur responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

L'original du formulaire sera conservé au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le CER de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 3 octobre 2013.

Annexe 6 : Guide d'entrevue — Usagères

Guide d'entrevue – Usagers

A. PROFIL PERSONNEL DU PARTICIPANT

Pouvez-vous me parler de vous? Où êtes-vous né?

(Informations à récolter : processus migratoire, membre de la famille aux pays, âge, occupation, etc.)

B. SITUER LA NÉGOCIATION : les services utilisés

Quels services de santé avez-vous utilisés depuis le moment où vous êtes enceinte?

Qui est votre principale source de soutien depuis votre grossesse? Famille vs Institution

C. CROYANCES ET PRATIQUES RELIGIEUSES

Êtes-vous pratiquant? Pouvez-vous me parler de vos pratiques au quotidien?

Est-ce qu'il y a des choses qui ont changé depuis votre arrivée au Québec?

Contacts particuliers avec une autre culture/autre religion (votre conjoint)?

D. LA RELIGION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Est-ce qu'il y a des choses qui était importante pour vous au cours de votre grossesse? Des choses qu'on fait dans votre pays d'origine/culture? Les avez vous fait ici?

Aviez-vous des demandes? Comment ont réagi les intervenants?

Comparer avec vos grossesses précédentes ou celles d'une connaissance.

Selon vous, quelle place devrait occuper la religion dans les services de soins?

Annexe 7 – Formulaire de consentement et d’observation Entretien —

Infirmière



FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT Professionnels

Titre de la recherche : La religiosité comme facteur de négociations des pratiques de soins : les suivis postnatals à domicile

Chercheuse principale : Valérie Amiriaux (PhD), professeure titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal

Agente de recherche : Emilie F-Audy, étudiante au doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal

Bonjour,

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d’information et de consentement avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c’est le cas, n’hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet est volontaire.

1. Description et objectifs de la recherche.

Ce projet de recherche vise à déterminer la place que l’on attribue au religieux dans le système de santé québécois, notamment dans les suivis à domicile offert par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et de la Maison de naissance Côte-des-Neiges, affilié au CSSS de la Montagne. Nous soutenons ici que les intervenants (infirmières, auxiliaires familiaux et sages-femmes) travaillant au sein des établissements de santé et les patients définissent ensemble l’espace attribué au religieux dans le soin. Nous désirons ainsi décrire les interactions entre les professionnels et les usagers afin de déterminer dans quelles conditions se font les négociations entourant la place du religieux dans les soins de santé postnatale.

2. Participation attendue à la recherche

Votre participation à ce projet consiste à accorder une entrevue à l’agente de recherche, qui vous posera des questions relatives à vos interactions avec vos patients notamment en matière de pratiques religieuses et de pratiques médicales en contexte périnatal. Nous procéderons à cette entrevue sur vos heures de travail. Cette entrevue, d’une durée de 70 à 90 minutes, sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d’en faciliter ensuite la transcription

et devrait durer environ une heure. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweur, selon vos disponibilités.

3. Avantages de la participation à la recherche

Vous ne retirez aucun avantage personnel à participer à cette étude. Toutefois, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de la prise en compte du religieux dans le système de santé publique du Québec.

4. Risques et inconvénients de la participation à la recherche

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience émotive. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Elle pourra vous fournir les coordonnées de plusieurs ressources appropriées.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire aux entrevues et le déplacement qu'elle implique, le cas échéant.

5. Confidentialité

Les données collectées demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Les données collectées serviront uniquement pour la recherche ci-haut identifiée et ne seront pas accessibles au personnel de l'établissement (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent ou CSSS de la Montagne, dans le cas échéant). Chaque participant à la recherche se verra attribuer un pseudonyme et seule la chercheuse aura la liste des participants et des pseudonymes correspondants. De plus, les données seront conservées dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et l'ensemble des données collectées sera détruit sept ans après la fin du projet.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ou par l'établissement. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

6. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Les données seront utilisées dans le cadre d'un travail de doctorat et les résultats pourraient être diffusés dans les établissements concernés (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et CSSS de la Montagne). Si vous le désirez, nous pourrions vous faire parvenir un résumé des résultats par voie électronique, une fois l'étude terminée.

Si vous êtes intéressé.e à recevoir un résumé, inscrivez votre adresse courriel ici :

7. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, et ce sans préjudice.

À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront être détruits.

8. Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9. Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter l'agente de recherche, Emilie Audy, par courriel [REDACTED]

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : [REDACTED] ou encore par courriel à [REDACTED]

Vous pouvez également joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement :

CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, madame Dominique Demers, téléphone : [REDACTED]

CSSS de la Montagne, madame Pauline Grunberg téléphone : [REDACTED]

10. Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée oui ___ non ___

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

11. Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom et rôle dans la recherche

Signature

Date

12. Déclaration du chercheur responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

L'original du formulaire sera conservé au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le CER de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 3 octobre 2013

Annexe 8 – Guide d’entrevue – Infirmières

A. PROFIL PROFESSIONNEL ET PERSONNEL DU PARTICIPANT

Décrivez-moi votre journée de travail.

Est-ce que c’est représentatif d’une journée typique? Est-ce que ça ressemble à ce que vos collègues font?

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel?

(études, spécialités, lieu de travail, postes occupés, poste actuel, nombre d’années de pratique, les raisons pourquoi vous avez choisi cette carrière).

B. SITUER LA NÉGOCIATION

Pouvez-vous me parler des usagers de vos services?

(Âge, origine, religion, nouvellement arrivée, statut socioéconomique).

C. PLURALISME

Pouvez-vous me parler de votre pratique par rapport à [revenir sur les catégories évoquées par le participant lors de la section précédente]?

Comment qualifiez-vous vos relations avec [les catégories]?

Est-ce que vous croyez que vos collègues pensent la même chose? Pourquoi?

Avez-vous des exemples?

En quoi est ce qu’intervenir avec ces usagers, est différent? Est-ce différent?(langue, incompréhension des problématiques, différence culturelle prononcée)

Adaptez-vous votre pratique selon vos usagers? Expliquez.

Et vos collègues?

Pensez-vous qu’eux doivent s’adapter?

Aborder les mêmes questions, mais spécifiques à la religion si elle n’est pas ressortie.

D. LA RELIGION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Que pensez-vous de la religion au sein des établissements de santé?

Où et comment se manifeste-t-elle selon vous?

Croyez-vous que les autres professionnels pensent la même chose?

Selon vous, quelle place devrait occuper la religion dans les services de soins? La situation actuelle vous convient-elle?

Selon vos protocoles, comment êtes-vous supposé gérer le religieux et le culturel? En parlez vous avec des collègues?