

Résumé

Pour concevoir l'agir complexe de la pratique infirmière, les théories auraient avantage à adopter un mode de pensée systémique qui reconnaît le caractère interdépendant de la vie humaine. Nous supposons que cela permettrait d'appréhender les visées de santé dans la discipline infirmière. Dans cet article, nous proposons de recourir à l'idée des capacités d'Amartya Sen. Les capacités, soit l'ensemble des libertés réellement possédées par les individus, reconnaissent les multiples dynamiques personnelles, sociales ou environnementales qui permettent à chacun de vivre la vie valorisée. En positionnant les capacités pour la santé comme finalité, notre proposition conçoit que l'agir complexe de la pratique infirmière s'engage dans des activités qui transforment des ressources en capacités. Cela prend forme par la participation des personnes soignées et par la création d'un environnement favorable. Notre proposition évoque alors un espace d'interdépendance réciproque, une réflexivité des infirmières, ainsi qu'un positionnement stratégique pour cheminer vers la santé.

Mots clés agir complexe, capacités, pratique infirmière, processus de conversion, théorie infirmière

L'idée des capacités de Sen pour concevoir l'agir complexe de la pratique infirmière

JÉRÔME LECLERC-LOISELLE, SYLVIE GENDRON
ET SERGE DANEALU

Introduction

La pratique infirmière évolue dans un espace mouvant et transitoire qui caractérise le 21^e siècle. La professionnalisation de multiples acteurs, la technologisation des rapports sociaux et géopolitiques, la mondialisation de l'accès aux savoirs et aux ressources, ainsi que les iniquités sociales croissantes complexifient l'organisation, l'environnement et l'agir de la pratique infirmière. Cet agir peut être conçu comme étant complexe, signifiant qu'il est constitué d'une variété d'acteurs, de ressources, de normes et de savoirs en interaction (1).

Cet agir n'est pas circonscrit à l'infirmière en elle-même. Il comporte plutôt des émergences imprévisibles, source de solutions nouvelles ou innovantes en termes d'engagement politique des infirmières ou de développement d'approches collectives et collaboratives pour la santé (1,2). L'agir complexe est alors porteur d'agilité pour les infirmières qui s'activent pour la santé des gens, dans une diversité de contextes (1).

Pour déployer l'agir complexe de la pratique infirmière, et sa capacité inventive dans un monde incertain, différentes idées, perspectives et théories s'offrent à nous (3). Toutefois, dans la discipline infirmière, les théories semblent plus souvent utilisées pour guider ou orienter le raisonnement clinique des infirmières (4,5). Qu'il s'agisse de théories intermédiaires (6) ou de théories spécifiques aux situations (7,8), le corpus théorique de la science infirmière à l'ère de pratiques basées sur des résultats probants (9) vise plus couramment un certain niveau de généralisation et de prédiction explicative (4).

Sans nier le confort intellectuel et la valeur de telles théories, d'autant plus lorsqu'elles sont dérivées de méthodes

scientifiques rigoureuses, leur adoption majoritaire pour guider la pratique infirmière implique des conséquences (10,11). Parmi celles-ci, nommons des théories présumées représenter la réalité qui sont composées d'entités mesurables et reliées linéairement; le caractère parfois descriptif, plutôt que réflexif de ces théories; un penchant (uni)disciplinaire qui semble limiter l'apport d'autres systèmes de pensée; ou un idéal de prédictibilité (3,10,12,13). Par ailleurs, plutôt centrées sur des enjeux du monde occidental, nombre de théories infirmières comportent le risque de marginaliser des idées, des valeurs et des savoirs différents ou divergents, atténuant ainsi leur portée réflexive et critique (14,15,16,17). Fondées sur une épistémologie scientifique dominante (18), il n'est pas rare que des théories infirmières tendent à reléguer des réalités sociales et politiques alternatives à des situations militantes, qui pourtant, expriment des enjeux contemporains générateurs de l'agir complexe de la pratique infirmière (17,19). De telles théories, supposées objectives, risquent d'imposer des angles morts sur des réalités sociales qui, en l'occurrence, échappent aux infirmières (12). L'idée que de telles théories puissent guider la pratique infirmière dans un monde mouvant et incertain est, pour le moins, hasardeuse.

Ainsi, l'agir complexe de la pratique infirmière ne peut être réduit à une rationalité scientifique productrice de théories prédictives, objectivantes ou (uni)disciplinaires. Nous proposons qu'une telle pratique gagne à être conçue selon une rationalité d'intelligibilité portée par des sujets qui ne connaissent que leur expérience du réel, sans pour autant postuler que leurs connaissances reproduisent la réalité telle qu'elle est (1,20). Cette proposition d'intelligibilité prend appui sur la pensée systémique complexe de Jean-Louis Le Moigne (20). Dans cette épistémologie, toute connaissance est construite par des sujets à partir de leur expérience du réel et de leurs représentations de l'action observée et vécue (20,21). La connaissance est un outil qui permet à chacun de cheminer dans le monde. La démarche systémique vise à rendre intelligible cette connaissance construite, par le biais d'une approche de modélisation des phénomènes perçus complexes (2); modélisation susceptible d'amplifier le raisonnement, pour produire une action délibérée au sein du phénomène (22), qu'est ici la pratique infirmière. Par cette pensée reliaante et systémique (20,21), l'agir complexe de la pratique infirmière met alors l'accent sur les interdépendances entre les acteurs, leurs activités de soin, leurs savoirs, leurs valeurs et leurs environnements (1). Des théoriciennes infirmières comme Martha Rogers ou Margaret Newman ont d'ailleurs déjà proposé des conceptions reliant l'infirmière à de multiples processus sociotechniques générateurs de santé et de bien-être (23,24) suggérant que la reliance systémique n'est pas une

idée nouvelle pour les théoriciennes infirmières.

Pour concevoir et déployer l'agir complexe, une rationalité d'intelligibilité de la pratique infirmière suppose l'explicitation de l'intentionnalité de cette pratique (1,22), en cohérence avec des valeurs, des principes, des savoirs qui sont constitutifs de la discipline infirmière. En termes contemporains, la santé, l'équité et la justice sociale sont généralement reconnues comme étant des visées essentielles de la pratique infirmière (1,25,26). De telles visées rappellent l'actualisation du potentiel d'autonomie des humains (27), l'accessibilité aux ressources nécessaires pour être en santé (28) et des valeurs de liberté (29), autant d'idées explorées par des penseurs de la discipline, sans toutefois tendre vers l'intelligibilité d'une pratique infirmière poursuivant ces visées.

Nous proposons ici une exploration de l'idée des capacités d'Amartya Sen pour concevoir et déployer l'agir complexe de la pratique infirmière. L'intentionnalité de cette pratique serait celle d'un engagement envers l'ensemble des libertés réellement possédées par un individu pour être et faire ce qu'il a raison de valoriser (30), autrement dit, pour vivre la vie valorisée. Ici, les libertés ne concernent pas seulement les libertés formelles des individus (leurs droits d'agir), mais aussi et surtout leurs libertés réellement possédées d'être et de faire. Le potentiel théorique de cette idée a déjà été évoqué pour l'étude et le développement de pratiques soignantes (31,32,33) mais demeure inexploré en sciences infirmières. Le but de cet article est alors de conceptualiser une pratique infirmière conçue comme agir complexe en prenant appui sur l'idée des capacités de Sen. Dans ce qui suit, des idées d'Amartya Sen seront introduites pour saisir les possibilités qu'offre sa pensée pour concevoir l'agir complexe de la pratique infirmière. Une proposition théorique, développée à partir de ses idées principales, sera ensuite présentée et détaillée. Celle-ci offre une fenêtre sur le caractère relationnel de l'agir complexe de la pratique infirmière et sa nature sociale, stratégique et réflexive pour la santé.

L'idée des capacités d'Amartya Sen

L'œuvre d'Amartya Sen, récipiendaire du prix de la Banque de Suède en sciences économiques en mémoire d'Alfred Nobel, remis par la fondation Nobel de 1998, traite du développement humain et de la justice. Il propose le néologisme de « capacité », contraction des mots capacité et liberté, pour désigner une liberté réellement possédée par un individu pour être et faire ce qu'il a raison de valoriser (30,34). Au départ, Sen (35) propose l'approche par les capacités comme alternative à l'usage d'indicateurs de richesse comme seules mesures du bien-être individuel. Il postule que la richesse représente des ressources possédées par les gens, mais ne fait pas état de

leur capacité réelle à les utiliser. En effet, le bien-être d'une personne n'augmente pas nécessairement avec la quantité de ressources possédées. En proposant l'idée des capacités comme indicateur de bien-être individuel, Sen (30) met l'accent sur la vie que les gens ont raison de valoriser, c'est-à-dire sur ce qui est considéré comme bon, par chacun, en termes d'aspirations, d'objectifs ou de préférences individuelles. Cette raison est déterminée par la rationalité des individus et ne doit pas être substituée par autrui. Elle doit cependant pouvoir être engagée dans un dialogue afin de l'exposer et de la partager (36). Pour l'agir complexe de la pratique infirmière, l'idée des capacités sollicite alors un questionnement sur la nature et le processus de création des libertés réellement possédées et nécessaires à chaque vie humaine, plutôt que sur les ressources possédées par chacun.

L'intérêt des capacités repose dans leur valeur tant instrumentale, qu'intrinsèque (36). D'une part, leur valeur est instrumentale, car les capacités reflètent les libertés réellement possédées par les individus à œuvrer aux finalités qu'ils valorisent pour eux-mêmes, notamment des activités valorisées pour soi, ou encore dans des causes jugées importantes, notamment en termes d'engagement social pour des besoins en santé, environnementaux, humanitaires, politiques ou économiques. De ce point de vue, il est possible d'apprécier ou d'évaluer l'atteinte des capacités. D'autre part, leur valeur est intrinsèque, car l'idée des capacités comporte la liberté de choisir la vie que chacun a raison de valoriser. Le focus de cette approche est de créer des libertés réelles, sans intentions normatives quant aux choix qui en découlent.

Suivant les idées de Sen (37), la vie comprend un ensemble de modes de fonctionnement qui composent les êtres et les faires des individus ('beings and doings'), soit l'ensemble des états et des activités de la vie humaine. Par exemple, ces êtres et ces faires peuvent prendre la forme d'être bien nourri, d'être heureux, de mener ses activités sans douleur, de dormir ou de se déplacer. Ces êtres et faires n'impliquent pas nécessairement une activité motrice; être oisif est un mode de fonctionnement, au même titre que de marcher. Par ailleurs, les modes de fonctionnement résultent d'un choix, volontaire ou non, effectué au travers de l'ensemble des capacités possédées par un individu. Pour illustrer la distinction entre les notions de capacités et de modes de fonctionnement, Sen donne l'exemple d'une personne qui a faim et d'une personne qui jeûne. Être affamé et jeûner représente le même mode de fonctionnement (i.e. ne pas s'alimenter). Cependant, dans le premier cas, la capacité de manger est absente; tandis que dans le cas du jeûne, il s'agit d'un choix exercé par

l'individu. Une personne qui jeûne possède alors davantage de capacités que la personne qui est affamée, car elle pourrait aussi choisir de s'alimenter. Par cet exemple, l'on comprend que les capacités représentent l'ensemble des libertés réellement possédées par les individus (p. ex. s'alimenter et/ou ne pas s'alimenter), et les modes de fonctionnement représentent l'actualisation observable des capacités en êtres et en faires.

Le processus de création de capacités est nommé « conversion » (38). Il s'agit du processus par lequel divers facteurs permettent de convertir (ou non) des ressources en capacités (Figure 1). Ces facteurs de conversion (38) réfèrent à des dynamiques personnelles, sociales et environnementales qui favorisent (ou inhibent) la conversion de ressources en capacités. Ils incluent, notamment, l'âge, le genre, la condition physique, le niveau de littératie, le réseau social, les politiques publiques, les normes sociales, les lieux physiques et les environnements bâtis dans lesquels la personne vit. Ils sont dynamiques et s'inter-influencent. Par exemple, la littératie d'un individu sera influencée, voire déterminée, par les politiques publiques et les normes sociales relatives à la scolarisation. Ces facteurs coexistent avec les ressources à la disposition d'un individu, c'est-à-dire l'ensemble des acteurs, des biens et des services à sa disposition (35). Cela étant dit, la possession de ces ressources ne garantit en rien la possibilité réelle de les utiliser. Les ressources en elles-mêmes sont inutiles si elles ne sont pas considérées en relation avec les facteurs de conversion

La Figure 1 représente les idées retenues pour concevoir et déployer l'agir complexe de la pratique infirmière dont l'intentionnalité est celle d'un engagement auprès des personnes soignées afin qu'elles vivent la vie qu'elles ont raison de valoriser.

Dans cette figure, le processus de conversion de ressources génère des capacités, c'est-à-dire des libertés réellement possédées par un individu, pour être et faire ce qu'il a raison de valoriser au quotidien. Il importe de spécifier que dans ce processus, les modes de fonctionnement représentent l'actualisation observable des capacités en êtres et en faires, lesquelles sont issues de choix, volontaires ou non. Ainsi, les modes de fonctionnement ne correspondent pas d'emblée aux possibilités réelles d'être et de faire ce qui est valorisé ou à prendre acte et à choisir pour soi. Ils sont, en partie, configurés par des processus de conversion, comprenant à la fois les ressources à disposition et les facteurs de conversion. Ces processus de conversion relèvent autant de l'individu que de son environnement et sont clés dans la création de capacités.

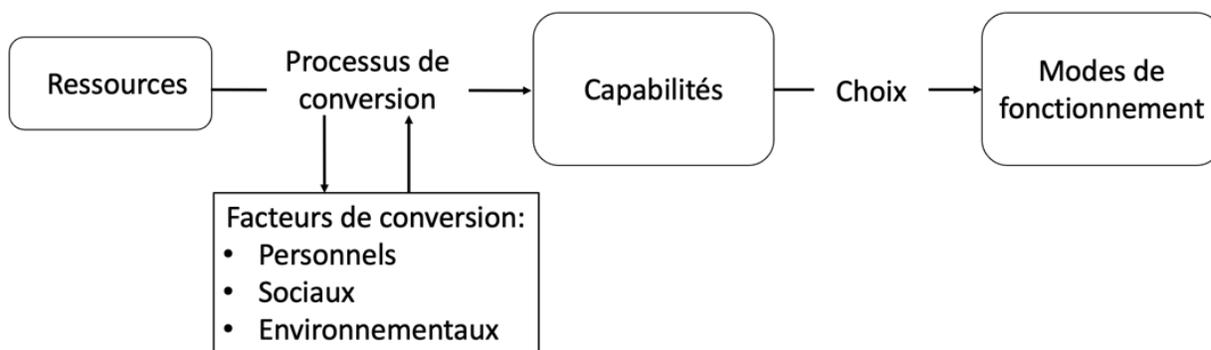


Figure 1 – Représentation schématique des idées retenues de l'approche par les capacités de Sen, inspirée de Robeyns³⁸

Bien que l'approche de Sen (37) soit centrée sur l'individu, elle n'est pas individualiste. Les capacités sont profondément sociales, considérant les facteurs de conversion et les ressources mobilisées (39). Les capacités possédées par un individu pour vivre la vie qu'il a raison de valoriser, relèvent autant de l'individu que de son environnement social, politique et culturel, comprenant la pratique infirmière. Cela traduit alors une dimension collective à cette approche, où Sen (36) soutient la pertinence des discussions contextualisées à l'environnement local pour déterminer, de manière rationnelle, les capacités à poursuivre. La nature sociale des capacités nécessite en effet une forme d'action collective pour s'y engager de manière cohérente (36). Sans souhaiter établir une liste fermée de capacités, Sen postule qu'une entente, située et évolutive, permet de s'engager collectivement vers certaines capacités jugées importantes localement, comme pourraient l'être l'accès à certains soins ou services, l'expression politique ou religieux ou la reconnaissance non-discriminatoire des vies humaines. Cette approche flexible permet alors de reconnaître la diversité des aspirations, des objectifs et des préférences individuelles.

Différemment, l'idée des capacités a aussi été centrale aux travaux de Martha Nussbaum, philosophe américaine du droit. Lui reconnaissant des fonctions à visées normatives, plutôt que centrées sur la possibilité de chacun de développer ses capacités, Nussbaum considère que les sociétés devraient viser un seuil minimal de capacités humaines pour tous les citoyens, et ce, afin de vivre une vie digne (40). Pour ce faire, elle propose une liste de dix capacités humaines qui devraient être garanties à tous et utilisée comme outil de planification et d'évaluation des politiques publiques (40). Cette conception, plus universaliste apparaissait moins porteuse à notre projet que celle de Sen qui lui privilégie une approche communicationnelle et délibérative, reconnaissant la diversité des vies humaines.

L'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion

Dans ce qui suit, nous proposons une mise en relation des idées de Sen pour concevoir l'agir complexe de la pratique infirmière comme un processus de conversion qui participe à la création de capacités pour les êtres et les faire que les personnes soignées ont raison de valoriser. Cette idée de conversion n'est pas propre à l'agir complexe de la pratique infirmière, car d'autres pratiques sociales s'inscrivent dans ce processus. Toutefois, nous proposons que cette idée s'incarne de manière distincte chez les infirmières du fait de leur engagement envers la santé des personnes soignées.

Pour élaborer notre proposition, six documents de référence de Sen (30,34,35,36,37,41) ont été sélectionnés pour leur apport évolutif au développement de l'idée des capacités. Dans l'étude de ces documents, nous désirions identifier des idées qui permettraient de concevoir la pratique infirmière comme un système d'action complexe, en prenant appui sur la rationalité d'intelligibilité d'une pensée systémique et donc le principe de modélisation susceptible de produire une action délibérée (20,21). L'étude initiale des documents a été réalisée graduellement par le premier auteur à partir d'un canevas d'analyse construit selon les dimensions d'une conception complexe de la pratique infirmière. Cette démarche cherchait à identifier des concepts dans la pensée de Sen qui contribueraient à distinguer les interactions entre les acteurs, les activités, l'espace-temps et l'intentionnalité d'une telle pratique (20,21).

Portés par un raisonnement abductif, trois concepts ont été proposés, soit les ressources, les facteurs de conversion et les capacités. Pour chacun, des procédés de lecture-écriture, incluant la prise de notes et la rédaction de fiches synthèses, ont été réalisés par le premier auteur. Individuellement, chaque concept a fait l'objet de discussions entre les membres de l'équipe de recherche, pour assurer une compréhension

commune quant à leur définition, leur portée et leur adéquation avec l'intention de la démarche. Une fois circonscrits, ces trois concepts ont été mis en relation, par le premier auteur, en prenant appui sur une démarche systémique de modélisation (22) par le biais de schémas comportant des formes graphiques et textuelles. Cette démarche était réalisée par des allers-retours entre les écrits de Sen, le développement de la modélisation et l'écriture. Lors des rencontres de travail avec les co-auteurs, la modélisation en développement faisait l'objet de discussions, notamment sur l'intelligibilité de la proposition pour la pratique infirmière, sur la relation entre les concepts et sur la cohérence avec la pensée de Sen. Graduellement, ce travail s'est éloigné de propositions descriptives, pour tendre vers une forme analytique, qui a permis d'explorer les liens entre la pensée de Sen et les différentes dimensions de la pratique infirmière dans une visée de santé.

La Figure 2 représente notre modélisation de l'agir complexe de la pratique infirmière, conçu comme processus de conversion. Cela signifie que nous concevons la pratique infirmière comme génératrice de capacités pour la santé, lesquelles émergent de la conversion, par la pratique infirmière, d'une diversité de ressources. Dans la figure, on y distingue, à gauche, les acteurs, incluant les soignants, les proches et les personnes soignées, ainsi que leurs ressources et capacités en transformation; l'espace de cette pratique en termes de lieux de soins, d'environnements organisationnels et de dynamiques sociales et politiques. Au centre, on y retrouve les activités infirmières qui transforment des ressources en capacités, par la participation des personnes soignées ou par la création d'un environnement favorable. Finalement, la section de droite fait référence à l'intentionnalité de cette pratique qui s'incarne de manière distincte chez les infirmières du fait de leur engagement envers la santé des personnes soignées, ce que nous nommons des capacités pour la santé. La flèche courbe qui traverse le modèle signale la temporalité récurrente et non linéaire de cette pratique, ainsi que la réflexivité inhérente à cet agir complexe. Autrement dit, les mécanismes inhérents à l'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion, sont contextualisés aux expériences et aux dynamiques sociales et politiques, s'inter-influencent, se potentialisent, et se génèrent sans toutefois présumer d'une prédictibilité ou d'une généralisation explicative.

Trois idées qualifient l'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion, soit 1) une finalité de capacités pour la santé, 2) les activités infirmières qui transforment des ressources en capacités et 3) les ressources en transformation. Ces trois idées, qui constituent le processus de conversion, seront successivement décrites. Afin de mettre

en exergue et d'illustrer ces idées, divers moments d'une situation clinique de pratique infirmière auprès d'une personne en fin de vie à domicile seront développés. Cette situation permettra de relier ces trois idées et de représenter comment l'agir complexe d'une pratique infirmière comme processus de conversion peut se déployer.

Une finalité de capacités pour la santé

Nous proposons que l'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion, poursuit une finalité de capacités pour la santé. En réalité, ces capacités pour la santé ne peuvent qu'être supposées; elles ne sont pas observables en soi. Leur actualisation, en modes de fonctionnement, nécessite l'observation, l'évaluation et la documentation de résultantes du soin qui peuvent agir comme intermédiaire pour concevoir, par abduction, les capacités pour la santé. Ainsi, les modes de fonctionnement revêtent un caractère informateur sur l'impact souhaité des actions posées pour la conversion de ressources vers des capacités.

Dans la pratique infirmière, les capacités pour la santé peuvent prendre plusieurs formes pour les personnes soignées. Par exemple, auprès d'une personne en fin de vie, ces capacités pour la santé pourraient être la possibilité d'une mort jugée digne, celle de vivre des bonheurs au quotidien, celle d'avoir un bon contrôle des symptômes, comme la douleur, celle d'exprimer ou de réaliser ses préférences quant aux modalités de décès ou celle de pouvoir participer activement à une vie sociale ou communautaire jusqu'à la fin. Comme finalités de l'agir complexe de la pratique infirmière, ces capacités pour la santé expriment l'ensemble des projets poursuivis et concertés entre les acteurs.

Étant inscrites dans divers lieux, environnements organisationnels et dynamiques sociales et politiques, les capacités pour la santé doivent pouvoir faire l'objet de discussions locales. Dans la pratique infirmière, cela vise à favoriser une concertation entre différents acteurs pour une action qui, sans devoir être consensuelle, peut être partagée ou déterminée comme étant un compromis acceptable, dans une situation singulière. Il va sans dire que les capacités pour la santé sont inscrites dans des cadres normatifs, qu'ils soient de nature déontologique, réglementaire, législatif ou organisationnel. Sans être immuables, ces cadres orientent la finalité de capacités pour la santé, et la pratique infirmière qui y participe.

Contextualisées aux ressources présentes, les capacités pour la santé sont reliées aux conditions de vie réelles des personnes soignées. En l'occurrence, les acteurs du soin, incluant les infirmières, devraient considérer les possibilités réelles qu'ont

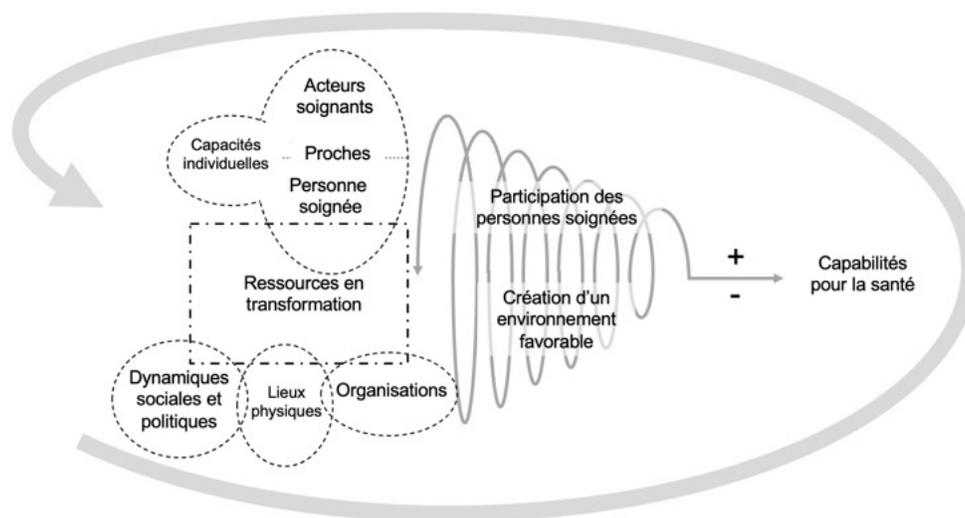


Figure 2 – L’agir complexe de la pratique infirmière, conçu comme processus de conversion

les personnes à utiliser les ressources à disposition, plutôt que de s’en tenir à leur disponibilité. Dans une conception de l’agir complexe de la pratique infirmière, cette distinction recadre le discours sur les déterminants de la santé servant de modèle d’action en sciences infirmières (42). La disponibilité de ressources, comme un logement salubre, un emploi stable, un système d’éducation accessible ou la sécurité alimentaire ne sont pas des fins en soi. Une finalité de capabilités pour la santé réclame la possibilité réelle pour les personnes soignées d’utiliser ces ressources pour vivre la vie valorisée. Par exemple, une personne qui a accès à de la nourriture n’a pas nécessairement de capabilités pour sa santé si elle n’a pas d’argent pour faire ses achats, de connaissances sur la préparation des aliments ou même un réfrigérateur pour leur conservation. Une finalité de capabilités pour la santé implique une mise en relation de l’agir complexe de la pratique infirmière avec les conditions de vie réelles des personnes soignées.

Les activités infirmières qui transforment des ressources en capabilités

La deuxième proposition renvoie à la nature des activités infirmières : il s’agit d’activités qui transforment des ressources en capabilités, permettant de relier les personnes soignées au contexte dans lequel elles vivent. Cette idée de reliance exprime la nature contextuelle et contingente des ressources. Au travers des dynamiques sociales, politiques ou culturelles qui circonscrivent les possibilités réelles des individus (p.ex. en termes d’accès ou de connaissances), les activités infirmières peuvent contribuer à transformer des ressources en capabilités pour faire en sorte que les personnes soignées puissent être et faire ce qu’elles ont raison de valoriser. À partir de notre démarche, nous proposons que ces activités de transformation de ressources en capabilités puissent prendre deux formes potentielles : la participation des personnes soignées et

la création d’un environnement favorable. Ces deux types d’activités sont présentées séparément. Cependant, ils sont complémentaires, l’un reposant sur le déploiement de l’autre.

La participation des personnes soignées:

Afin que les personnes soignées développent des capabilités pour leur santé, à l’intérieur des contraintes du monde dans lequel elles vivent, nous proposons que l’agir complexe de la pratique infirmière déploie des activités visant à solliciter leur participation active au processus de conversion. Nous identifions deux principales activités infirmières qui peuvent favoriser cette participation : développer des connaissances et des compétences individuelles et créer des espaces de dialogue ouverts et réflexifs.

Premièrement, participer activement à la conversion de ressources en capabilités pour la santé exige, pour les personnes soignées, des connaissances et des compétences. Cela s’exprime notamment en termes de littératie en santé ou numérique, de connaissances quant à leur situation de santé, de compréhension générale du système de santé ou de compétences pour communiquer avec les divers intervenants. Par exemple, si une personne en fin de vie ne sait pas comment utiliser des ressources numériques pour accéder à des services communautaires, si elle a de la difficulté à naviguer dans son réseau local de services par manque de connaissances du rôle des différents acteurs, ou si elle n’a pas une connaissance limitée des éléments de surveillance à réaliser en fonction de sa condition de santé, elle pourrait ne pas développer les capabilités nécessaires à la vie qu’elle valorise (p.ex. demeurer à domicile aussi longtemps que possible). Les activités infirmières d’enseignement ou d’éducation à la santé, au cœur de la pratique infirmière (43), trouvent ainsi tout leur sens dans l’agir complexe d’une pratique infirmière comme processus de conversion. Ces activités peuvent tout autant

contribuer au développement des capacités individuelles des personnes soignées à comprendre des enjeux et à convertir leurs ressources en capacités pour la santé, mais également, elles peuvent contribuer au développement des compétences des divers acteurs du soin afin qu'ils accompagnent les personnes soignées dans ce processus de conversion. Ultimement, ces activités de développement de connaissances et de compétences individuelles favorisent la capacité des personnes à choisir de participer, de la manière qu'elles le souhaitent, dans leurs soins.

Deuxièmement, pour que les personnes soignées puissent participer activement au processus de conversion vers des capacités pour la santé, des espaces de dialogue ouverts à la diversité des perspectives, qui considèrent les préférences individuelles et qui sollicitent réflexivement la rationalité de chacun des acteurs concernés, sont requis. Ces espaces de dialogue sont essentiels dans la mesure où le processus de conversion vers des capacités relève autant de ressources, que de facteurs de conversion personnels, sociaux ou environnementaux (36). L'aspect collectif des capacités rend alors nécessaire la création de ces espaces où, dans une visée d'entente et de cheminement, tous peuvent s'investir. En termes d'activités infirmières, il s'agit donc de créer des espaces de dialogue ouverts et réflexifs avec les personnes soignées et les autres acteurs du soin. Spécifiquement, dans ces espaces, l'infirmière devrait élaborer et partager ses objectifs de soin et ses apports potentiels avec la personne soignée, ses proches, les gestionnaires ou les membres de l'équipe interprofessionnelle, ainsi qu'écouter et considérer leur perspective. Il s'agirait également d'accompagner la personne soignée ou ses proches dans le partage et l'explicitation de leurs volontés, afin de favoriser la cohérence des actions professionnelles. Ces espaces visent à favoriser une compréhension mutuelle en vue d'assurer la conversion vers des capacités pour la santé, en cohérence avec la vie désirée par les personnes soignées, à l'intérieur des contraintes contextuelles, qui sont toutes aussi réelles.

Afin de favoriser la possibilité pour une personne en fin de vie de demeurer à domicile, l'infirmière pourrait créer un espace de dialogue qui tient compte à la fois de son évaluation clinique et des volontés de la personne soignée. D'une part, cet espace pourrait situer les choix de la personne dans son histoire de vie. Il s'agirait de faciliter l'expression de ses raisons, de ses valeurs, de sa vision du futur et d'identifier les ressources qu'elle considère pour la suite (p.ex. réseau de soutien, représentations de la fin de vie, des soins palliatifs et de l'aide médicale à mourir). D'autre part, l'infirmière doit être en mesure de communiquer à la personne soignée son évaluation clinique des risques identifiés pour sa sécurité ou celles qui limitent les possibilités

de maintien à domicile, ainsi que la disponibilité de ressources locales, le cas échéant. Bref, plutôt que de considérer d'emblée comme raisonnable, ou non, le choix individuel d'une personne soignée, un espace de dialogue ouvert et réflexif est clé pour favoriser l'entente et la concertation des acteurs afin de cheminer dans le processus de conversion de ressources en capacités pour la santé. Cet espace favorise la participation de la personne soignée par l'expression de sa singularité et la mise en relation de perspectives diverses, mais contributives au processus de conversion.

Il importe de spécifier que dans certaines situations, les personnes soignées peuvent ne pas exercer de contrôle direct dans le processus de conversion des ressources en capacités. Cette possibilité peut être limitée notamment pour des raisons d'organisation sociale, de disposition des lieux physiques ou de caractéristiques individuelles. Différemment, les capacités liées à ce que la personne valorise pour sa vie sont parfois indépendantes des choix et des actions individuelles. Ce peut être le cas des politiques organisationnelles ou de cadres législatifs qui peuvent favoriser ou inhiber le processus de conversion. Dans ces situations, les espaces de dialogue ouverts et réflexifs ont aussi une fonction, où ils permettent aux personnes soignées de partager en amont leurs préférences individuelles. Comme description des facteurs qui orientent les choix, les préférences individuelles permettent de mieux guider une tierce personne dans les actions pour poursuivre des activités qui transforment des ressources en capacités valorisées par la personne soignée. Cela est notamment le cas chez une personne inconsciente, où le partage préalable des préférences individuelles quant aux soins pourrait permettre à l'équipe soignante de mieux les planifier, générant une flexibilité liée à l'évolution de la condition clinique. Contrairement au choix comme option définitive, qui limite la portée des options envisageables pour les capacités, le partage des préférences favorise une expression différente de la participation. Dans la pratique infirmière, cela implique d'interroger non seulement les objectifs, mais aussi les préférences individuelles qui créent ce choix. Cela supporte une compréhension globale des enjeux et une légitimation de l'action de l'infirmière dans des situations où elle a un impact direct sur la conversion de ressources vers certaines capacités pour la santé.

La création d'un environnement favorable:

L'environnement, qui comprend à la fois les dynamiques sociales et politiques, les organisations de soins et les lieux physiques, peut favoriser ou inhiber la conversion des ressources en capacités. Sans un environnement propice, cette conversion est limitée, voire impossible. L'accès aux soins et aux services, le soutien communautaire, les lieux de vie et de soins, la

nature des rapports entre les individus et les organisations, les conditions sanitaires, ainsi que la représentation sociale de certains groupes, sont tous des exemples de facteurs qui favorisent ou inhibent la conversion de ressources en capacités. Cette liste, non exhaustive, illustre des conditions dans l'environnement qui requièrent des activités infirmières de nature sociale ou organisationnelle, pour participer à la conversion de ressources en capacités pour la santé. En contexte de fin de vie, des activités infirmières de nature sociale peuvent notamment inclure la collaboration avec des acteurs du réseau communautaire pour le déploiement des soins à domicile ou les activités d'enseignement aux aides-soignants afin de réaliser certaines tâches. Sur le plan organisationnel, des activités infirmières peuvent inclure la négociation d'allocation d'aide à l'hygiène auprès des gestionnaires ou l'organisation d'initiatives de répit pour les proches, afin de contribuer à la possibilité qu'une personne en fin de vie puisse demeurer à domicile comme elle le souhaite. In fine, les activités infirmières de création d'un environnement favorable comme processus de conversion de ressources en capacités pour la santé mettent en évidence la transformation consciente de l'environnement et, par extension, des ressources à disposition pour déployer ces activités infirmières.

Les ressources en transformation

L'idée de ressources renvoie à l'ensemble des acteurs, des biens et des services qui, dans un environnement et à un moment donné, sont utilisés dans le processus de conversion de ressources en capacités pour la santé. Dans une conception de l'agir complexe de la pratique infirmière, les ressources mobilisées dans un processus de conversion sont diversifiées.

De prime abord, les personnes soignées et leurs proches représentent eux-mêmes des ressources. Ces acteurs de l'agir complexe de la pratique infirmière possèdent des capacités, construites au fil de leur histoire, et qui attestent de leurs possibilités d'être et de faire, autant dans la sphère décisionnelle du soin, que dans l'action quotidienne. La pratique infirmière, comme processus de conversion, sollicite la capacité des personnes de choisir et de décider, pour elles-mêmes et sans coercition, ce qu'elles valorisent pour leur vie. Les ressources individuelles des personnes, en termes de connaissances et de capacités de raisonnement critique, tout comme leurs capacités physiques et sociales, font ainsi partie de l'évaluation clinique et des activités subséquentes, pour convertir lesdites ressources individuelles en capacités pour la santé.

D'autres ressources humaines mobilisables dans la pratique infirmière incluent les membres de l'équipe interprofessionnelle, les organismes communautaires ou l'infirmière elle-même. À celles-ci s'ajoutent des ressources matérielles, incluant les équipements, les espaces physiques, les documents et autres

outils de travail; des ressources financières liées aux soins ou à l'octroi des services; des ressources informationnelles, incluant les données consignées aux dossiers des patients; des ressources organisationnelles reflétant des orientations stratégiques; ainsi que des ressources sociales et politiques, incluant les droits des personnes soignées, des lois, des politiques locales et nationales et la déontologie encadrant la pratique infirmière.

Toutes ces ressources configurent les lieux et les contextes de la pratique infirmière et sont en transformation, par leur nature transitoire. De plus, même lorsqu'elles se déploient en dehors de la pratique infirmière, les ressources transforment, récursivement, la pratique infirmière et ses ressources à disposition. Par exemple, au Québec, la modification législative de 2014 légalisant le recours à l'aide médicale à mourir a créé de nouvelles ressources pour les personnes soignées et les infirmières, permettant des capacités qui n'étaient pas envisageables antérieurement. Différemment, des changements dans le financement des établissements de santé, le délestage du personnel soignant ou les contraintes sociales liées à la situation de la COVID-19 ont limité l'accès à certaines ressources qui étaient disponibles. Cela met en évidence que l'agir complexe de la pratique infirmière prend forme à l'intersection de diverses ressources en transformation, ce qui crée de multiples possibilités de conversion vers des capacités pour la santé.

Discussion

Partant de l'idée de capacités de Sen (30,34,35,36,37,41) et d'une rationalité d'intelligibilité pour concevoir et déployer l'agir complexe de la pratique infirmière dans notre monde contemporain en transformation (1), nous proposons de concevoir la pratique infirmière comme un des multiples processus de conversion de ressources en capacités pour que les individus poursuivent la vie qu'ils ont raison de valoriser. Il va de soi que la pratique infirmière n'est alors pas seule à concourir à la création des capacités. D'autres systèmes d'action, à divers niveaux, peuvent participer à la création de capacités pour la santé. Notre proposition suggère toutefois que cette idée s'incarne de manière distincte dans la pratique infirmière du fait de son engagement envers la santé des personnes soignées. Cette distinction prend forme dans la finalité de capacités pour la santé poursuivie, de même que dans les activités visant la participation des personnes soignées et la création d'un environnement favorable.

À certains égards, cette proposition rappelle la notion d'empowerment, soit la capacité d'un individu à exercer un plus grand pouvoir sur sa vie ou à actualiser son potentiel humain (44,45). En sciences infirmières, ce concept est fréquemment évoqué, particulièrement sous l'angle d'une

idéologie néolibérale d'autodétermination, qui suggère que les personnes seraient d'emblée capables d'exercer un contrôle sur leur vie et donc seraient responsables de leur santé (et de leur maladie) (45,46). L'idée de capacités représente plutôt l'individu comme étant « en capacité de », selon sa réalité propre et singulière. Dans ce cas, la possibilité réelle et contextualisée d'être et de faire n'est jamais acquise, ni prédéterminée en fonction de visées spécifiques, mais demeure en constante transformation.

De manière similaire, notre proposition résonne aussi avec le mouvement de soins centrés sur la personne qui aspire à reconnaître, dans les soins, la singularité de chaque individu en termes d'historicité, de valeurs et d'auto-détermination (47). Présentant un attrait certain sur le plan moral, certaines critiques ont toutefois été formulées sur l'application de tels principes, à savoir la non-reconnaissance de l'asymétrie professionnelle qui justifie la relation (48), la mise à l'écart, dans les processus décisionnels, des réseaux de relations qui constituent l'individu (49), ou encore la possibilité effective d'objectifs de vie en dehors du soin (32). À ces trois critiques, notre idée de concevoir la pratique infirmière comme un processus de conversion de ressources en capacités pour la santé ouvre des pistes de réflexion : 1) sur la nature du rapport entre l'infirmière et les personnes soignées, 2) sur l'étendue des ressources mobilisables, et 3) sur la réflexivité inhérente à cette pratique.

Premièrement, cette proposition évoque un espace d'interdépendance réciproque entre l'infirmière et la personne soignée. La conversion de ressources en capacités pour la santé ne correspond ni entièrement aux volontés de la personne soignée, ni aux visées de l'infirmière. Plutôt que de présumer des comportements à observer ou des actions à poser, le processus de conversion évolue en fonction des possibilités et des impératifs de chacun. En l'occurrence, l'infirmière doit évaluer non seulement comment et dans quelle mesure une personne soignée est en mesure d'agir comme agent de sa propre santé, dans son contexte de vie (32); mais également être à l'écoute de ses choix en fonction de sa vie valorisée. De plus, l'infirmière doit agir en cohérence avec ses responsabilités professionnelles et déontologiques et en expliciter la portée aux personnes soignées. L'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion de ressources en capacités, est donc à la fois singulier et contextualisé aux réalités de l'infirmière et de la personne soignée, soulignant leur interdépendance réciproque, parfois occultée dans le mouvement de soins centrés sur la personne (49). En des termes différents, Pernet et ses collaborateurs (50) suggèrent qu'une relation de confiance mutuelle, qui permet

autant une liberté d'expression chez la personne soignée, qu'une personnalisation des interventions professionnelles, favorise la conversion de ressources en capacités. Notre proposition n'exclut pas la confiance mutuelle. En revanche, le caractère d'interdépendance réciproque ne se résume pas qu'à la nature de la relation infirmière avec la personne soignée; il relie les acteurs et leurs réalités propres dans un système d'action complexe.

Par conséquent, comme deuxième réflexion, l'idée de capacités de Sen élargit la conception dyadique du soin entre l'infirmière et la personne soignée. Notre proposition signale que les facteurs de conversion, personnels, sociaux et environnementaux, qui favorisent ou inhibent les capacités sont multiples et contextuels. L'agir complexe de la pratique infirmière comme processus de conversion doit se déployer non seulement dans l'espace relationnel avec la personne soignée, mais également dans des sphères sociales ou organisationnelles. Cette idée n'est pas nouvelle pour la discipline infirmière (1,26,42,51). Le rapprochement avec les acteurs de la communauté, l'identification des voies d'influence politique, la transformation des règles organisationnelles locales ou l'amélioration des déterminants sociaux de la santé en sont de bons exemples (42,52,53,54,55). Ces pratiques résonnent avec notre proposition qui fait référence à des activités de création d'un environnement favorable pour convertir des ressources en capacités pour la santé. Toutefois, travailler dans ces sphères est parfois considéré inconfortable pour les infirmières. Leur identité politique est peu développée par manque de repères, de compétences ou d'aptitudes (54,56). Les compétences de leadership politique aux niveaux clinique ou organisationnel sont notamment peu abordées durant la formation infirmière (57). En effet, la formation initiale des infirmières mettrait davantage l'accent sur le développement des compétences techniques ou d'évaluation visant la standardisation des soins (58). Les compétences politiques requièrent plutôt le développement d'une capacité d'analyse stratégique des relations organisationnelles et opérationnelles entre les autres acteurs du soin (59), en plus de capacités de gestion du changement (60). Pour s'approprier notre proposition d'agir complexe, le développement de ces compétences serait à poursuivre.

Au vu de ce qui précède, la troisième réflexion issue de notre proposition théorique est à l'effet que la pratique infirmière comme processus de conversion de ressources en capacités pour la santé, est un agir complexe réflexif. Partant de la finalité de capacités pour la santé, les activités infirmières transforment des ressources (humaines, matérielles, informationnelles, organisationnelles, sociales

ou politiques), lesquelles sont converties en capabilités. Ces capabilités peuvent, récursivement, transformer les ressources à disposition pour poursuivre la finalité de la pratique. Les activités d'éducation à la santé qui permettent le développement de connaissances des personnes soignées ou les activités visant à favoriser l'accès à certains professionnels soignants ou groupes communautaires peuvent notamment être données en exemple. Elles permettent à la fois le développement de capabilités pour la santé et de ressources chez les personnes soignées. De cette manière, la pratique mène l'infirmière sur des chemins possiblement différents des trajectoires standardisées ou établies, ce qui exige, chez les infirmières, un jugement critique, voire une capacité de réflexivité sur soi. La participation des personnes soignées au processus de conversion de ressources en capabilités pour leur santé, notamment par la création d'espaces de dialogue ouverts et réflexifs est d'ailleurs un élément clé de cette réflexivité vers des possibilités jusque-là non considérées (49). Plutôt que de positionner le respect des volontés individuelles comme critère absolu de légitimité du soin, les espaces de dialogue ouverts et réflexifs favorisent l'expression de la raison individuelle (30) et son élaboration au contact des possibilités réelles et des contraintes contextuelles. Néanmoins, de tels espaces, qui sollicitent le caractère rationnel des volontés poursuivies par les personnes soignées, semblent peu initiés par les infirmières (29). Les professionnels de la santé craignent parfois de remettre en question les volontés exprimées des personnes soignées (61), ce qui, en l'occurrence, limite la capacité de délibération vers des choix éclairés, contextualisés aux contraintes et justes pour la personne. Comme notre proposition sollicite ces échanges comme moyen pour cheminer, de manière réflexive, vers la finalité de capabilités pour la santé, nous considérons que les mécanismes par lesquels ces espaces se créent et se transforment seraient à cerner. Une telle étude permettrait de mettre en lumière les différentes manières par lesquels la pratique infirmière se relie à la vie réelle des personnes soignées. À cette fin, les méthodologies narratives ou celles de type « étude de cas » seraient à considérer.

Ces trois pistes de réflexion signalent autant le caractère relationnel de la pratique infirmière que sa nature sociale, stratégique et réflexive pour la santé. Une telle ouverture, nécessaire à l'inscription de la pratique infirmière dans le mouvement de soins centrés sur la personne, sollicite une capacité créative pour déployer et prolonger l'engagement envers l'ensemble des capabilités d'une personne pour être et faire ce qu'elle a raison de valoriser (30). La capacité créative est ici comprise comme un agir à la fois novateur et adapté au contexte de la pratique (62), sollicitant la raison, le savoir professionnel et la subjectivité des infirmières (63) pour

créer des voies alternatives aux cadres normés qui limitent parfois les possibilités (17). Les capabilités pour la santé étant éminemment contextuelles (38), les protocoles de soins sont parfois insuffisants. D'autres dispositifs ou acteurs doivent alors être mobilisés pour déployer l'agir complexe de la pratique infirmière. Cette pensée qui relie les savoirs, les volontés de la personne soignée et des ressources suppose une créativité qui transcende l'habituel. Cela pose l'exigence d'un effort réfléchi et continu de la pratique infirmière pour développer la meilleure action en contexte (64). Quoique souhaitable chez les infirmières de tous les niveaux de formation, l'émergence d'une telle capacité créative demande à la fois des compétences de pensée critique et autonome, de même qu'un contexte organisationnel favorable à son déploiement (64,65). Peu étudié sous l'angle de la mise en application par les infirmières, nous soulignons l'intérêt de réfléchir aux manières par lesquelles la capacité créative des infirmières se construit en réponse aux réalités singulières rencontrées.

L'idée des capabilités de Sen ouvre ainsi une fenêtre sur des questionnements éthiques et politiques de la pratique infirmière. Les concepts de capabilités, de conversion et de ressources interrogent de manière critique les conditions de vie des individus et leur engagement dans la transformation du monde. Ces concepts ouvrent à considérer les divers processus de conversion qui façonnent l'expérience humaine, situant les pratiques soignantes dans la multiplicité de ces relations. Toutefois, initialement proposées dans le domaine de l'économie pour formuler des indicateurs de développement humain (30), il faut reconnaître que les idées de Sen n'avaient pas pour visée de concevoir une pratique soignante. Ainsi, nous ne pouvons prétendre que Sen soit en accord avec l'ensemble de nos propositions ou encore moins que ses idées soient transférables à une posture épistémologique particulière. Sa pensée, qui formule un cadre souple d'idées (66), a d'ailleurs été invoquée différemment par d'autres auteurs du domaine de la santé (32,49,50) ce qui témoigne de sa fécondité pour concevoir la diversité des processus sociaux et politiques qui façonnent l'expérience humaine qui est au cœur du soin infirmier.

Conclusion

Dans cet article, l'approche par les capabilités d'Amartya Sen a été utilisée comme outil théorique pour concevoir la pratique infirmière et appréhender son agir complexe. En particulier, nous proposons que le concept de conversion est porteur pour concevoir la pratique infirmière comme la voie de passage entre la diversité des ressources pouvant être mobilisées, selon les réalités contextuelles, et les capabilités pour la santé. S'agissant d'une proposition théorique, celle-

ci mérite maintenant d'être mise à l'épreuve empiriquement pour explorer comment la conversion prend forme dans l'agir complexe de la pratique infirmière. Une telle étude pourrait notamment cerner des mécanismes par lesquels les infirmières génèrent des capacités pour la santé afin que les personnes soignées vivent la vie qu'elles ont raison de valoriser.

Remerciements

Nous tenons à remercier Professeur Hubert Doucet et Madame Lucille Juneau pour leurs réflexions critiques formulées pendant le développement de cette proposition théorique. De même, [nom retiré pour le processus de révision] tient à remercier le Fonds de Recherche du Québec-Santé (FRQ-S), le ministère de l'Enseignement Supérieur (MES), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour le soutien financier lors de ses études doctorales.

Références

1. Richard L, Gendron S, Cara C. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: Une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia*. 2012;4(4):25-39.
2. Busnel C, Vallet F, Ashikali E-M, Ludwig C. Assessing multidimensional complexity in home care: Congruencies and discrepancies between patients and nurses. *BMC Nursing*. 2022;21(1):166.
3. Risjord MW. *Nursing knowledge : Science, practice, and philosophy*. Chichester : Wiley-Blackwell Pub.; 2010.
4. Thorne S, Sawatzky R. Particularizing the general: Sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda. *Advances in Nursing Science*. 2014;37(1):5-18.
5. Hoec B, Delmar C. Theoretical development in the context of nursing—The hidden epistemology of nursing theory. *Nursing Philosophy*. 2018;19(1):e12196.
6. Fawcett J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*. 2005;5:32-43.
7. Im E-O. Development of situation-specific theories: An integrative approach. *Advances in Nursing Science*. 2005;28(2):137-151.
8. Im E-O, Meleis AI. Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. In : Im E-O, Meleis AI (éd.). *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Cham : Springer International Publishing; 2021; 13-27.

9. Porter S. Fundamental patterns of knowing in nursing: The challenge of evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*. 2010;33(1):3-14.
10. Bender M, Holmes D. Reconciling nursing's art and science dualism: Toward a processual logic of nursing. *Nursing Inquiry*. 2019;26(3):e12293.
11. Nairn S. Nursing and the new biology: Towards a realist, anti-reductionist approach to nursing knowledge. *Nursing Philosophy*. 2014;15(4):261-273.
12. Cartron E, Lecordier D, Eyland I, Mottaz A-M, Jovic L. Les sciences infirmières : Savoir, enseignement et soin. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2020;140(1):77-96.
13. Cody WK. Middle-range theories: Do they foster the development of nursing science? *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(1):9-14.
14. Dallaire C. La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2015;121(2):18-27.
15. Lipscomb M. Nursing values: Divided we stand. *Nursing Inquiry*. 2017;24(3):e12209.
16. McGibbon E, Mulaudzi FM, Didham P, Barton S, Sochan A. Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*. 2014;21(3):179-191.
17. Dillard-Wright J, Walsh JH, Brown BB. We have never been nurses: Nursing in the anthropocene, undoing the capitalocene. *Advances in Nursing Science*. 2020;43(2).
18. Florczak K, Poradzisz M, Hampson S. Nursing in a complex world: A case for grand theory. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):307-312.
19. Holmes D, Gagnon M. Power, discourse, and resistance: Poststructuralist influences in nursing. *Nursing Philosophy*. 2018;19(1):e12200.
20. Le Moigne J-L. *Les Épistémologies Constructivistes*. Paris : Que sais-je?; 2021.
21. Avenier M-J. Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*. 2011;43(3):372-391.
22. Le Moigne J-L. *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod; 1999.
23. Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR. Nursing's metaparadigm concepts: Disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(6):1257-1268.

24. Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry*. 2018;25(3):e12243.
25. Adam S, Juergensen L, Mallette C. Harnessing the power to bridge different worlds: An introduction to posthumanism as a philosophical perspective for the discipline. *Nursing Philosophy*. 2021;22(3):e12362.
26. Kagan PN, Smith MC, Chinn PL. *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing: Social Justice as Praxis*. New York : Routledge; 2016.
27. Meleis AI. Directions for nursing theory development in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(3):112-117.
28. King IM. King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(1):19-26.
29. Risjord MW. Nursing and human freedom. *Nursing Philosophy*. 2014;15(1):35-45.
30. Sen A. *The Idea of Justice*. Boston : Harvard University Press; 2011.
31. Stephens C. From success to capability for healthy ageing: shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*. 2017;27(4):490-498.
32. Doucet H, Duplantie A. L'approche par les capacités : Sa contribution aux pratiques soignantes. *Éthique & Santé*. 2017;14(1):11-18.
33. Mitchell PM, Roberts TE, Barton PM, Coast J. Applications of the Capability Approach in the health field: A literature review. *Social Indicators Research*. 2017;133(1):345-371.
34. Sen A. Capability and Well-Being. In : Nussbaum M, Sen A (éd.). *The Quality of Life*. Oxford : Clarendon Press, 1993; 30-53.
35. Sen A. *Commodities and Capabilities*. Haarlem : North-Holland; 1985.
36. Sen A. *Development as Freedom*. Oxford : Oxford University Press; 1999.
37. Sen A. *Inequality Reexamined*. Boston : Harvard University Press; 1995.
38. Robeyns I. The Capability Approach: A theoretical survey. *Journal of Human Development*. 2005;6(1):93-117.
39. Smith ML, Seward C. The relational ontology of Amartya Sen's capability approach: Incorporating social and individual causes. *Journal of Human Development and Capabilities*. 2009;10(2):213-235.
40. Nussbaum M. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Boston : Harvard University Press; 2013.
41. Sen A. Human rights and capabilities. *Journal of Human Development*. 2005;6(2):151-166.
42. Reutter L, Kushner KE. 'Health equity through action on the social determinants of health': Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*. 2010;17(3):269-280.
43. Bielinski N, Gendron S. La pratique infirmière d'éducation pour la santé : Une revue critique de la littérature pour une conception inclusive. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 2021;7(3):100253.
44. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 2003;16(2):30-51.
45. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(1):235-241.
46. Halvorsen K, Dihle A, Hansen C, et al. Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(7):1263-1271.
47. McCormack B, Dewing J, McCance T. Developing person-centred care: Addressing contextual challenges through practice development. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):3.
48. Ekman I. Practising the ethics of person-centred care balancing ethical conviction and moral obligations. *Nursing Philosophy*. 2022;23:e12382.
49. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *American Journal of Bioethics*. 2013;13(8):29-39.
50. Pernet A, Mollo V, Falzon P. Développer les capacités des patients pour coproduire un soin sûr et efficace. *Activités*. 2018;15(1).
51. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière Éducation; 2017.
52. Richard L. Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale: Université de Montréal; 2014.
53. Falk-Rafael A, Betker C. Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "The Trombone Slide" of nursing. *Advances in Nursing Science*.

2012;35(2).

54.Sundean LJ, Waddell A, Bryant DC, Adams JM. Amplifying nurses' influence through governance: Responding to a call to action. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2020;36(3):117-120.

55.Waddell A, Adams JM, Fawcett J. Exploring nurse leaders' policy participation within the context of a nursing conceptual framework. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2017;18(4):195-205.

56.Perron A. Nursing as 'disobedient' practice: Care of the nurse's self, parrhesia, and the dismantling of a baseless paradox. *Nursing Philosophy*. 2013;14(3):154-167.

57.Vandenhouten CL, Malakar CL, Kubsch S, Block DE, Gallagher-Lepak S. Political participation of registered nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2011;12(3):159-167.

58.Buck-McFadyen E, MacDonnell J. Contested practice: Political activism in nursing and implications for nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2017;14(1).

59.Piper S. A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*. 2008;28(2):186-193.

60.Nelson-Brantley HV, Ford DJ. Leading change: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(4):834-846.

61.Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*. 2009;28(S1):555-565.

62.Gintz C-A. Créativité. Les concepts en sciences infirmières. Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. p. 135-138.

63.Billay D, Myrick F, Luhanga F, Yonge O. A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Forum*. 2007;42(3):147-155.

64.Jenkins K, Kinsella EA, DeLuca S. Perspectives on phronesis in professional nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2019;20(1):e12231.

65.Glasdam S, Ekstrand F, Rosberg M, van der Schaaf AM. A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: Sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2020;23(1):141-152.

66.Robeyns I. The Capability Approach in practice. *Journal of Political Philosophy*. 2006;14(3):351-376.

Pour contacter les auteurs:

Jérôme Leclerc-Loiselle
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Email: jerome.leclerc-loiselle@umontreal.ca

Sylvie Gendron
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Serge Daneault
Département de médecine familiale et médecine d'urgence
Université de Montréal
Centre de recherche de l'institut de gériatrie de Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-
Sud-de-l'Île-de-Montréal