

Université de Montréal

Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer
l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès
d'infirmières québécoises politiquement engagées

par
Patrick Martin

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D)
en sciences infirmières

Avril, 2015

© Patrick Martin, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la
profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire
auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées

présentée par :
Patrick Martin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Annette Leibing, présidente-rapporteuse
Louise Bouchard, directrice de recherche
Dave Holmes, co-directeur
Laurence Bernard, membre du jury
Bernard Roy, examinateur externe
représentant du doyen de la FES

Résumé

Les changements socioéconomiques des dernières décennies ont profondément transformé le rapport qu'entretient le Québec avec ses professionnels de la santé. En ouvrant le champ à l'accumulation privée du capital dans les années 1990, se met en place au sein de la fonction publique une philosophie politique issue du monde des affaires. Dès lors, le paradigme de la gouvernance investit les hôpitaux, où exerce 65 % de l'effectif infirmier québécois. Des chercheurs ont investigué les contraintes et torts subis par les infirmières consécutivement à la restructuration du système de santé, cependant, peu d'entre eux ont tenu compte des rapports de force et des structures de pouvoir dans lesquels s'enracine le vécu des infirmières.

La présente étude a pour but d'explorer les expériences vécues d'infirmières soignantes politiquement engagées qui exercent en centre hospitalier (CH), de rendre compte de l'ordre social existant au sein de cette institution, de décrire la façon dont elles aimeraient idéalement exercer et de répertorier les idées qu'elles ont et les actions qu'elles mettent en place individuellement ou collectivement de façon à favoriser la transformation de l'ordre social et de l'exercice infirmier en CH. Épistémologiquement, notre étude qualitative s'inscrit dans cette idée que la réalité est complexe, mouvante et dépendante de la perception des personnes, proposant une orientation compréhensive et contextualisée de l'action humaine et du politique; c'est ainsi que le point de vue politique des infirmières participantes est pris en compte. L'articulation des expériences vécues, de l'idéal normatif et de l'action politique des participantes est explorée suivant une perspective postmoderniste, praxéologique et dialectique issue de la théorie critique qui réfléchit non seulement sur *ce qui est*, mais également sur *ce qui est souhaitable*; une réflexion qui sous certaines conditions s'ouvre sur l'action transformatrice. Les notions de pouvoir, de rapport de force, de résistance et d'émancipation influencent notre analyse.

Au terme de cette étude, les résultats indiquent la présence d'une déprofessionnalisation graduelle en faveur d'une technicisation du soin infirmier et d'une dérive autoritaire grandissante au sein des CH s'arrimant au registre sémantique de l'économie

de marché à partir des notions d'efficacité, de performance et d'optimisation. Les infirmières soignantes perçues comme des « automates performants » se voient exclues des processus décisionnels, ce qui les prive de leurs libertés de s'exprimer et de se faire critiques devant ce qui a été convenu par ceux qui occupent les hautes hiérarchies du pouvoir hospitalier et qui déterminent à leur place la façon dont s'articule l'exercice infirmier. Le pouvoir disciplinaire hospitalier, par l'entremise de technologies politiques comme la surveillance continue, les représailles et la peur, la technicisation du soin et le temps supplémentaire obligatoire, concourt à la subjectivation des infirmières soignantes, en minimisant l'importance de leur jugement clinique, en affaiblissant la solidarité collective et en mettant au pas l'organisation syndicale, ce qui détournent ces infirmières de la revendication de leurs droits et idéaux d'émancipation les ramenant à une position subalterne. Nos résultats indiquent que les actions politiques que les participantes souhaitent déployer au sein des CH visent l'humanisation des soins et l'autodétermination professionnelle. Toutefois, nombre des actions répertoriées avaient pour finalité fonctionnelle la protection et la survie des infirmières au sein d'un dispositif hospitalier déshumanisant. Certaines infirmières soignantes s'objectent en conscience, déploient des actions de non-coopération individuelles et collectives, font preuve d'actes de désobéissance civile ou souhaitent agir en ce sens pour établir un rapport de force nécessaire à la prise en compte de leurs revendications par une *gouvernance hospitalière* qui autrement ferait la sourde oreille. Le pouvoir exercé de façon hostile par la gouvernance hospitalière doit à notre avis être contrecarré par une force infirmière collective égale ou supérieure, sans quoi les politiques qui lui sont associées continueront de leur être imposées. Le renouvellement radical de la démocratie hospitalière apparaît comme la finalité centrale vers laquelle doivent s'articuler les actions infirmières collectives qui permettront l'établissement d'un nouveau rapport de force puisque c'est à partir de celle-ci que les infirmières soignantes pourront débattre de l'orientation que doit prendre l'exercice infirmier.

Mots-clés : actions politiques, centre hospitalier, conditions d'exercice, Foucault, gouvernance néolibérale, infirmières soignantes, postmodernisme, pouvoir, praxis, rapports de force

Abstract

Socioeconomic developments in the past few decades have led to profound changes in Quebec's relations with its healthcare professionals. In the 1990s, private capital accumulation was sanctioned as a political philosophy borrowed from the realm of business emerged in the public service. Since then, the governance paradigm has taken hold in hospitals, where 65% of Quebec's nurses practise. Researchers have investigated the constraints and harms nurses have suffered as a result of health-system restructuring, but only a few have turned their attention to the power relations or power structures (including structures of domination) in which nurses' experience is rooted.

The aim of this study is to explore the lived experiences of politically engaged staff nurses working in a hospital centre; to portray the social order that exists there; to describe the way in which the nurses would ideally like to practise; and to record their ideas and the action they have taken individually and collectively for fostering change in the social order and the practice of nursing. Epistemologically, this qualitative study is based on a view of reality as complex, mutable, and dependent on individual perception, which suggests a comprehensive, contextualized approach to human action and politics and, hence, to the consideration of the political views of the participating nurses.

The linkage between lived experience, normative ideals and political action is explored from a dialectical, praxeological, postmodernist perspective derived from critical theory which constitutes a reflection not only on *what is* but also on *what ought to be*. Such a reflection may, under certain conditions, lead to transformative action. The notions of power, power relations, resistance, and emancipation lie at the very heart of our analytical approach.

The results of the study indicate a gradual deprofessionalization and increasing technicization of nursing. Our findings point, too, to an intensifying drift towards authoritarianism in hospitals with the adoption of the semantic register of the market economy along with the notions of efficiency, performance and optimization. Viewed as little more than high-performance robots, staff nurses find themselves excluded from decision-making processes. They have thus been deprived of the freedom to express opinions about or criticize

decisions taken by the top ranks of the hospital power hierarchy (rather than by the nurses themselves) regarding the way nursing is practised. Disciplinary power in hospitals, exerted through technological policies such as constant surveillance, reprisals and fear, the technicization of care, and mandatory overtime contribute to the staff nurses' subjectification. Their clinical judgment has been devalued, their group solidarity undermined, and their union organization brought to heel. They have thus been diverted from demanding the realization of their rights and their ideals of emancipation and been reduced to the role of subordinates. Accordingly, although the nurse participants want to take action in the hospital to humanize care and achieve professional self-determination, the practical purpose of much of the action we recorded was, rather, their own protection and survival in a dehumanizing hospital system. There are, nonetheless, staff nurses who raise conscientious objections, resort to individual or collective non-cooperation or engage in acts of civil disobedience with the aim of establishing a new power relationship, one that must necessarily be put in place for their demands, which would otherwise be ignored in this system of hospital governance, to be taken seriously.

Unless the antagonistic exercise of power in this system of hospital governance is thwarted by the exercise of equal or greater power on the part of nurses working collectively, they will continue to be subjected to its political philosophy and objectives. Their collective action must focus on the radical renewal of hospital democracy, which, as a new power relationship is established, will enable staff nurses to fully participate in discussions of the orientation of their practice.

Keywords: conditions of practice, Foucault, hospital centre, neoliberal governance, political action, political power, postmodernism, power relations, praxis, staff nurses.

Table des matières

Résumé.....	4
Abstract.....	6
Table des matières.....	8
Liste des figures.....	14
Liste des abréviations.....	15
Remerciements.....	18
Chapitre 1 : Problématique de recherche.....	22
Contraintes/politique/pouvoir.....	27
Action politique/processus émancipateur/engagement politique.....	31
1.2 - But de la recherche.....	43
1.3 - Questions de recherche.....	45
1.4 - Préceptes épistémologiques.....	45
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	49
2.1 - Le pouvoir.....	53
2.1.1 - Weber.....	54
2.1.2 - Marx.....	55
2.1.3 - Arendt.....	56
2.1.4 - Foucault.....	58
Le pouvoir souverain.....	63
Le bio-pouvoir (anatomo-politique et bio-politique).....	64
Le pouvoir pastoral.....	68
Le dispositif.....	71
2.2 - La résistance.....	74
2.2.3 - La résistance en philosophie et en sociologie.....	75
L'objection de conscience.....	78
La non-violence et la non-coopération.....	79
La désobéissance civile.....	82

2.2.4 - La résistance et les sciences infirmières	85
Des contextes	86
Des actes de résistance	88
Des conséquences positives	91
Des conséquences négatives (barrières politiques à la résistance)	92
2.3 - L'émancipation.....	95
2.3.1 - L'émancipation chez Engels et Marx	97
2.3.2 - L'émancipation chez Rancière	105
2.3.3 - L'émancipation en sciences infirmières	112
L'empowerment.....	114
Savoir émancipatoire	117
Études émancipatrices et théorie critique en sciences infirmières.....	122
Chinn.....	124
Jacobs, Fontana, Kehoe, Matarese et Chinn	128
Rose et Glass.....	132
MacLoed et Zimmer	135
Chapitre 3 : Considérations méthodologiques	140
3.1 - Devis de recherche.....	141
3.2 - Positionnement épistémologique.....	141
3.3 - Critères d'inclusion de l'échantillon.....	148
3.4 - Stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participantes	149
3.5 - Profil général des participantes.....	152
3.6 - Milieu de l'étude.....	154
3.7 - Déroulement général de la collecte de données.....	155
3.8 - Techniques de collecte des données	157
Les entrevues semi-structurées individuelles.....	157
Les entrevues auprès des groupes de discussion.....	159
Le questionnaire sociodémographique	160
Le journal de terrain.....	160

3.9 - La méthode d'analyse des données	161
3.10 - Critères de rigueur scientifique.....	164
Crédibilité	164
Transférabilité.....	165
Fiabilité	165
3.11 - Considérations éthiques.....	165
Chapitre 4 : Présentation des résultats	167
4.1 - Axe I : Regard réflexif sur <i>ce qui est</i>	170
4.1.1 - Description de la surcharge : effets, perceptions et explications.....	173
4.1.1.1 - Ne plus avoir accès à son rôle de soignante	174
4.1.1.2 - La diminution de la qualité des soins	183
4.1.1.3 - Donner du temps de travail gratuitement à l'employeur	191
4.1.1.4 - Tenir pour acquis que les infirmières « sauveront les meubles » : une perception.....	197
4.1.1.5 - Des participantes s'expliquent la surcharge et certains de ses effets corollaires.....	201
4.1.2. - Ce qu'il en est de la gestion hospitalière	224
4.1.2.1 - Un portrait critique de la gestion hospitalière	225
4.1.2.2 - Des perceptions des infirmières participantes relatives aux gestionnaires des CH.....	246
4.1.3. - Un climat de peur	250
4.1.3.1 - La peur de parler.....	251
4.1.3.2 - Une gestion qui s'appuie sur la peur	255
4.1.3.3 - La peur de nuire aux patients.....	266
4.1.3.4 - La peur d'être associées au syndicat.....	271
4.1.3.5 - Une peur causée par certaines expériences passées.....	279
4.2 - Axe II : Ce que souhaitent les participantes	288
4.2.1 - Changer les structures des CH.....	290
4.2.1.1 - Transformer l'organisation du travail.....	291

4.2.1.2 - Déléguer des tâches et avoir plus d'autonomie	301
4.2.1.3 - La démocratisation des processus décisionnels.....	310
4.2.2 - Des pistes de solution pour les gestionnaires	314
4.2.2.1 - La reconnaissance.....	314
4.2.2.2 - La proximité entre les gestionnaires et les infirmières	320
4.2.2.3 - Pour de meilleurs gestionnaires.....	326
4.2.3 - Des stratégies infirmières mobilisatrices.....	328
4.2.3.1 - « Utiliser toutes les tribunes »	329
4.2.3.2 - S'ouvrir à différentes réalités	332
4.2.3.3 - Créer des alliances	335
4.2.3.4 - Des stratégies axées sur la formation	339
4.2.3.5 - Des stratégies informatives.....	346
4.3 - Axe III : De la résistance infirmière	353
4.3.1 - Des stratégies de protection et actes d'insoumission.....	357
4.3.1.1 - Travailler moins et changer de champ d'exercice	358
4.3.1.2 - Avoir recours à son syndicat	360
4.3.1.3 - Avoir recours à une aide extérieure.....	362
4.3.1.4 - Lâcher prise	367
4.3.1.5 - Une reconnaissance mutuelle	368
4.3.2 - La résistance maquillée	369
4.3.3 - Des objections de conscience	373
4.3.4 - La non-coopération et la non-violence	377
4.3.4.1 - Entre non-coopération individuelle et collective.....	379
4.3.4.2 - Le sit-in : de la non-coopération collective	385
4.3.5 - La désobéissance civile	388
4.4 - Réflexivité et théorisation : de la parole dissidente à l'action.....	394
Chapitre 5 : Discussion	396
5.1 - Le <i>statu quo</i> hospitalier	399
La dérive du soin.....	399

La gouvernance de type entrepreneuriale	401
Les technologies politiques qui concourent à la discipline et à la subjectivation des infirmières soignantes.	410
La surveillance	415
Le monitoring bureaucratique	418
La technicisation du soin	419
L'imposition de projets au sein des unités de soins	425
Le PTI et la bureaucratisation du soin	427
L'utilisation de la peur et des représailles.....	431
5.2 - L'action politique des infirmières participantes	432
Actions politiques	432
Démocratie hospitalière	442
À quoi bon?.....	444
5.3 - Recommandations pour la recherche.....	447
5.4 - Recommandations pour la formation	451
5.5 - Limites de la recherche.....	454
Conclusion	455
Références.....	459
Annexe 1 : Certificat d'éthique du CÉRSS de l'Université de Montréal	I
Annexe 2 : Approbation scientifique du projet.....	IV
Annexe 3 : Formulaire d'informations et de consentement (entrevues individuelles)	VIII
Annexe 4 : Formulaire d'informations et de consentement (groupes)	XVII
Annexe 5 : Questionnaire sociodémographique	XXVI
Annexe 6 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	XXVIII
Annexe 7 : Guide d'entrevue semi-structurée individuelle	XXXI
Annexe 8 : Guide d'entrevue pour les groupes de discussion	XXXV

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....XXVIII

Liste des figures

Figure 4.1 - Axe I : Regard réflexif sur <i>ce qui est</i>	170
Figure 4.2 - Axe II : Ce que souhaitent les participantes.....	288
Figure 4.3 - Axe III : De la résistance infirmière.....	353

Liste des abréviations

ACLS : *Advanced cardio vascular support*
ADN : Acide désoxyribonucléique
AIC : Assistante infirmière-chef
ANA : Absence non autorisée
BAP : Bureau d'audiences publiques
BID : Deux fois par jour
CA : Conseil d'administration
CÉPI : Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière
CII : Conseil des infirmières et des infirmiers
CLSC : Centres locaux de services communautaires
CH : Centre hospitalier
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CM : Conseil multidisciplinaire
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRT : Comité des relations de travail
CSSS : Centre de santé et services sociaux
DG : Directeur général
DSI : Direction des soins infirmiers
DRH : Direction des ressources humaines
EBM : *Evidence-based medicine*
FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FMI : Fonds monétaire international
IOG : *Institute on governance*
IV : Intraveineux
MEQ : Ministère de l'Éducation du Québec (ancienne abréviation)
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PAE : Programme d'aide aux employés

PTG : Prothèse totale du genou

PTI : Plan thérapeutique infirmier

PO : *Per os* (voix d'administration d'un médicament par la bouche)

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RLS : Réseau local de services de santé et de services sociaux

STAT : Immédiatement

TSO : Temps supplémentaire obligatoire

TID : Trois fois par jour

VAC : *Vacuum assisted closure* (traitements des plaies par pression négative)

*À la femme de ma vie, Phi-Phuong
Pham, une infirmière extraordinaire
sans qui je n'aurais pu mener à terme
ce projet.*

*À mes parents et à toutes les
infirmières soignantes en qui j'ai la
plus grande des reconnaissances.*

Remerciements

Mettre en place un projet de recherche, écrire une thèse et ce que cela implique, consiste en une réalisation colossale. Lorsque je me suis lancé dans ce projet de recherche doctoral, jamais je n'aurais pu imaginer l'ampleur de cette tâche. Heureusement, de nombreuses personnes m'ont aidé, ont été mes phares, mes points d'appui. La réalisation de ce projet doctoral est ainsi le fruit des efforts, de la confiance et du soutien de nombreuses personnes et de nombreux groupes de personnes et organisations. Il s'agit sans contredit d'un travail d'équipe où chacune des contributions ayant permis l'avancement de ce projet mérite d'être soulignée. À mon avis, le paradigme de la reconnaissance est aux antipodes de la hiérarchisation; les personnes qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche méritent ainsi une reconnaissance égalitaire parce qu'elles ont toutes été indispensables, chacune à leur façon, à la réalisation de mes objectifs les plus ambitieux. En ce qui a trait à ces remerciements, il convient ainsi de ne pas considérer l'inévitable hiérarchisation induite par la façon dont nous écrivons; tout texte ayant un début et une fin.

J'ai eu la chance et le bonheur d'être accompagné tout au long de la réalisation de ce projet d'envergure par ma directrice de recherche Louise Bouchard et par mon codirecteur de recherche Dave Holmes. Je les remercie tous deux incommensurablement pour la confiance qu'ils m'ont accordée, pour leur soutien inconditionnel, pour la rigueur scientifique qu'ils ont su me transmettre et pour la justesse de leurs critiques. Si je n'ai jamais baissé les bras, c'est expressément parce qu'ils ont toujours été à mes côtés même dans la rue lorsque nous manifestations tous ensemble. De cette solide équipe que nous avons formée et que nous formons toujours, j'ai non seulement retiré une riche expérience d'apprentissage du processus de recherche, mais également un idéal à atteindre à titre de professeur, de chercheur et de militant, trois activités dont ils m'ont démontré la compatibilité à maintes reprises.

Louise, tu as été la pierre angulaire de ma réussite, tu as toujours été là pour me rassurer, pour prendre soin de moi intellectuellement et moralement. Il n'y a pas de mot, il n'existe aucun concept permettant de décrire la reconnaissance que j'ai à ton endroit. Ta présence tout au long de ce processus doctoral fut pour moi fondamentale, indispensable et

irremplaçable. Tu as ouvert mes horizons par ton insatiable curiosité et ta grande érudition. Ton engagement politique pour faire reconnaître la liberté de conscience des infirmières dans le contexte idéologique de la médicalisation et du bio-pouvoir fut pour moi un exemple de persévérance qui m'a encouragé à ne jamais abandonner, quelle que soit l'ampleur des défis à relever. La façon dont tu conçois l'université, comme un carrefour d'échanges et de discussions qui a pour vocation d'éveiller la curiosité des étudiants afin qu'ils contribuent à construire un monde meilleur restera inscrite au plus profond de mes entrailles.

Dave, tu as été le premier à avoir cru en moi et à avoir décelé mon potentiel; je te remercie d'avoir mis Louise sur ma route. J'avais peur, on m'avait dit qu'elle était très exigeante et qu'elle déconstruirait sans cesse tant mes réflexions que mes écrits, mais tu avais vu juste, c'était bien la directrice dont j'avais besoin. Tu m'as pris sous ton aile dès la maîtrise et sans cet encadrement rigoureux, jamais je n'aurais accompli ce travail colossal. Dès les balbutiements de mon cheminement aux études supérieures, tu m'as amené à dépasser mes limites, tu as fait naître en moi une grande confiance. Ton esprit critique et ta façon d'ébranler les idées reçues m'ont démontré l'importance d'agir en accord avec mes convictions et de me tenir debout dans l'adversité. De te voir prendre position m'a incité à faire de même et il s'agit d'un héritage extrêmement précieux que tu m'as transmis et que je le chérirai toute ma vie. Jamais je ne pourrais te signifier adéquatement toute la reconnaissance que j'ai à ton égard.

Je n'aurais pu réaliser ce projet de recherche doctoral sans l'appui inconditionnel de ma fiancée Phi-Phuong qui a su m'accompagner dans les moments les plus difficiles. Vivre au quotidien et sur une aussi longue période avec les angoisses d'un doctorant perfectionniste qui a un certain tempérament, lorsque l'on est soi-même en période de rédaction, n'est pas une mince affaire. Pourtant, tu ne m'as jamais abandonné; tu t'es notamment toujours fait un devoir de réviser mes manuscrits et je t'en suis extrêmement reconnaissant. C'est aussi grâce à toi et à tes soins que j'ai pu surmonter les séquelles de l'accident de la route dans lequel j'ai été impliqué durant la rédaction de cette thèse. Tu as changé mes pansements, nettoyé mes plaies, en plus de me conduire d'un rendez-vous médical à l'autre durant des mois. Tu as nourri mon âme, tu m'as donné l'amour dont j'avais besoin pour passer à travers cette épreuve et mener ce projet à terme.

Je tiens à remercier mes parents, Cécile et Michel, pour leur encouragement, leur appui absolu et les qualités qui ont su me transmettre dès mon jeune âge. Je tiens à remercier ma mère de m’ avoir transmis son militantisme, son altruisme et son désir incessant de promouvoir une plus grande justice sociale. Je tiens également à remercier mon père qui a animé en moi la flamme nécessaire à la réalisation de mon projet doctoral en m’ ayant transmis son intérêt pour le savoir. Je veux remercier, tant pour leur support que pour leur compréhension, mon frère Luc, sa conjointe Lina et mes deux filleuls Joël et Samuel auprès desquels je n’ ai pu être aussi présent que je ne l’ aurais voulu, et ce, malgré tous les efforts que j’ ai pu déployer en ce sens. Je tiens également à remercier ma marraine Margot, ma tante Laurentia et ma cousine Isabelle pour leur soutien.

Je ne peux passer sous silence la contribution indispensable de Marie Alderson, Michel Perreault et Bernard Roy pour leur participation au comité d’ examen de synthèse et/ou au comité d’ approbation de ce projet de recherche. Par leurs commentaires, réflexions et critiques constructives, ils ont su me guider à travers le processus d’ écriture de cette thèse et l’ écriture de manuscrits destinés à la publication. Annette Leibing, Amélie Perron, Clémence Dallaire et Pawel Krol ont eux aussi, à leur façon, permis la réalisation de cette thèse.

Il va sans dire que ce projet de recherche n’ aurait jamais vu le jour sans l’ aide de nombreux groupes de personnes et organisations. Je tiens tout d’ abord à souligner le soutien permanent offert par la FIQ et la FSSS-CSN sans lequel ce projet n’ aurait pu voir le jour. En plus de m’ avoir mis en contact avec de nombreux informateurs clefs exerçant au sein de différents CH¹, les intervenants de ces deux fédérations m’ ont donné de leur précieux temps, ils ont répondu à mes questions, ils m’ ont somme toute offert un support logistique indescriptible et d’ une efficacité hors norme. Parmi ces intervenants appartenant à la FIQ, je tiens tout spécialement à remercier Sylvie Bissonnette pour sa patience et son dévouement extraordinaire. Merci à Régine Laurent d’ avoir mis Sylvie sur ma route, à Luce Dessureault pour son travail exceptionnel, ainsi qu’ à Vanessa Bevilacqua et Florence Thomas. Je suis également redevable du soutien précoce et essentiel que m’ a conféré Nadine Lambert de la

¹ Je tiens à remercier chaleureusement chacun de ces informateurs clefs, mais je ne peux malheureusement pas les nommer par souci de confidentialité.

FSSS-CSN. En s'engageant promptement à appuyer ce projet de recherche, Nadine a permis une mise en place rapide de la collecte des données ce qui a été extrêmement salubre dans l'élaboration de cette étude. Nadine, je te remercie du fond du cœur et je tiens également à remercier ta collègue Danielle Faucher.

Je suis également redevable à plusieurs personnes qui ont travaillé dans l'ombre à l'Université de Montréal afin que ce projet puisse se réaliser. Je tiens à remercier tout particulièrement Denise Diamond, Myrian Grondin, Alain Desmarchais, Laurence Ha, Sharon Harvie, Jean-François Laroche, Lise Lefebvre et Huguette Mallet. Merci à Lisette Papineau pour ses transcriptions, à Monique Bourget pour sa collaboration à la révision de cette thèse, à Sovi Gnau pour ses créations graphiques, à Josée Boileau du quotidien Le Devoir, à Daniel Marleau de l'OIIQ et aux étudiants québécois pour leurs luttes passées qui m'ont permis d'étudier à peu de frais. Ma reconnaissance s'étend également aux organismes suivants qui, par leur contribution financière, ont permis la réalisation de ce travail de recherche. Mes remerciements les plus sincères vont à la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec, au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, au Fonds de recherche société et culture, à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, à la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, à la famille de feu Dorothy Kergin, à Sigma Theta Tau International Honor Society of nursing et à l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval.

Je n'aurais pu compléter la rédaction de cette thèse sans le support de mes amis : Tibo Deveille, Jason Salama Choen, Dominic Joubert, Julien Bois, Alexandre Lamoureux, Yannick Dallaire, Alexandre Messier, Benoit Dolbec, Jérôme Lavoie, Mathieu Boisvert, Madeline Pierre, l'équipe du SCCUM, Rosalie Dion et Amélie Lavoie. À titre posthume, j'ai également une reconnaissance extrêmement grande à l'égard de mon cousin Denis Dubé et de ma tante Gaétane Dubé qui ont veillé sur moi durant la rédaction de cette thèse.

Chapitre 1 : Problématique de recherche

L'évolution socioéconomique des dernières décennies a profondément changé le rapport qu'entretient le Québec avec ses professionnels du domaine de la santé et des services sociaux. À l'actualisation continue des pratiques et l'évolution des technologies se joutent, plus particulièrement depuis la crise économique des années 1990, les divers impacts de la refonte de l'organisation des services publics et de la réduction des ressources disponibles dans le système de santé. Au cœur de ce tumulte, la profession infirmière est exposée à des défis sans précédent. Depuis 2003, dans le contexte omniprésent de restrictions budgétaires qui caractérise le quotidien des établissements de santé et de services sociaux, les efforts importants déployés pour préserver l'accès aux services entraînent des impacts majeurs sur l'attraction et la rétention du personnel infirmier. De nombreux écrits, comme ceux de Côté (2013), rapportent la pénurie et l'exode croissants des nouvelles infirmières, et ce, en dépit d'une augmentation récente de 8,3 % du nombre d'infirmières en exercice (OIIQ, 2014a). En parallèle, les données disponibles à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec montrent que plus de 15 000 infirmières ont présentement accès à la retraite ou à la préretraite. Cela étant, le monde des infirmières n'est pas homogène et est, surtout, non réductible. Les milieux de travail de ces professionnelles de la santé sont pluriels, diversifiés. Les écrits que nous avons consultés révèlent cependant que ce sont les infirmières qui exercent au sein des centres hospitaliers (CH), et qui représentent plus de 65 % de l'effectif infirmier du Québec (Leseman & Tourville, 2006²), qui vivent le plus de contraintes au travail et qui seraient les plus affectées par le cumul des compressions budgétaires des dernières années.

Des études relatives à l'exercice de la profession infirmière au Québec font état des multiples contraintes que les infirmières vivent dans le cadre de la réorganisation des services de santé qui s'est installée au fil des différentes compressions budgétaires. Il semble que la

² Depuis la fusion, en 2005, de la majorité des CH de la province avec les CLSC et CHSLD de mêmes territoires de RLS pour former les CSSS, il devient très difficile d'identifier les infirmières qui pratiquent en CH (sauf pour ce qui est des centres universitaires, affiliés universitaires et autres hôpitaux majeurs localisés en milieu urbain). À ce chapitre, de plus en plus d'infirmières déclarent à leur ordre professionnel que leur employeur est un CSSS, sans nécessairement indiquer dans quelle (ou même, souvent, quelles) installation elles travaillent. En outre, plusieurs installations ont des missions multiples, par exemple CH-CHSLD ou CH-CLSC. Enfin, avec la gestion par programmes, qui s'inscrit dans la foulée de la fusion des CSSS, plusieurs infirmières exercent dans plusieurs des missions du CSSS. Pour toutes ces raisons, l'OIIQ a cessé de produire des statistiques par mission ou par installation et le MSSS a fait de même. Voilà pourquoi nous nous référons aux écrits de Léman et Tourville (2006) pour évaluer le pourcentage approximatif de l'effectif infirmier exerçant en CH, les statistiques récentes ne permettant pas de statuer à cet effet.

surcharge de travail figure parmi les expériences les plus contraignantes et récurrentes avec laquelle les infirmières qui exercent en CH doivent conjuguer (Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina & Coté, 2000 ; Shields & Wilkins, 2006 ; Soares, 2010). Les infirmières québécoises seraient d'ailleurs plus susceptibles que celles des autres provinces de manquer de temps pour s'acquitter de leurs tâches quotidiennes (Shields & Wilkins). L'accélération du rythme de travail, la complexification et la technicisation des soins, ne sont d'ailleurs pas étrangères à ce manque de temps et à la surcharge de travail conséquente (Bourbonnais & coll.). S'ajoute à ce phénomène la pénurie d'effectifs, qui amènerait les administrateurs d'hôpitaux à avoir recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO) de façon systématique (Bougie, 2007).

Toutes ces contraintes ont des conséquences dévastatrices sur les infirmières : épuisement professionnel, désir de quitter l'emploi, santé mentale affectée (Soares). D'après les résultats d'une étude québécoise réalisée par Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina (1997), une forte proportion d'infirmières exerçant en CH éprouverait un sentiment de désespoir quant à l'avenir (43 %) et aurait des difficultés à s'endormir ou à rester endormie (58 %), tandis que certaines d'entre elles seraient déprimées (8,2 %) ou auraient même pensé à s'enlever la vie (6 %). Le taux de dépression des infirmières québécoises est d'ailleurs significativement plus élevé que celui qui prévaut dans les autres provinces canadiennes (Shields & Wilkins, 2006). Toujours au Québec, la pratique infirmière en CH serait aussi caractérisée par la violence, sous différentes formes. À l'échelle internationale, de nombreuses études, comme celles de Maben, Latter et Clark (2006) et Kirwan, Matthews et Scott (2013), ont aussi révélé les multiples effets des compressions et du manque d'effectifs sur les infirmières. Surcharge de travail et pressions temporelles ont pour effet de saboter, chez les infirmières nouvellement graduées, l'adoption des valeurs inculquées dans le cadre de leur formation, telles l'autonomie et l'importance des soins personnalisés. Jacobs, Fontana, Kehoe, Matarese et Chinn (2005) ont, pour leur part, rapporté des expériences de souffrance et de désespoir inhérentes à la pratique infirmière contemporaine. Les résultats de cette même étude indiquent également que les infirmières se sentent impuissantes face à ce qu'elles considèrent

comme une détérioration générale de la qualité des soins; les contraintes associées à leur environnement de travail les empêchant de soigner comme elles le souhaiteraient.

Ces diverses contraintes vécues par les infirmières peuvent être analysées et traitées de différentes façons. Des chercheurs vont entre autres suggérer d'offrir aux infirmières des horaires plus flexibles, de promouvoir leur loyauté institutionnelle et de leur offrir de meilleurs salaires (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke & coll., 2001 ; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002 ; Laberge & Montmarquette, 2009). Derrière ces solutions qui seraient, en apparence, déployées pour le bien des infirmières, se profile parfois une certaine instrumentalisation de celles-ci dans un souci unique de productivité. Si Laberge et Montmarquette insistent, par exemple, sur l'importance d'augmenter les salaires des infirmières, c'est pour une raison bien précise, à savoir « les inciter à travailler plus » (p. 30). D'autres chercheurs proposent des stratégies de résolution de problèmes, comme la pratique réflexive, qui place l'infirmière en métaposition par rapport à sa propre pratique afin d'approfondir son autocritique, ce qui l'aiderait notamment à affirmer son identité professionnelle et à développer des compétences spécifiques, dont des compétences relationnelles et éthiques (Cirocco, 2007 ; Mantzoukas et Jasper, 2004). Les résultats de certaines études indiquent également que l'amélioration des conditions d'exercice de la profession infirmière doit impérativement passer par une approche managériale plus participative, s'inscrivant dans la foulée de recommandations d'études portant sur le *Magnet nursing services recognition program*, comme celle de Kramer, Maguire et Brewer (2011) et Upenieks (2002). Enfin, des études comme celles de Bourbonnais et coll. (1997), Bourbonnais, Comeau et Vézina (1999), Bourbonnais et coll. (2000) et Soares (2010) proposent des solutions axées sur le respect et la reconnaissance des infirmières qui nous apparaissent comme étant en marge de leur instrumentalisation. En ce sens, les études d'Alderson (2005, 2008) permettent d'envisager des pistes de solutions issues de la réflexion des infirmières, comme l'importance de créer des espaces de parole, d'accorder plus d'autonomie et de pouvoir professionnel aux infirmières. Ces dernières études se démarquent également par le fait qu'elles prennent en considération le contexte social et politique plus large dans lequel les infirmières s'inscrivent, ce qui permet une analyse allant bien au-delà des

simples analyses structurelles dans lesquelles se campe la vaste majorité des études que nous avons consultées.

Toutes ces études qui, dans l'ensemble, proposent des approches managériales issues de théories des sciences administratives peuvent, à notre sens, contribuer à réduire l'effet de certaines contraintes que vivent les infirmières dans l'exercice de leur profession. Toutefois, il n'est question dans ces études d'aucune solution qui pourrait être déployée par les infirmières elles-mêmes aux fins de favoriser quelque *partage de la gouvernance* que ce soit. On indique que les changements suggérés doivent être mis en œuvre par les gestionnaires et, donc, qu'ils sont tributaires d'actions issues de hiérarchies supérieures. Selon nous, les solutions proposées à travers ces études cherchent, pour la plupart, l'atteinte de résultats tangibles à court terme : une résolution efficace des multiples problèmes vécus par les infirmières à travers une tendance générale à la simplification de la réalité terrain des infirmières. Les contraintes vécues par les infirmières sont pourtant le produit d'un héritage historique de subordination, notamment aux autorités ecclésiastiques et médicales. Elles sont historiquement contingentes au parcours des infirmières à titre de soignantes réduites au silence, à la domination et à la soumission, comme en témoignent certains écrits (Collière, 1982 ; Rousseau & Daigle, 2013). Il est aussi permis de se demander si ce type de solution ne conduit pas à une instrumentalisation des infirmières, voire à une certaine domestication des consciences, dans un souci d'adaptabilité au marché du travail et de maximisation de la productivité des infirmières, ces dernières devant toujours servir les objectifs des systèmes politique, économique et technologique, sans occasionner trop de désordre. Pour en arriver à cette prise de position, nous nous appuyons également sur certains commentaires émis par Chinn et Kramer (2011), voulant que les stratégies utilisées pour pallier les contraintes vécues par les infirmières sont, le plus souvent, d'ordre ponctuel et individuel et qu'elles font abstraction des contextes sociopolitiques et des forces de domination qui se cachent derrière ces contraintes. Selon Chinn et Kramer, ces contraintes doivent faire l'objet d'une réflexion et d'une prise de conscience plus approfondie de la part des infirmières quant à ce qui est à l'origine des expériences de domination qu'elles vivent, et ce, de façon à ce qu'elles sortent du silence,

qu'elles aient la possibilité d'exercer plus de pouvoir et qu'elles puissent enfin bénéficier d'une plus grande liberté d'action.

Contraintes/politique/pouvoir

Ces constatations nous ont amené à vouloir explorer les contraintes vécues par les infirmières sous une autre lorgnette, à savoir celle du politique et de ses composantes – les forces du pouvoir et de l'action politique – et, de là, toute la question de l'émancipation, définie d'abord et avant tout comme un processus de réflexion et de prise de conscience vers une revendication de liberté, d'autonomie, de respect et de justice pour une société, une collectivité ou un groupe social vivant sous l'assujettissement de la domination (Sagot-Duvaurox, 2007). Ces notions de pouvoir, d'action politique et d'émancipation sont interreliées et s'avèrent primordiales dans le cadre de cette étude. Dans ce premier chapitre, nous résumons principalement les travaux théoriques du philosophe Foucault pour traiter du politique et des rapports de domination, de l'anthropologue et éthicien Durand et du philosophe Muller pour clarifier la notion d'action politique et des théoriciennes de la discipline infirmière Chinn et Kramer pour circonscrire la notion de savoir émancipateur qui servira d'assise méthodologique à la présente thèse. Ces travaux théoriques³, auxquels s'ajouteront d'autres ouvrages issus de différents auteurs, seront présentés de façon plus détaillée dans le second chapitre de cette thèse.

Dans la philosophie politique, il existe un large consensus pour définir le politique comme un type de relation sociale dans le cadre d'une société. L'existence du politique implique au moins deux personnes qui, par leur interaction, constituent une société (McFalls, Liorzou, Perreault & Mot, 2009). Le politique questionne le *statu quo* sociopolitique, la loi, l'ordre établi et les hégémonies – structures de pouvoir ou rapports sociaux de domination ou

³ Nous sommes très conscients que ces quelques éléments décrits dans ce chapitre premier, notamment en ce qui a trait au politique et au pouvoir, ne peuvent rendre justice à la complexité polysémique et théorique des termes utilisés dans la présente thèse. Il en sera de même pour d'autres concepts comme l'action politique et le savoir émancipateur, élaborés ultérieurement. L'important, pour nous, était d'assurer une couverture et une cohérence sémantiques des termes utilisés. Le second chapitre de la thèse détaillera certains de ces éléments et concepts et le chapitre 5, relatif à la discussion des résultats, laissera le champ libre à d'autres concepts et théories mis en relief par les données recueillies.

toute forme de contrôle que sous-tendent les idéologies; différents ordres hiérarchiques ou toute forme de pouvoir élitiste – comme en témoigne l'importante œuvre philosophique de Foucault, dont la méthode dite généalogique consiste à retrouver derrière le discours officiel des strates de normes, de contraintes, de rapports de force et de résistances qui ont fait de nous ce que nous sommes, ce que nous faisons et ce que nous pensons (Revel, 2008). C'est de cette façon que Foucault (1975, 1976) a conceptualisé les mécanismes du pouvoir, qu'il voit comme s'exerçant non seulement à l'échelle de l'État, des entreprises, des médias et de l'économie, en apparence neutres, mais également à celle des individus, des familles, des petits groupes et des institutions sociales, comme les prisons, les cliniques médicales et les hôpitaux. Foucault a montré qu'à côté du pouvoir politique étatique, qui se maintient par la loi de façon juridique, coexiste un pouvoir politique qui s'exerce en conditionnant les individus à se « subjectiver », c'est-à-dire à intérioriser la norme grâce à un ensemble de micropouvoirs qui infléchissent aussi bien les comportements que les façons de penser et déterminent le discours. Les groupes opprimés intériorisent les normes et les valeurs du groupe ou des idéologies dominantes et en viennent à considérer ces normes comme étant « justes ». Foucault a relevé au cours de ses analyses des formes de contrôle et des relations entre pouvoir et savoir. C'est ainsi que le discours constitue un des lieux où le politique exerce son pouvoir de la façon la plus redoutable.

Les écrits de Foucault ont par ailleurs inspiré plusieurs travaux en philosophie politique, souvent classés sous forme d'épistémologie, de courant de pensée ou de mouvement social, dont le poststructuralisme, le postcolonialisme et le féminisme. Toutes ces formes épistémologiques ont en commun d'analyser de façon critique des catégories idéologiques comme le genre, la race, la classe et les processus structurants, définies également comme des dispositifs historiques de naturalisation du pouvoir, et d'en appréhender les rapports de domination qui y sont inhérents. Ces rapports de domination peuvent prendre de nombreuses formes : oppression, exploitation, subordination, normalisation, aliénation, répression, patriarcat et paternalisme. Dans cette recension d'approches théoriques, nous ne pouvons passer sous silence les travaux du philosophe Rancière (1995, 1998) pour qui la démocratie et

les droits fondamentaux de liberté, d'autonomie, de respect et de justice sont au cœur du politique, la démocratie ne devenant authentique de son point de vue que lorsqu'elle procède d'un présupposé égalitaire. Enfin, Lamoureux (2013) met l'accent sur le politique comme une activité collective, c'est-à-dire comme le produit du travail d'une collectivité sur son vivre-ensemble.

Depuis plus d'une décennie, le politique fait l'objet d'un certain nombre de textes publiés dans des périodiques liés à la discipline infirmière. Dès la fin des années 1970, il est possible de retracer quelques écrits infirmiers, dont ceux de Stevens (1980), qui définissaient le politique comme le processus à partir duquel quelqu'un influence les décisions d'autrui et exerce un contrôle sur les situations et événements. Plus récemment, le poststructuralisme, que l'on associe, entre autres, aux travaux de Foucault au chapitre des discours sociaux et politiques, tant verbaux que symboliques, a fortement été mis à profit en sciences infirmières. Des interprétations théoriques à partir des écrits de Foucault, comme celles offertes par Holmes et Gastaldo (2002), en ce qui a trait au rôle joué par les infirmières elles-mêmes dans le renforcement du discours qui les opprime et les marginalise – mais aussi quant à une *(re)conceptualisation* des infirmières comme un groupe puissant, critique, qui remet en question le *statu quo* et qui, par ses actions, favorise une société plus équitable – ont permis d'envisager l'ordre social infirmier sous un nouvel angle. La mise à profit de savoirs issus du postcolonialisme, par Holmes, Roy et Perron (2008), a notamment permis de conceptualiser les disciplines biomédicales et les idéologies qu'elles véhiculent comme une forme d'empire qui renforce ou impose, par son influence, des discours, certaines pratiques de recherche, certaines formes d'éducation et certains modes administratifs, au sein de la discipline infirmière. L'analyse féministe de l'infirmière Glazer (1991) en regard de la segmentation du travail infirmier dans une logique s'appuyant sur le sexe, la classe et la race, a, elle aussi, permis de mieux comprendre l'ordre social qui prévaut à travers les différentes institutions où exercent les infirmières, en plus de promouvoir l'émancipation de ces dernières comme une alternative de choix, pour tendre vers l'équité au sein de ces milieux.

Divers écrits anecdotiques et études scientifiques ont décrit ou investigué les contraintes que vivent les infirmières comme étant le résultat de rapports de pouvoir (incluant les rapports de domination). Il est intéressant de constater que de plus en plus de chercheurs infirmiers ont également traduit les nombreuses contraintes que vivent les infirmières comme étant le résultat de rapports de pouvoir. Tous ces écrits font mention de différents rapports de domination – oppression, intimidation, autorité, violence – qui créent de la soumission et des formes de subjectivation chez des infirmières qui en viennent à accepter leur « infériorité », comme en font foi les études et écrits que nous décrivons ci-dessous.

Dans Cleland (1971) et Torres (1981), des comportements associés à ceux des groupes opprimés ont, pour la première fois, été décrits chez les infirmières. Cependant, ce n'est qu'en 1983 qu'une analyse plus poussée de cette notion d'oppression des infirmières à titre de groupe fut réalisée par Roberts. En accord avec les écrits de Freire (1990), Roberts (1983, 2000) présente les infirmières comme des individus dominés, opprimés, qui se sentiraient fortement dévalués dans une culture où les attributs de ceux qui dominent, les médecins, seraient les seuls à être valorisés. Ce sentiment de dévaluation, qui serait inévitablement acquis par le martèlement chronique du discours hégémonique dominant – le discours biomédical (McCall, 1996) – amènerait les infirmières à croire en leur propre infériorité, ce qui provoquerait chez elles un manque de fierté et une faible estime de soi (Roberts, 2000). Ce manque de fierté et d'estime de soi serait, selon Roberts, à l'origine d'une peur et d'une attitude de soumission qui les amènerait à supporter le groupe dominant. Cette soumission et cette peur de l'« autorité » dominante rendraient les infirmières incapables d'exprimer leurs besoins et revendications et les confinaient à subir les contraintes qui sont associées à l'exercice de la profession infirmière. Pour Kendall (1992), on peut d'ailleurs parler d'oppression lorsque les contraintes et les restrictions qui se multiplient « immobilisent » les individus.

D'après certains auteurs, comme Miller (1986) et Hutchison, Jackson, Vickers et Wilkes (2006), les infirmières souffriraient même d'une double oppression, à savoir qu'en plus d'être opprimées en tant qu'infirmières, elles le seraient aussi en tant que femmes. Les

recherches sur la construction du travail reproductif public selon la race et le genre de Nakano Glenn (2009) abondent en ce sens. Il en est de même pour l'étude critique d'Allen (1987), qui démontre que la ségrégation par le genre et le contrôle qui est exercé sur les soins infirmiers amènent l'évacuation perpétuelle des préoccupations et valeurs propres aux infirmières, c'est-à-dire l'effacement de l'idéal professionnel de ces dernières au sein des différentes institutions où elles exercent. Enfin, les résultats d'une étude réalisée par Lemelin, Bonin et Duquette (2009) auprès d'infirmières œuvrant en CH révèlent que 86,5 % des participantes auraient été victimes d'un incident violent – à caractère physique, psychologique (sous forme d'intimidation) ou sexuel – dans le cadre de leur pratique, et ce, à plus d'une occasion. Ces incidents auraient été commis par un collègue, un supérieur ou un médecin, dans la majorité des cas. D'autres études, dont celles de Dewitty, Osborne, Friesen et Rosenkranz (2009) corroborent les résultats d'études comme celle de Lemelin et coll., qui concluent que les conflits entre infirmières, décrits parfois dans les écrits comme de la violence horizontale, font partie intégrante de l'exercice de la profession infirmière.

Action politique/processus émancipateur/engagement politique

S'il existe de multiples articles publiés dans des périodiques infirmiers faisant état des contraintes vécues par les infirmières, tout en les abordant sous un angle politique, très peu de chercheurs et de théoriciens en sciences infirmières se sont penchés sur les actions individuelles et collectives qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser la transformation de l'exercice de la profession infirmière contemporaine en CH. Avant de citer ces quelques écrits issus de la discipline infirmière, il apparaît pertinent de définir comment deux théoriciens, les philosophes Muller et Durand, définissent l'action politique, ses divers constituants et ses formes d'expression.

Traiter des notions relatives à l'action politique⁴ s'avère complexe, car celles-ci n'ont pas toujours été bien définies dans les écrits consultés. De plus, même lorsqu'elles le sont, les définitions proposées se révèlent parfois trop réductrices, se limitant, par exemple, à des moyens ou à des techniques de résistance. D'après Muller (1981), dans *Stratégie de l'action non violente*, les stratégies utilisées⁵, comme la négociation auprès des oppresseurs, l'appel à l'opinion publique, la grève, le boycott, ne sont que des moyens de lutte. Elles doivent nécessairement reposer sur des arguments qui sont eux-mêmes basés sur les principes moraux de liberté, de justice, de dignité ou de bien commun. C'est sur ces buts moraux « rendre justice » ou « retrouver la liberté » que sont déterminées les stratégies d'action politique. L'action politique doit donc servir une cause, des revendications politiques ou sociales, comme dénoncer le déficit démocratique au sein des institutions, réclamer des structures égalitaires et participatives ou dénoncer la domination de l'économie qui l'emporte sur le bien commun d'une population, pour plus de justice sociale. Selon Muller, l'action politique concerne l'avenir vers un nouvel ordre politique, vers une transformation des rapports de domination. Muller définit par ailleurs le politique comme le domaine de relations sociales caractérisé par la nature des structures économiques, culturelles et politiques sur lesquelles repose la société. Il définit l'oppression comme une soumission aux autorités établies à l'intérieur de la collectivité. Il s'agit là de définitions qui s'apparentent à celles de la plupart des théoriciens auxquels nous avons fait référence précédemment.

Muller (1981) distingue deux grandes stratégies d'action politique : des actions directes de non-coopération⁶ (ou de non-collaboration) et des actions directes d'intervention. Le

⁴ L'action politique est définie ici comme une expression très large qui englobe les objectifs moraux qui lui donnent son bien-fondé, de même que les moyens qui permettent d'exercer les rapports de force nécessaires à la réalisation de ses objectifs, à savoir réduire l'injustice et accroître les chances de liberté. L'action politique pourrait être traduite par les termes souvent cités dans les écrits, c'est-à-dire par dissidence, résistance, contestation, opposition, etc. Les moyens permettant la mise en place de rapports de force sont parfois traduits dans les textes par des expressions telles « stratégies d'action directe non violente », « actions ou actes de résistance », « actions de contestation » ou « actions de protestation ». Dans la présente thèse, nous utiliserons l'expression « actions individuelles et collectives » pour désigner les moyens permettant aux infirmières d'exercer des rapports de force.

⁵ Selon Muller (1981), les stratégies associées à l'action politique sont classées en actions directes de non-coopération et en actions directes d'intervention. On trouve à peu près les mêmes stratégies chez Durand (2004).

⁶ Parmi les exemples de stratégies de l'action non violente, citons le dialogue, l'invitation aux dirigeants de faire cesser l'injustice, l'appel à l'opinion publique, la médiatisation du conflit, la non-coopération collective (pétitions, marches, grèves, boycott...) et les interventions directes (*sit-in* et désobéissance civile, notamment).

principe des actions directes de non-coopération est le suivant : si les injustices sont profondément enracinées dans les sociétés – les institutions, les structures, les lois, les régimes, les administrateurs – qui créent et maintiennent l’injustice, c’est qu’elles bénéficient de la complicité, c’est-à-dire de la coopération, des membres de ces sociétés. Si l’administration agit mal, l’opprimé participe à sa mauvaise action en coopérant avec elle et en rendant ainsi possible ce mal. Il est donc du devoir de l’opprimé de briser cette coopération avec l’injustice et, donc, de retirer son soutien à cette administration, non par punition, non par vengeance, mais simplement pour ne pas devenir responsable du mal qu’elle perpétue. Retirer notre coopération entière ou partielle consiste à opposer notre volonté à celle de l’adversaire oppresseur. C’est ce qui crée un rapport de force et peut l’immobiliser : le rendre impuissant. Même si Muller ne semble pas exclure de la notion d’action politique l’exercice individuel de stratégies de non-coopération, celui-ci insiste quant à l’importance d’organiser ces stratégies de non-coopération de façon collective, en joignant le plus grand nombre possible de personnes, afin de renforcer le jeu des forces exercé et d’en accroître l’efficacité.

Toujours selon Muller (1981), lorsque toutes les stratégies de l’action non violente sont épuisées, les actions directes d’intervention comme la désobéissance civile ou le *sit-in* peuvent être envisagées. La désobéissance civile est fondée sur la théorie traditionnelle de la démocratie qui postule que l’ordre social ne peut être maintenu que par l’obéissance à la loi, cette dernière étant censée représenter l’opinion de la majorité. S’il y a manquement à la loi, il y aura désordre généralisé. Mais si cette loi n’est pas conforme aux exigences de la justice et de la liberté ou aux droits des travailleurs et si, par conséquent, il y a abus de pouvoir de la part des autorités, la désobéissance civile peut devenir une arme de choix pour exiger le respect de ses propres droits sur la base de principes moraux. La désobéissance civile est nécessairement une action collective, faite de façon concertée afin d’exprimer publiquement le soutien et la solidarité face au désordre créé par les adversaires oppresseurs responsables des injustices instituées.

Plusieurs idées théoriques mises de l’avant par Durand (2004) sont semblables à celles de Muller (1981), à quelques exceptions près. Si, à l’instar de Muller, Durand fait référence à des motifs moraux de conscience éthiques pour justifier le bien-fondé de l’action politique, il

n'exclut pas l'idée d'actions individuelles⁷ – ce que l'on ne trouve pas chez Muller – surtout dans des situations d'objection de conscience où une personne refuse de faire soi-même ou de coopérer à un acte demandé par la loi ou une règle institutionnelle qui offense ses convictions personnelles, que ces dernières soient d'ordres moral, politique ou religieux. Durand donne l'exemple classique d'une infirmière qui peut être dispensée de la coopération directe à l'avortement ou à l'aide médicale à mourir. Il revient souvent sur cette notion d'objection de conscience qu'il considère comme étant à la fois subjective – respecter sa conscience personnelle – et collective – viser le bien-être collectif. Durand voit par ailleurs une progression entre ces deux conceptions. Selon lui, le fait d'afficher ses valeurs personnelles par l'objection de conscience peut être imité par d'autres individus et avoir des retombées politiques collectives. Il ajoute que la notion d'objection de conscience s'applique à tous les champs de l'activité humaine, à toute activité injuste ou immorale exigée par un tiers, un système politique ou social – ordre de l'institution ou de l'employeur – jugée contraire à l'éthique personnelle ou toute activité interdite par une autorité, mais requise pour son éthique personnelle. À titre d'exemple, l'action d'une infirmière qui refuserait, en accord avec ses convictions éthiques profondes liées à la dignité humaine, de rédiger certains documents cliniques, de façon à avoir la possibilité de soigner adéquatement les patients qui sont à sa charge pourrait être qualifiée d'acte de résistance d'ordre individuel associé à une objection de conscience. Certaines règles administratives jugées immorales dans le monde du travail peuvent également faire partie de cette notion au spectre large. Durand (2004) ajoute que les motifs qui justifient des actions de résistance⁸ ne sont pas toujours faciles à départager et que les formes de dissidence ne sont pas toujours des mouvements organisés se rattachant à des doctrines bien structurées. Il appréhende les différentes formes de dissidence comme les « bulles d'une marmite en ébullition », « bulles souvent isolées », provoquant parfois « des réactions en chaîne » (p. 47). Cette affirmation de Durand nous paraît importante, puisque du

⁷ D'autres auteurs, comme Foucault (1976), Chalari (2012) et Scott (2008), considèrent les actes de résistance comme étant de nature autant individuelle que collective.

⁸ Durand (2004) définit le terme *résistance* comme « un mouvement d'opposition à un ordre, une loi, un système jugé injuste, oppresseur ou inhumain » (p. 87). Tout comme Muller (1981), il fait une distinction entre les manifestations violentes et non violentes de résistance.

parcours de ses écrits, comme d'ailleurs ceux de Muller, se dégage parfois l'impression que l'action politique s'inscrit dans un mouvement organisé suivant une trajectoire bien définie. Il n'y a pourtant aucune ambiguïté du point de vue de ces deux auteurs : l'action politique se doit d'être préparée, elle ne s'improvise pas et rencontre maints obstacles sur son parcours qui découlent, en grande partie, des rapports de force exercés par la partie adverse.

En ce qui a trait aux préparations sur lesquelles doivent impérativement s'appuyer l'action politique, Muller (1981) fait référence, entre autres, à l'importance de bien connaître la situation inhumaine dans laquelle s'inscrit l'injustice – connaître les faits, entreprendre une étude ou constituer un dossier étoffé relativement à ce qui est dénoncé –, et ce, de façon à mieux saisir comment et pourquoi l'injustice est apparue et a été maintenue. Il convient ainsi de bien connaître les forces politiques et économiques impliquées dans cette dynamique et ce qui apparaît les justifier théoriquement, d'analyser la structure du pouvoir qui prédomine dans les relations en cause, de préciser les litiges qui opposent les parties en présence... Durand (2004) suggère de former sa conscience par la réflexion, la lecture et la discussion critique entre les pairs. Il fait référence à une conscience responsable qui croît par l'apprentissage et s'autoforme par la confrontation des subjectivités, en enfreignant la loi du silence.

Selon nous, ces idées touchent un point central de la présente thèse : le savoir et la réflexion critique qui se construisent de pair avec la prise de conscience, et vice versa, comme fil conducteur à toute action politique. Elles vont de pair avec le processus de l'apprentissage émancipateur qui prend naissance à partir d'une prise de conscience de certaines injustices, ainsi que des problèmes sociaux et politiques qui y sont associés, processus décrit par les infirmières Chinn et Kramer (2011). Des individus clarifient et définissent ce qui pose problème à propos d'une situation donnée, ils réalisent que d'autres personnes vivent, elles aussi, ces expériences et commencent à agir pour corriger la situation. La solidarité qui s'ensuit est le produit d'un travail de discussions et d'actions concertées. Selon Chinn et Kramer, en questionnant et réfléchissant de façon critique sur le *statu quo* social, culturel et politique, qui limite le potentiel humain, la liberté et la justice, il est possible de se demander pourquoi les injustices présentes dans le monde social existent ou perdurent. D'après ces mêmes auteurs, des questions comme celles qui suivent permettent d'identifier divers types

de domination et de mieux saisir pourquoi certaines informations restent cachées. Pourquoi, d'abord, faisons-nous face à ce problème? Pourquoi exclure les femmes du plein emploi? Pourquoi évoluons-nous à travers des conditions stigmatisantes? Pourquoi l'intolérance persiste-t-elle? Pourquoi la politique du TSO est-elle encore en place et qui en bénéficie? Toujours selon Chinn et Kramer, des visions hégémoniques sont souvent cachées ou tenues pour acquises dans ce que constitue le *statu quo*. Elles sont considérées comme des faits immuables, comme les seules possibilités envisageables, et ont pour effet de privilégier certains groupes. Ces visions tendent à se recréer, à se renouveler constamment, de telle sorte qu'il devient difficile de mettre un terme aux injustices qu'elles engendrent. À titre d'exemple, citons cette idée normative qu'est le TSO ou encore cette pensée dominante qui veut que les infirmières soient nécessairement des employées d'une agence ou d'une corporation plutôt que des praticiennes indépendantes. Il s'agit là de normes qui perdurent à travers le temps, de génération en génération⁹. La seule prise de conscience de ces hégémonies permet cependant d'envisager les choses autrement et de repousser les frontières du possible.

Le processus émancipateur n'est pas seulement associé au questionnement : il consiste en lui-même en un processus de *praxis*, intégrant tant les réflexions contribuant à la création de nouvelles façons d'appréhender la réalité qu'à la mise en place des conditions pour faire advenir un avenir plus juste à partir de solutions créatives, avec l'intention formelle de transformer le milieu de travail. La *praxis* ne consiste pas en un processus linéaire à travers lequel un individu doit d'abord réfléchir, se conscientiser et, ultérieurement, mettre les apprentissages issus de ses réflexions en application dans des activités humaines transformationnelles, puisqu'au sein même des événements que constituent la réflexion, la compréhension et la conscientisation, des actions concrètes se construisent, les conditions de possibilité de son déploiement s'affinent, et la *praxis* est déjà effective. Même si ces actions sont mises de l'avant, les personnes restent en permanence à l'écoute de leurs idéaux et continuent à réfléchir et à se questionner de façon critique mais, également, à agir de

⁹ Chinn et Kramer (2011) reprennent ici la notion de subjectivation développée par Foucault dans plusieurs de ces écrits. Elles utilisent également Foucault (1980) dans cette idée voulant que « le savoir est pouvoir » en ce sens qu'il peut agir comme rapport de force contre la domination, et non seulement comme régime de vérité servant à opprimer.

différentes façons, toujours dans le sens de l'idéal imaginé. Lorsque des groupes de personnes partagent collectivement leurs idées et expériences vécues, notamment dans le cadre de groupes de discussion, les réflexions et les critiques qui émergent de ce type d'activités deviennent symbiotiques et les possibilités d'en arriver à des changements concrets de l'ordre social existant se multiplient. De la même façon, quand les membres d'une discipline comme la discipline infirmière s'engagent collectivement dans un processus de *praxis*, leurs réflexions et leurs actions en coopération sont également susceptibles de provoquer d'importants changements (Chinn & Kramer, 2011). Nous reviendrons plus loin à ces notions de processus émancipateur et de *praxis* qui participent aux fondements épistémologiques et méthodologiques de la présente étude.

Les écrits de la discipline infirmière que nous avons consultés mettent principalement en relief la notion d'action politique appliquée au monde infirmier sous le vocable d'« actes de résistance ». Ces actes sont souvent peu définis, désignant, pour l'essentiel, des moyens individuels d'opposition à une autorité, sans que les arguments moraux ou politiques qui les motivent ne soient précisés. Lorsqu'elle est définie, la notion de résistance utilisée par les auteurs issus de la discipline infirmière s'appuie généralement sur des écrits de théorie critique comme ceux de Foucault (1976), Scott (2008) et Tisdell (1993). Les écrits consultés font par ailleurs émerger un autre constat important quant à la crainte que des infirmières auraient d'agir pour transformer politiquement les conditions d'exercice de leur profession. Nous y reviendrons ultérieurement.

Nous avons recensé une étude scientifique, celle de l'américaine Garon (1999, 2006), qui a investigué les actes de résistance d'infirmières exerçant au sein de différents milieux de soins. Selon cette chercheuse, l'injustice sociale était le motif principal de ces actes de résistance, lesquels étaient principalement déployés individuellement par les participantes. Dans cette étude, l'auteure rapporte un certain nombre de problèmes éthiques découlant, selon les infirmières participantes, de relations de pouvoir contraignantes avec des gestionnaires et des médecins, celles-ci conduisant à la fois à des compromis éthiques auxquels elles ont dû se résigner et à ces quelques actes de résistance : rendre publics les problèmes vécus en portant plainte aux autorités des services de santé et à une association d'employés, refuser de coopérer

à une demande jugée déloyale de la part d'un médecin, utiliser les notes au dossier pour communiquer ouvertement le refus d'obtempérer à certaines règles administratives, se joindre à des mouvements de grève afin de revendiquer de meilleurs salaires. Selon Garon, ces actes de résistance se sont, dans l'ensemble, révélés efficaces, puisqu'ils ont notamment conduit au congédiement d'un gestionnaire ainsi qu'à la mise en place d'un système d'écoute et d'entraide permettant de dénoncer les comportements répréhensibles de certains médecins. Même si toutes les infirmières ayant participé à l'étude de Garon rapportent s'être senties plus fortes après avoir résisté, certaines d'entre elles ont également révélé avoir ressenti de nombreux effets négatifs à la suite des actes de résistance déployés : peur de perdre leur travail, accusation d'être des fautrices de troubles, impression d'être jugées en parlant de la grève à laquelle elles avaient participé, peur de représailles et de menaces. Des infirmières ont également rapporté des manœuvres installant une forme de marginalisation de la part de la direction de certaines institutions. Ces résultats apportent un éclairage pertinent en regard de notre étude, puisqu'en plus de vivre des contraintes avilissantes dans le cadre de l'exercice de leur profession dans leur milieu de travail, les infirmières paraissent vivre également différentes formes d'oppression liées aux gestes qu'elles posent pour se libérer de ces contraintes. Plus près de nous, il semble que ces effets aliénants connexes à l'exercice de moyens de résistance affectent également des québécoises qui sont pourtant syndiquées.

Au Québec, les écrits faisant état d'actions déployées par des infirmières soignantes dans un contexte de contraintes liées aux conditions de travail sont de type anecdotique. L'action politique collective la plus remarquable est celle menée en 1963 par l'infirmière Morgan (2003), alors à la tête de l'Alliance des infirmières d'un grand CH. Cette infirmière militante a réussi à convaincre près de 250 infirmières de faire la grève, laquelle, à l'époque, était illégale. Afin de sortir de l'illégalité, elle déclara au ministre de la Santé de l'époque, « si vous voulez que nous soyons dans la légalité, changez votre loi! » (p. 111). Son geste de désobéissance civile était motivé par la solidarité des infirmières et un vif désir de justice sociale face à des conditions de travail inacceptables, dont l'obligation de faire des heures supplémentaires pour un « salaire de famine » (p. 78). Des gains importants relatifs aux conditions de travail des infirmières ont été possibles non seulement dans le CH concerné par

la grève, mais également dans la plupart des institutions hospitalières du Québec de l'époque. Il convient de souligner qu'avant les années 1980, les valeurs providentialistes de solidarité et de justice de la société québécoise sont décrites comme favorisant la progression des principes éthiques du discours politique. Le Québec vit alors un moment culminant d'émancipation, laissant cours à de grands mouvements de lutte sociale, comme les mouvements syndicaux et féministes (Bourque & Beauchemin, 1994). L'infirmière Gareau est une militante québécoise issue de cette même période historique qui s'est investie dans l'espace politique pour la mise en place de cliniques d'avortement, pour la démedicalisation de l'accouchement et pour offrir des services de sages-femmes à la population (Roy, 2009). Cette infirmière maîtrisait l'art d'organiser une campagne d'action, de mobiliser l'opinion publique et de réunir autour d'elle d'autres professionnels de la santé partageant des convictions communes liées à la justice sociale et à l'autonomie décisionnelle des femmes. Depuis, il y a certainement d'autres infirmières militantes québécoises dont l'Histoire a pu retenir le nom, mais il s'agirait vraisemblablement de cas isolés, comme celui de ces infirmières qui étaient présentes lors des dernières manifestations étudiantes, à l'été 2012, qui contestaient les stratégies néolibérales face à la crise économique et qui ont publié un chapitre dans le recueil *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (Vallée-Desbiens, Philibert & Demers, 2013).

Le sociologue O'Neill (2012) questionne l'activisme social et politique des infirmières québécoises qui exercent actuellement dans les milieux de santé. Il avance en effet que ces infirmières feraient preuve de peu de combativité, qu'elles auraient de la difficulté à se tenir debout devant l'oppression et peineraient à mettre en place des actes résistance par la voie d'une mobilisation collective. Elles auraient en général un rapport ambigu et inconfortable au politique et ne s'engageraient que très peu dans les débats politiques et dans les mouvements citoyens. O'Neill tente de comprendre la raison de leur silence, de leur apathie et de leur incapacité d'indignation. Il se pose différentes questions, entre autres, relativement à leur intérêt en ce qui a trait à la politique québécoise ou aux effets du néolibéralisme sur nos démocraties et sur les institutions qui exigent la performance et la rentabilité. Durand (2004), anthropologue et éthicien auquel nous avons fait référence précédemment, croit que le conformisme et l'individualisme qui caractérisent la société moderne exacerberaient la défense

des droits individuels au détriment des droits sociaux et des responsabilités collectives. Il ajoute que les politiques néolibérales qui ont cours actuellement dans notre monde social éroderaient nos acquis sociaux en s'attaquant au bien commun et aux mouvements sociaux, notamment aux groupes communautaires et aux mouvements féministes. Nous croyons, pour notre part, que les mouvements de grève de 1999 et de 2009, ainsi que les lois, notamment la Loi 72¹⁰, qui visaient à trancher des litiges dans un contexte de déficit démocratique manifeste, ont eu pour conséquences de stigmatiser les infirmières et de réprimer leur appartenance à certains groupes politiques tels leur syndicat. Dans ces circonstances, elles seraient devenues, pour le gouvernement, des ennemies à neutraliser.

Selon nous, ces lois ont eu des effets dévastateurs sur la liberté fondamentale des infirmières de contester. Mais l'État québécois dira plutôt qu'il faut permettre l'exercice d'un droit inaliénable, celui des patients de recevoir des soins en tout temps. Des infirmières qui tiennent à bout de bras le système de santé, qui sont épuisées par la surcharge de travail et qui ont de plus en plus de difficulté à soigner, n'est-ce pas là un enjeu d'intérêt public aussi important que la sécurité des patients? Selon le philosophe Nadeau (2013), l'État se replierait de plus en plus sur la judiciarisation et les tribunaux pour résoudre les conflits de travail, ce qui a pour effet de démobiliser les syndiqués et de dépolitiser la lutte syndicale, le juridique ayant pour effet de masquer les dimensions sociale et politique du syndicalisme. Le portrait plutôt « dépolitisant » émergeant de ces constats du contexte sociopolitique ambiant est de nature à fournir certaines réponses au questionnement du sociologue O'Neil (2012) relativement au peu d'intérêt manifesté par les infirmières québécoises à s'engager politiquement. Les observations de ce dernier demeurent néanmoins spéculatives et non fondées empiriquement. Si nous sommes bien d'avis que les infirmières engagées politiquement ne constituent pas la norme et qu'il pourrait, certes, y en avoir davantage, il demeure qu'elles existent.

¹⁰ La terminologie « Loi 72 » renvoie à la Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques, adoptée en 1999, qui avait pour objet « d'assurer la reprise des services de soins infirmiers en ordonnant aux infirmières et infirmiers qui ont cessé d'exercer leur fonction de retourner au travail selon leur horaire habituel à compter de 16 heures le 3 juillet 1999 », sous peine de sanctions diverses (Assemblée nationale, 1999, p. 2).

L'échantillon de notre étude est formé d'infirmières recrutées pour leur engagement politique. Celles-ci sont déléguées syndicales, activistes au sein de groupes populaires, communautaires, altermondialistes, membres de mouvements féministes ou de comités de femmes mettant au premier plan des valeurs féministes. La motivation centrale au recrutement de ce type d'infirmières est liée à leur expérience et à leur rapport au politique. Nous nous sommes en partie inspirés de l'étude de Jacobs et coll. (2005), qui visait à investiguer les perceptions des infirmières par rapport à leur vie au travail ainsi qu'à décrire le processus par lequel elles créent des changements relatifs aux circonstances dans lesquelles elles évoluent. Or, les infirmières recrutées dans cette étude avaient déjà été initiées, par des séances d'information, à reconnaître des facteurs sociopolitiques qui influencent les groupes d'infirmières et la pratique du soin infirmier. Elles étaient non seulement en mesure de réaliser une critique dite *externe*, c'est-à-dire une critique de la structure sociale et des forces de domination présentes dans les institutions de soins de santé où elles exercent, mais aussi une critique *interne*, c'est-à-dire une critique de leur propre niveau de conscience et de la façon dont elles remettent en question le *statu quo*. Elles pouvaient identifier les rapports de force exercés à leur endroit qui avaient pour effet de les contrôler et de les fragmenter, rendant leur regroupement entre collègues très difficile. Elles ont mis en évidence le caractère essentiel de la solidarité et du soutien mutuel entre infirmières, ont suggéré que des infirmières fassent partie de l'équipe des ressources humaines des établissements où elles exercent et ont souligné l'importance de faire connaître les expériences vécues des infirmières par l'entremise des médias, de la création littéraire et par le bouche-à-oreille.

Dans la présente thèse, nous avançons l'idée que les perspectives sociales et politiques acquises par des infirmières engagées dans des mouvements syndicaux ou sociaux, comme celles que nous avons recrutées, ont pu soutenir ces dernières dans l'amorce d'une certaine prise de conscience quant aux contraintes vécues et aux structures où logent l'injustice, la domination et l'oppression. Nous pensons que ces infirmières ont déjà amorcé un processus émancipateur, c'est-à-dire une certaine prise de conscience et une réflexion critique sur l'éthique qui fonde le rapport à l'autre, sur une conception de l'être-ensemble et sur la

construction d'un monde commun qui devrait être au cœur de l'action politique. Cette idée de processus émancipateur de l'action réfléchie, du vécu transformé en expérience partageable pour faire advenir un avenir plus juste à partir de solutions créatives s'inscrit dans ce que Chinn et Kramer (2011) et Lamoureux (2013) décrivent comme le « mouvement praxéologique ». Nous avons cru que les participantes de notre étude auraient lu, dialogué avec des pairs ainsi qu'avec des personnes en autorité et participé à des débats publics, rendant perceptibles à travers leur propre témoignage l'ampleur et l'étendue de l'oppression que vivent les infirmières qui exercent en CH. Nous avons choisi ces infirmières parce que nous les avons cru capables d'identifier, dans leurs mots, où logent l'injustice et la domination dans les contextes sociopolitiques de notre société et plus particulièrement au sein des institutions hospitalières. Nous posons l'hypothèse que ces infirmières auraient pensé ou pourraient penser, lors des entrevues qu'elles nous accorderaient, à des avenues créatives permettant d'ébranler le *statu quo*, qu'elles auraient rêvé à un idéal imaginé, à un autre monde possible pour les infirmières. Nous avons cru que ces infirmières se démarqueraient par leur « passage à l'acte » à travers des activités politiques et des pratiques de participations sociales et civiques (Perrineau, 1994, p.13), et qu'elles seraient « des femmes habitées par un désir d'agir-ensemble [s'étant développé] dans une logique de revendication, de défense d'un intérêt matériel ou d'une cause » (Neveu, 2011, p. 9).

Le questionnement du sociologue O'Neill (2012) relatif au faible niveau d'engagement social et politique des infirmières québécoises demeure toutefois pertinent. Nous admettons que l'engagement politique est un phénomène social complexe s'inscrivant dans une continuité et qui consiste, pour celui qui est engagé politiquement, à se soucier de l'existence de la société en tant que communauté d'êtres humains. Selon la philosophe Passy (1998), le répertoire contemporain de l'engagement politique comporte deux formes d'engagement : d'une part, l'engagement organisé, ou militantisme, qui s'inscrit au sein de la structure d'une instance ou d'un mouvement et qui implique une certaine continuité dans le temps et, d'autre part, l'engagement inorganisé, lequel constitue une forme d'engagement plus volatile, caractérisée par des actions ponctuelles empreintes de spontanéité. Une multitude d'éléments

viennent influencer le processus de conversion d'une sympathie politique en acte mais, d'après Passy, ce sont *a priori* des valeurs sociales, juridiques, vitales, affectives, intellectuelles ou religieuses qui sous-tendent et motivent l'engagement politique. Selon le sociologue Bourdieu (2002), l'engagement politique nécessite une capacité d'indignation devant le monde social et un certain effort à prendre position face à l'injustice. En ce sens, l'infirmier et anthropologue Roy (2009) soulignera que des infirmières politiquement engagées comme Gareau ont cette capacité « de communiquer aux autres le poids de l'injustice » (p. 118). Enfin, selon le sociologue et philosophe Dumont (1978), « s'engager politiquement, c'est admettre que la société n'est pas toute faite, mais à faire » (p. 21).

1.2 - But de la recherche

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer, auprès d'infirmières soignantes engagées politiquement qui exercent en CH, ce qu'il en est de l'exercice de la profession infirmière dans les hôpitaux du Québec, ce en quoi consistent les contraintes qu'elles vivent comme soignantes dans leur travail quotidien, ce qu'elles souhaitent y vivre et ce qu'elles ont comme idées ou ce qu'elles mobilisent comme actions individuelles et collectives pour transformer l'exercice de leur profession. Cette étude propose d'examiner ces éléments tout en se penchant sur le rapport des infirmières soignantes au politique, c'est-à-dire sur leurs façons de voir la société moderne, d'envisager le vivre ensemble et d'exprimer leur engagement dans une prise de conscience des contextes structurels et des rapports sociaux de pouvoir (incluant les rapports de domination) qui expliqueraient pourquoi ces contraintes vécues au travail existent, font souffrir et perdurent.

Nous désirons de la sorte combler d'importantes lacunes au chapitre des connaissances issues d'études scientifiques sur l'objet de recherche de cette thèse. Les éléments théoriques et empiriques que nous avons exposés dans cette problématique posent un argument central au bien-fondé de notre recherche : les contraintes exprimées par les infirmières et les actions mises de l'avant pour les réduire ou s'en libérer sont d'ordre politique et, à notre connaissance, très peu de chercheurs les ont investiguées sous cet angle. Nous n'avons également recensé

aucune étude ayant exploré ces questions auprès d’infirmières soignantes qui s’identifient comme engagées politiquement. Les quelques anecdotes d’infirmières québécoises engagées politiquement et les quelques questions que l’on pose sur leur militantisme nécessitent plus d’observations empiriques. En cette époque où le néolibéralisme domine et où les libertés fondamentales associées à la contestation sont de plus en plus restreintes, il semble pertinent de documenter ce que les infirmières soignantes font pour préserver les acquis sociaux, arrachés de chaude lutte par les générations précédentes.

La pertinence, pour la discipline et la profession infirmière, d’explorer cette problématique d’actualité qui touche la vaste majorité des infirmières québécoises, ne fait aucun doute. Une meilleure connaissance de « ce qu’il en est » de l’exercice de la profession infirmière en CH au Québec, de ce qui est considéré comme « souhaitable », des idées d’actions politiques qu’elles aimeraient déployer, dont elles ont été témoin, auxquelles elles ont participé ou qu’elles ont mises en place, pourrait contribuer à sensibiliser les infirmières quant à de nouvelles possibilités. En ce qui a trait spécifiquement aux infirmières soignantes qui ont participé à la présente étude, nous avançons que certaines d’entre elles pourraient en arriver à atteindre une plus grande réflexivité quant à ce qu’elles vivent actuellement à travers leur pratique et, ainsi, réaliser qu’elles désirent certains changements, qu’elles ont le pouvoir d’agir en ce sens et qu’elles agissent peut-être même déjà sur certains aspects, notamment par certaines formes de résistance. Si le processus critique et émancipateur, sur lequel repose cette étude, a permis l’émergence de nouvelles réflexions pouvant mener à l’action chez les infirmières soignantes qui y ont participé, il a également provoqué le développement de nouveaux savoirs qui sont, eux aussi, émancipateurs, et ce, au même titre que le processus qui les a vus naître. Ces savoirs pourront bénéficier à d’autres chercheurs de la discipline et permettront également de sensibiliser d’autres infirmières que celles qui ont participé à l’étude et, même, de mener ces dernières à l’action pour changer la pratique infirmière dans différents CH. Nous croyons aussi que cette recherche réalisée au Québec est à même de témoigner de la réalité complexe d’infirmières soignantes qui exercent en CH dans un système de santé publique aux innombrables incompatibilités avec le fonctionnement du marché, lequel

s'inscrit dans une forme avancée de capitalisme et à travers lequel il y a subordination de la vie aux impératifs économiques (Saint-Onge, 2000).

1.3 - Questions de recherche

Du point de vue subjectif d'infirmières soignantes politiquement engagées qui exercent dans les CH,

- 1- Qu'en est-il de leur expérience vécue et de l'ordre social existant en regard des conditions d'exercice de la profession infirmière dans ces milieux?
- 2- Comment serait-il souhaitable (idéal normatif) que s'articulent dans le futur les conditions d'exercice de la profession infirmière contemporaine dans ces milieux?
- 3- Quelles sont les actions individuelles et collectives qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser la transformation de l'exercice de la profession infirmière contemporaine dans ces milieux ?

1.4 - Préceptes épistémologiques

Nous avons exploré nos questions de recherche en nous servant plus particulièrement d'écrits tirés d'auteurs qui relèvent de la philosophie politique : Honneth (2008), Keucheyan (2010), Lamoureux (2013) et Rancière (1995). Ces écrits nous invitent à examiner, d'abord, les réflexions des infirmières qui ont trait à leurs conditions d'exercice professionnel, particulièrement les contraintes qu'elles vivent quotidiennement mais, également, ce qu'elles souhaitent vivre dans leur pratique, à titre de soignantes. Selon Keucheyan (2010), toute réflexion sur « ce qui est » et sur « ce qui est souhaitable » suscite des remises en question de l'ordre social et comporte une dimension critique et politique. Lamoureux (2013) précise que ces deux éléments de réflexion – le premier, portant sur le *statu quo* ou sur « ce qui est », en passant par les expériences de domination associées à la pratique infirmière et, le second, portant sur « ce qui est souhaitable », en déplaçant le regard des participantes sur un autre monde possible – sont de nature à stimuler un dernier élément de réflexion portant sur l'agir politique. D'après cette même auteure, l'expression des rapports sociaux, par exemple ce que

les infirmières apprécient, ce qu'elles soulèvent comme questions ou ce qu'elles dénoncent, et des contraintes systémiques vécues (exploitation, impuissance, violence...), qui les forcent à agir contre leur conscience, se posent ainsi en incontournables de la dynamique de l'agir politique. Ces éléments rendraient perceptibles l'ampleur et l'étendue de l'oppression des infirmières par ce qu'elle nomme le *consciousness raising* ou l'éveil de la conscience. Selon Lamoureux, « ce qui est souhaitable » suppose un effort de réflexion sur la situation vécue : il est une façon de libérer la pensée, de faire bouger les frontières du *statu quo* et d'envisager des voies nouvelles et des stratégies de mobilisation, c'est-à-dire des idées ou des actions émancipatrices.

Si l'action ou les mouvements sociaux apparaissent le plus souvent en réaction à ce qu'Honneth (2008) identifie comme des « expériences négatives » ou à ce que Rancière (1995) conceptualise comme des « torts immémoriaux », le processus qui prend forme à partir de ces expériences ou de ces torts permet aussi de formuler des principes normatifs qui amènent les individus à exprimer des visées positives auxquelles ils peuvent se référer pour initier une « pratique émancipatrice » (Honneth, 2008). Dans cette thèse, nous utilisons l'expression « actions individuelles ou collectives » pour désigner les moindres idées, réactions, gestes ou paroles et les stratégies plus organisées d'action politique (Muller, 1981), éléments identifiés par Durand (2004) comme des actes de résistance pouvant transformer la pratique infirmière. La capacité de s'indigner face au déni de dignité dont souffrent injustement les individus est également considérée. La culture opprimante des institutions hospitalières au sein desquelles les infirmières évoluent et la peur de ces dernières d'être l'objet de représailles justifient notre choix pour l'inclusion de ces formes d'action à nos investigations. Nous nous appuyons également sur l'argument voulant que les actions évoluent dans le temps selon les prises de conscience qui s'opèrent individuellement ou collectivement. Dans cette thèse, toute action est considérée comme faisant partie d'un processus qui évolue dans un mouvement praxéologique.

Certaines des actions dont il sera question dans le cours de cette thèse seront également qualifiées de « pratiques émancipatrices », un terme utilisé par de nombreux auteurs et

philosophes, dont Honneth (2008) et Rancière (1998¹¹). Par pratiques émancipatrices, nous entendons des pratiques politiques porteuses de liberté, d'égalité et de solidarité (Breugh, 2012¹²), des « pratiques collectives novatrices, animées par un projet ou un enjeu et en rupture avec des normes ou un ordre social donné » (Laberge, 1995¹³, p. 71). Découlant du concept d'émancipation, qui s'ouvre lui-même « à la diversité des formes d'action collective, à l'hétérogénéité des acteurs et à la mouvance des projets » (Laberge, p. 64), la notion de pratiques émancipatrices s'est avérée toute désignée pour faire référence à ces actes en conscience, à ces actions aux dimensions politiques, à ces manifestations de dissidence, à ces stratégies infirmières et, donc, à une vaste gamme de mises en mouvements qui ouvrent aux infirmières soignantes le champ des possibles de façon collective, constituant ni plus ni moins que de l'émancipation en actes, ce qui n'est pas le cas de toutes les actions dont il sera question dans le cadre de cette étude, les actions infirmières de nature individuelle étant, par définition, exclues de ce vocable.

Le cadre théorique postmoderniste proposé par Boisvert (1997), qui relève de la théorie critique, nous a amenés à aborder notre objet d'étude de manière « internaliste », c'est-à-dire à partir de la quotidienneté des infirmières – du caractère « modeste » et « ordinaire » de leur réalité – de façon à mieux saisir le monde qu'elles se représentent. De ce point de vue, il était impératif d'avoir recours au discours subjectif des infirmières soignantes, ce qui est aussi en accord avec la théorie de la reconnaissance d'Honneth (2008), qui postule l'importance d'un positionnement normatif appréhendable au sein de la « pratique ordinaire ». Si la théorie de la reconnaissance insiste sur le fait « préscientifique » que la réalité sociale contemporaine – à laquelle nous associons les conditions d'exercice de la profession infirmière en CH, n'est pas « suffisamment capable de générer des expériences de reconnaissance » (p. 201), il demeure impératif pour Honneth que les chercheurs ne prennent pas pour acquis que

¹¹ Pour Rancière (1998), l'émancipation consiste en un jeu de pratiques (des pensées et actions émancipatrices) qui sont guidées par un universel politique – une axiomatique d'égalité entre tous les êtres humains – ainsi que par le souci de vérifier cette affirmation en regard de chaque cas nouveau, de chaque tort qui pourrait être réparé.

¹² L'auteur Breugh, professeur agrégé de science politique à l'Université York de Toronto, a publié plusieurs articles ayant trait aux pratiques émancipatrices.

¹³ Dans son article intitulé *Sports et activités physiques : modes d'aliénation et pratiques émancipatoires*, l'anthropologue et kinésologue Laberge (1995) fait pour sa part référence à « des pratiques émancipatoires » pour désigner ce que nous et la plupart des auteurs consultés qualifient de pratiques émancipatrices.

l'orientation normative de leur critique soit partagée par les intéressées. D'ailleurs, l'idée de recourir au point de vue subjectif d'infirmières soignantes n'est pas seulement cohérente avec le cadre théorique postmoderniste proposé par Boisvert (1997) ou avec la théorie de la reconnaissance d'Honneth, mais aussi avec l'axiomatique de l'« égalité des intelligences » avancée par Rancière (1987, 1995), ce dernier postulant par ailleurs que la *doxa*, qui consiste en l'opinion courante du plus grand nombre, a autant d'importance que l'*épistémê* qui, elle, renvoie à une connaissance dite « rationnelle ». Comme le suggère Rancière (1995), nous nous sommes donc efforcés d'abolir les inégalités existant entre la *doxa* et l'*épistémê*, en créant un espace de reconnaissance de l'intelligence des infirmières soignantes (*doxa*) et en veillant à ne pas imposer nos savoirs et notre point de vue. En accord avec l'axiomatique de l'« égalité des intelligences » de Rancière (1987), le cadre théorique postmoderniste dans lequel nous nous sommes inscrits nous a par ailleurs amenés à soumettre notre savoir à la satisfaction des besoins des infirmières soignantes dans un acte de générosité, de proximité. Il est aussi à noter que le cadre théorique postmoderniste est particulièrement adapté pour faciliter la compréhension des phénomènes sociaux et politiques contemporains complexes, puisqu'il admet la mise en commun de différentes théories comme la théorie de la reconnaissance d'Honneth et la théorie de l'émancipation de Rancière (1987, 1998, 2008), et que cela a pour effet de démultiplier son potentiel analytique.

Chapitre 2 : Recension des écrits

La recension des écrits comporte plusieurs utilités en recherche qualitative. Elle permet notamment de faire le point de façon progressive sur le problème à l'étude et de préciser les questions de recherche (Fortin, 2010). L'objet de recherche est sujet à des modifications tout au long du processus de recherche et la recension des écrits concourt particulièrement à sa délimitation. La recension des écrits vise à situer l'étude dans le contexte des connaissances existantes et à partager avec le lecteur les résultats d'autres études ou travaux publiés qui sont étroitement liés à l'objet de recherche (Creswell, 2009), ce qui, en définitive, amènera à statuer quant à ce qu'il reste à découvrir de cet objet (Fortin). La recension des écrits permet également de jeter les bases conceptuelles d'une étude, de déterminer les concepts qui la serviront, de statuer quant à la façon d'appréhender ces derniers et d'apprécier les liens qui existent entre eux (Fortin). D'un point de vue théorique, la recension des écrits s'avère également d'une grande utilité, puisqu'elle met en lumière certaines des théories qui aideront à mieux saisir le phénomène à l'étude et à mieux l'analyser.

Une recension initiale des écrits a été effectuée en phase conceptuelle de la présente étude, de manière à établir avec une plus grande précision ce à quoi pourraient ressembler les différentes questions de recherche. Une recension plus exhaustive des écrits a par la suite été construite de façon itérative à partir des stratégies de recherche décrites par Conn, Isaramalai, Rath, Jantarakupt, Wadhawan et Dash (2003)¹⁴. Cette recension s'est poursuivie jusqu'à la toute fin de l'analyse des données et de la discussion des résultats. Puisque depuis les balbutiements de ce projet de recherche, nous nous sommes intéressés aux expériences vécues des infirmières soignantes en regard de leurs conditions d'exercice professionnel, à ce qu'elles souhaitent et à leur façon d'exprimer leur engagement politique, nous avons, dans le cadre de cette recension des écrits, nécessairement cherché à mieux comprendre les contextes sociopolitiques, idéologiques et structurels qui agissent directement sur les expériences

¹⁴ La recherche informatisée (recherche à partir de différentes bases de données), la recherche de la littérature fugitive (recherche à partir des références d'articles consultés), les contacts avec les collègues *invisibles* (identifiables par leurs publications) et la recherche Internet (*World Wide Web*) ont été utilisés. Pour ce qui est de la recherche informatisée, les bases de données MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ERIC, EMBASE, Books@ Ovid, Sociological Abstracts, ATRIUM et le Stanford Encyclopedia of Philosophy (SEP), ont été consultées. En ce qui a trait à la recherche Internet, qui va au-delà de la recherche informatisée en permettant notamment de localiser des articles n'ayant pas été indexés dans les diverses bases de données, le moteur de recherche Google a été mis à profit.

qu'elles vivent. Rapidement, nous avons pris conscience que ces contextes au sein desquels les infirmières soignantes évoluent sont invariablement issus de relations sociales dans lesquelles le pouvoir intervient.

Après avoir procédé à une mise en lumière rigoureuse du concept de pouvoir et des différentes théories qui s'y rapportent, nous avons compris que c'est généralement en réaction à des relations de pouvoir qui les contraignent et qui les désavantagent que les infirmières expriment leur engagement et résistent, en instaurant de nouveaux rapports de force. Bien que nous avons déjà été mis en contact avec le concept d'émancipation à partir des écrits d'Horkeimer (1996) relatifs à l'asservissement humain et à la possibilité de transformer la société¹⁵, et que nous savions que l'émancipation constituait un concept clef qui nous permettrait de faire le lien entre les contraintes vécues par les infirmières et la transformation effective de l'exercice de leur profession, le fait de nous être penchés en profondeur sur le concept de pouvoir nous a amenés à réaliser que nous ne pouvions faire l'économie d'une exploration de la notion de résistance, et ce, entre autres, parce qu'elle s'inscrit en quelque sorte à l'intérieur du *continuum* qui existe entre l'exercice d'un pouvoir et l'émancipation des contraintes qui en découlent. En effet, notre investigation du concept de pouvoir a mis en lumière le caractère consubstantiel de la résistance et du pouvoir, de telle sorte que l'exploration du concept de pouvoir n'aurait pu se faire sans également s'intéresser à la notion de résistance qui permet, entre autres, de conceptualiser le pouvoir qu'exercent les infirmières, même dans une dynamique d'aliénation, d'exploitation et de domination – une dynamique à laquelle elles coopèrent et participent elles-mêmes.

Le continuum auquel nous faisons référence s'articule donc comme suit : un pouvoir est déjà effectif, il est exercé à l'endroit des infirmières et il se reflète entre autres par l'intermédiaire des rapports sociaux de domination et d'exclusion qui les amènent à subir des contraintes qu'elles croient dépassables. En empruntant un parcours individualisé, et à travers une certaine instantanéité s'inscrivant en réaction à ces contraintes, les infirmières déploieront le plus souvent des formes de résistance qui n'entretiendront pas nécessairement un rapport

¹⁵C'est dans le cadre de l'examen général de synthèse, une étape préliminaire à ce projet de recherche, à travers laquelle il y a, entre autres, dépôt du protocole de recherche, que nous nous sommes intéressés aux écrits d'Horkeimer.

plus large avec le discours ou les fondements de l'émancipation à titre de mouvement collectif transformationnel. Dans une certaine continuité, lorsqu'il s'agira d'infirmières qui auront acquis de l'expérience dans la mise en place d'actes de résistance individuels s'étant révélé inefficaces, l'atteinte d'une certaine conscientisation les amèneront de façon parallèle à se tourner vers des façons plus collectives, plus stratégiques et nécessairement plus efficaces de provoquer des transformations qui n'auront pas des effets que sur ce qu'elles vivent à titre de personne, mais qui auront des répercussions émancipatrices pour toute une collectivité d'infirmières. C'est plus précisément sur cette façon d'articuler les liens existant entre les concepts de pouvoir, de résistance et d'émancipation, qui consiste en un cadre conceptuel minimal pour cette étude, que s'appuie la structure de cette recension des écrits.

Ainsi, dans le cadre de ce deuxième chapitre, nous nous attarderons *a priori* au concept de pouvoir. Nous nous intéresserons par la suite au concept de résistance qui lui est étroitement lié avant, enfin, de nous arrêter au concept d'émancipation qui partage lui-même plusieurs attributs avec le concept de résistance. Bien que le concept de résistance, dans sa nature collective, puisse, sous certaines conditions, être associé au concept d'émancipation et, notamment, à l'émancipation des infirmières, l'importance de ces deux concepts pour cette thèse est telle que ceux-ci seront explorés séparément. En nous intéressant à chacun de ces concepts, nous tiendrons également compte du contexte des connaissances existantes leur étant associées, nous préciserons la façon dont nous avons choisi de les appréhender, en plus de nous intéresser à certaines des théories qui leur sont relatives. L'exploration du concept de résistance et du concept d'émancipation et la façon dont ils ont été appréhendés en sciences infirmières nous permettront également d'en apprendre davantage quant aux contraintes qui pèsent sur les infirmières soignantes, lesquelles ont été abordées dans le cadre du premier chapitre de cette thèse. Tout au long de ce chapitre consacré à la recension des écrits, il sera également question de la notion d'action politique, qui est inextricablement liée aux concepts de pouvoir, de résistance et d'émancipation.

2.1 - Le pouvoir

Comme nous l'avons souligné en introduction du présent chapitre consacré à la recension des écrits, nos lectures relatives au concept de pouvoir nous ont amenés à comprendre que les contextes sociopolitiques, idéologiques et structurels qui déterminent les expériences vécues par les infirmières sont tous issus de relations sociales dans lesquelles le pouvoir intervient. Comme nous nous intéressons à ces expériences vécues ainsi qu'à la façon dont il serait souhaitable qu'elles s'articulent à l'avenir – et que c'est également en réaction à des relations de pouvoir désavantageuses que des infirmières décident d'agir en résistant pour transformer leur réalité au travail –, il convient d'explorer la notion de pouvoir telle qu'elle a été conceptualisée par différents auteurs et théoriciens de disciplines diverses. Il apparaît également cohérent d'entreprendre nos investigations conceptuelles à partir de cette notion, qui se situe à la base de la problématique à laquelle nous nous intéressons. Il nous sera cependant impossible de procéder à une historicisation complète et détaillée de la façon dont cette notion a été appréhendée jusqu'à nos jours. La notion de pouvoir a suscité l'intérêt d'une pléiade d'auteurs et attester de ses transformations conceptuelles depuis ses balbutiements constitue en soi un objet de recherche tentaculaire qui dépasse le cadre de la présente étude. Nous avons donc choisi, pour différentes raisons, d'explorer la façon dont certains auteurs se sont représentés cette notion.

Nous aborderons tout d'abord, et très sommairement, la perspective wébérienne du pouvoir, car Weber a habilement schématisé le phénomène du pouvoir, facilitant ainsi l'initiation à sa compréhension. Nous nous intéresserons par la suite à la façon dont Marx saisit ce phénomène. Bien que nous n'adhérions pas particulièrement à l'articulation marxiste de la notion de pouvoir, notamment parce qu'elle apparaît comme étant exclusivement associée à des rapports sociaux et structurels de domination, nous croyons que la façon dont Marx perçoit l'influence de la sphère économique sur les relations de pouvoir pourra éclairer notre démarche analytique. Les écrits d'Arendt ayant trait au pouvoir seront par la suite résumés. La façon dont cette dernière comprend la notion de pouvoir comme essentiellement collective, comme une relation entre citoyens au profit d'une démocratie radicale, s'inscrit

dans la téléologie émancipatrice de notre projet de recherche; nous nous y attarderons donc plus longuement. Finalement, nous nous intéresserons plus exhaustivement à la façon complexe – mais précise – et baroque – mais d’une richesse inédite – dont Foucault conceptualise la notion de pouvoir comme un phénomène productif qui ne peut exister qu’en fonction de formes de résistance, laissant, de ce fait, place à l’émancipation. La façon dont celui-ci propose d’analyser les relations de pouvoir qui surviennent au niveau local entre les personnes nous apparaît particulièrement intéressante dans la perspective de notre projet de recherche, parce que notre matériel empirique favorise l’isolement de ces relations et que, du point de vue de Foucault, celles-ci favorisent également une compréhension macrosociologique des contextes sociopolitiques, idéologiques et structurels. Enfin, nous nous intéresserons à la notion de dispositif, chère à la perspective foucauldienne du pouvoir, qui nous permettra, tout au long de ce projet de recherche, d’identifier sous le vocable de *dispositifs hospitaliers*, l’ensemble des éléments hétérogènes permettant notamment l’articulation d’une panoplie de technologies politiques au sein des centres hospitaliers (CH).

2.1.1 - Weber

Les écrits de Weber (1864-1920) ont été qualifiés par certains auteurs comme étant associés à une représentation traditionnelle du pouvoir (Perron, Fluet & Holmes, 2005). Weber (1995) définit le pouvoir comme étant « toute chance de faire triompher au sein d’une relation sociale, sa propre volonté, même contre des résistances; peu importe sur quoi repose cette chance » (p. 95). En d’autres mots, Weber considère le pouvoir comme la capacité d’un individu A d’obtenir d’un individu B un comportement qu’il n’aurait pas manifesté de son propre chef, ce comportement étant conforme à la volonté de l’individu A. Cette définition s’apparente beaucoup à celle de Voltaire (1694-1778), qui appréhendait le pouvoir comme le fait de faire agir les autres selon ses propres désirs (Arendt, 1969). Certes plus complète, la définition de Weber (1995) contient plusieurs éléments fondamentaux, notamment le fait de rendre compte du caractère relationnel du pouvoir. Nous y retrouvons l’intention de l’instigateur, le commandement et le résultat de l’action mise en place par celui-ci, à savoir la

conséquence du pouvoir. Il est pourtant à noter que cette façon de conceptualiser le pouvoir ne prend pas en compte le contexte dans lequel celui-ci est exercé, ce qui constitue, selon Lukes (1974), une grande lacune. Dans la foulée de l'intérêt qu'il porte à la notion de pouvoir, Weber s'est également intéressé à une notion qui lui est rattachée : la domination. Il entend par domination « la chance, pour des ordres spécifiques (ou pour tous les autres), de trouver obéissance de la part d'un groupe déterminé d'individus » (p. 285). Il précisera par ailleurs que « tout véritable rapport de domination comporte un minimum de volonté d'obéir » (p. 285). Weber distinguera trois formes spécifiques de domination pouvant coexister : la première, où la domination traditionnelle repose sur le « caractère sacré de dispositions [...] transmises par le temps ("existant depuis toujours") et des pouvoirs du chef » (p. 301); la deuxième, où la domination charismatique s'articule à partir de la soumission au caractère charismatique, surnaturel ou, du moins, aux attributs hors du commun que possède un chef; la troisième, où la domination légale s'appuie sur la légitimité accordée à un « cosmos de règles abstraites [...] décidées intentionnellement » (p. 291) et sur le droit d'un supérieur à donner des directives à ses subalternes, le type le plus pur de la domination légale, la direction administrative bureaucratique, étant pour sa part associé au fonctionnariat et à la bureaucratie.

2.1.2 - Marx

À l'instar de Weber, Marx (1818-1883) envisage le pouvoir comme la possession d'une personne ou d'un groupe de personnes (Wilkinson, 1999). Le concept de classe sociale est entre autres très important dans la théorie marxiste du pouvoir. En effet, pour Marx, le pouvoir de la bourgeoisie, qui est en filiation directe avec la sphère économique et les infrastructures qui la supportent, transcende cette sphère particulière et pénètre les superstructures de l'État, de la politique et de la culture. Par conséquent, du point de vue de Marx, l'État reflète la répartition inégale du pouvoir dans la société. Il est ainsi inévitable que les décisions prises au sein de l'appareil étatique favorisent, dans leur ensemble, la classe dominante, et ce, au détriment de la population, l'État n'étant ni plus ni moins que le détenteur

ultime du pouvoir pour Marx et Engels (1972). Pour ceux-ci, les individus qui forment la classe dominante et qui disposent

des moyens de production matérielle dispose[nt] du même coup, des moyens de production intellectuelle, si bien que, l'un dans l'autre, les pensées de ceux à qui sont refusés les moyens de production intellectuelle sont soumises du même coup à cette dominante. Les pensées dominantes ne sont pas autre chose que l'expression idéale des rapports matériels dominants, elles sont ces rapports matériels dominants saisis sous forme d'idées, donc l'expression des rapports qui font d'une classe la classe dominante; autrement dit, ce sont les idées de sa domination. [...] Il va de soi que ces individus dominent dans tous les sens (p. 87).

Ainsi, au même titre que Weber (1995), Marx et Engels envisagent le pouvoir comme un *pouvoir-sur*, un pouvoir en filiation directe avec la soumission et la domination. Le pouvoir est essentiellement coercitif et centralisé et prend la forme d'une lutte constante entre la classe dominante ou la bourgeoisie et la classe ouvrière ou le prolétariat (Marx & Engels, 1972). Le rapport de « l'humain à l'humain » que Marx décrit est celui de l'opresseur et de l'opprimé, Marx considérant l'humain comme un être social ayant besoin de l'autre. Ce besoin serait en fait un besoin de domination. Marx conceptualise également le rapport de pouvoir qui règne entre les sexes. Selon Marx (1968), le comportement de l'homme à l'égard de la femme, qu'il décrit d'ailleurs comme une « proie, servante de la volupté commune » (p. 146), exprimerait la dégradation de l'homme face à lui-même. Ce comportement proviendrait du rapport « direct et naturel » ou originel entre les sexes.

Le rapport de l'homme à la femme, est le rapport le plus naturel de l'humain à l'humain; c'est là que l'on apprend dans quelle mesure le comportement naturel de l'homme est devenu humain, ou dans quelle mesure l'essence humaine lui est devenue essence naturelle, dans quelle mesure sa nature humaine lui est devenue chose naturelle (p. 146).

2.1.3 - Arendt

Du point de vue d'Arendt (1906-1975), il est erroné d'enchâsser la domination au sein d'une définition du pouvoir (Arendt, 1969). Arendt, qui se définit comme professeure de théorie politique, préférera définir les notions de pouvoir, de force, d'autorité et de violence

comme des phénomènes distincts. Selon Quelquejeu (2001), Arendt se dissocie de « la quasi-totalité de la philosophie politique, de Platon à Weber, pour qui le rapport politique se définit comme rapport entre gouvernants et gouvernés, lequel à son tour s'analyse en terme de commandement et d'obéissance, et finalement de domination » (p. 511). Comme le souligne Quelquejeu, Arendt a dû revoir la façon de conceptualiser le pouvoir comme domination, car les révolutions au tournant des 18e et 19e siècles, qu'elle percevait comme des « irrptions modernes de pouvoir populaire » (Quelquejeu, p. 524), ont conduit à des actions concertées comme les conseils ouvriers ou la désobéissance civile. Pour celle-ci,

le pouvoir correspond à la capacité de l'homme, non seulement d'agir, mais d'agir de façon concertée[,] le pouvoir n'est jamais la propriété¹⁶ d'un individu : il appartient à un groupe et restera effectif tant et aussi longtemps que ce groupe demeurera uni. Quand nous disons de quelqu'un qu'il est « au pouvoir », nous faisons référence au fait qu'il a été habilité par un certain nombre de personnes à agir en leur nom. Dès que le groupe de personnes duquel le pouvoir origine (*potesta in populo*, sans une personne ou un groupe, il n'y a pas de pouvoir) disparaît, « son pouvoir » disparaît également. Dans le langage courant, lorsqu'on parle d'un « homme puissant » (*powerful man*) ou d'une « personnalité puissante » (*powerful personality*), nous utilisons déjà le mot « pouvoir » de façon métaphorique. Ce que nous désignons réellement sans métaphore, c'est la force de cet homme ou la force de sa personnalité (traduction libre d'Arendt, p. 44).

Ainsi, du point de vue d'Arendt, le pouvoir n'est pas *a priori* envisagé comme un *pouvoir-sur* menant à la domination, comme un rapport entre un individu qui en gouverne un autre (Weber) ou comme le rapport qui règnerait entre oppresseurs et opprimés (Marx). Pour Arendt, le pouvoir est un *pouvoir-en-commun* (Quelquejeu, p. 524), une relation horizontale entre les citoyens qui n'advient qu'à partir d'expériences collectives, un *pouvoir-avec* (Foessel, 2013, p. 33) et un pouvoir « généré de façon communicative » (traduction libre de Luban, 1979, p. 81), un pouvoir collectif dans son essence. Et ce pouvoir se constitue par l'action (Keller Hirsch, 2012). En d'autres mots, pour Arendt (1969), le concept de pouvoir est opérationnalisé normativement en faveur d'une démocratie radicale. Il est l'épée de Damoclès

¹⁶ Bien qu'elle se dissocie largement de la façon dont Weber et Marx conceptualisent la notion de pouvoir, notons que, comme eux, Arendt considère que le pouvoir se possède.

qui balance au-dessus de la tête de ceux qui dirigent nos sociétés et non l'épée de ces dirigeants.

En suivant la logique d'Arendt (1969), lorsque le pouvoir de ces dirigeants vient à manquer, il fait place à la violence. Et « la violence peut détruire le pouvoir; mais elle est tout à fait incapable de le créer » (p. 56). Un gouvernement qui exerce sa domination sur le peuple est, par exemple, pour Arendt, un gouvernement en perte de pouvoir, un gouvernement en sursis vivant *sur du temps emprunté* au peuple. Dans ce cas précis, la question est de savoir si ce gouvernement succombera tout d'abord à la révolution ou s'il se pérennisera en cédant à la tyrannie (Luban, 1979). Pour Arendt, le concept de pouvoir et celui de violence sont donc deux concepts très différents qui cohabitent, certes, mais qui ne peuvent être intégrés à la même définition : ce sont des concepts en tous points antagonistes. « Cela implique qu'il est erroné de penser la non-violence comme l'opposé de la violence (l'opposé de la violence serait plutôt le pouvoir); parler de pouvoir et de non-violence consiste [également] en une redondance » (traduction libre d'Arendt, p. 56). Ainsi, lorsqu'un de ces deux phénomènes occupe tout l'espace politique, l'autre s'absente intégralement. De l'avis d'Arendt, aucun gouvernement ne s'est appuyé exclusivement sur la violence pour perdurer dans le temps. Même les régimes totalitaires, qui ont pour instrument de prédilection la torture, ont besoin de s'appuyer sur un certain pouvoir, en l'occurrence, leur police secrète et son réseau d'informateurs.

2.1.4 - Foucault

La perspective foucauldienne offre une façon de conceptualiser le pouvoir qui diffère des théories que nous venons d'aborder. Nous pourrions affirmer, dans une certaine mesure, que sans rejeter complètement chacune de ces théories, Foucault les intègre une à une à son analytique¹⁷ du pouvoir. Par exemple, lors d'un entretien réalisé par Berten (Berten & Foucault, 1988), Foucault affirme, au même titre que Weber (1995), que le pouvoir prend place au sein des relations sociales et qu'il permet notamment aux individus de déterminer,

¹⁷ Foucault refusait généralement l'utilisation du terme « théorie » lorsqu'il était question de ses travaux, réticent à réclamer une compréhension permanente ou totale du monde dans lequel nous évoluons, il préférait parler d'analyse (Lynch, 2011).

selon les objectifs qui leur sont propres, les conduites d'autres individus. Foucault (1976) stipule que, dans des contextes particuliers, le pouvoir peut prendre la forme que Marx lui confère, à savoir celle de la domination. Si Arendt (1969) propose une façon d'envisager le pouvoir qui se dissocie des rapports entre gouvernants et gouvernés, Foucault souligne pour sa part que le pouvoir ne peut être appréhendé exclusivement selon ce rapport. Malgré certaines analogies possibles avec les préceptes avancés par ces théoriciens du pouvoir qui ont précédé Foucault dans le présent chapitre, ce dernier refuse d'envisager le pouvoir comme étant la possession d'un individu ou d'un groupe. De son point de vue, le pouvoir n'est pas une entité et, ainsi, il ne se possède pas : il s'exerce (Gros, 1996). Foucault se positionne donc, à notre avis, différemment de ses prédécesseurs sur cette question.

Pour Foucault (2001a), au fil de l'histoire, les relations de pouvoir n'ont jamais été investiguées convenablement. Ces relations sont demeurées les phénomènes les plus cachés du corps social, les plus délibérément voilés et, donc, les plus sous-investigués, notamment parce que la société est articulée de façon à ce que les citoyens évitent de porter attention aux événements qui seraient susceptibles de révéler la vraie nature des relations de pouvoir. D'après lui,

l'administration ne parle que par des tableaux statistiques et courbes; les syndicats, en termes de conditions de travail, de budget, de crédits, de recrutement. Ici et là, on ne veut attaquer le mal qu[e] là où personne ne le voit ni ne l'éprouve – loin de l'événement, loin des forces qui s'affrontent et de l'acte de domination (p. 1105).

Du point de vue de Foucault, les macrostructures inhérentes à notre société contemporaine sont beaucoup mieux comprises que les relations de pouvoir qui les ont pourtant fait naître et qui sont à la source d'une multitude de phénomènes qui ne peuvent être compris que « si on les met en rapport non pas avec les structures économiques, les relations économiques de production, mais avec les relations politiques qui investissent toute la trame de notre existence » (Foucault, p. 1422). Selon le philosophe, c'est dans les relations politiques comprises comme des relations qui surviennent au niveau local entre les individus et dans les comportements que les mécanismes de pouvoir doivent *a priori* être analysés. Ce n'est qu'à partir de l'analyse préliminaire de ces relations ou rapports de force qu'il devient possible

d'appréhender l'articulation plus large des processus de régulation ou de normalisation nationale, d'appréhender les mécanismes de pouvoir exercés sur le plan macrosociologique. Ce sont de ces rapports de force locaux que naissent tous les mécanismes de pouvoir (Lynch, 2011). Pour Foucault (1976), le pouvoir ne réside donc pas dans une instance suprême « qui serait là, occulte ou visible peu importe et qui diffuserait son rayonnement nocif à travers le corps social ou qui étendrait de façon fatale son réseau » (Berten & Foucault, 1988, p. 13). Selon lui, analyser les mécanismes de pouvoir à travers le champ des rapports de force permet également d'échapper à cette tendance répandue dans la pensée politique qui consiste à comprendre ces mécanismes d'un point de vue strictement juridico-discursif, c'est-à-dire dans le seul champ de la souveraineté juridique et de l'institution étatique.

S'il est vrai que Machiavel fut un des rares – et c'était là sans doute le scandale de son cynisme – à penser le pouvoir du Prince en terme de rapports de force, peut-être faut-il faire un pas de plus, se passer du personnage du Prince, et déchiffrer les mécanismes de pouvoir à partir d'une stratégie immanente aux rapports de force (Foucault, p. 128).

Si le pouvoir doit *a priori* être compris comme de multiples rapports de force qui sont immanents aux domaines spécifiques dans lesquels ils sont exercés, Foucault (1976) précise que ces rapports construisent eux-mêmes leur propre organisation, bien qu'ils soient assujettis au jeu des luttes et des affrontements perpétuels qui les renforcent, les affaiblissent, les inversent et, nécessairement, les transforment. Ce sont les modifications incessantes de ces rapports de force qui amèneront Foucault à postuler la variation permanente du pouvoir. Les rapports de force – qui s'inscrivent dans un double conditionnement puisqu'ils obéissent à une logique d'ensemble malgré leur caractère microphysique – peuvent s'appuyer les uns sur les autres et former des liens, des réseaux et des systèmes d'accord. Ceux-ci peuvent aussi entrer en contradiction et se retrouver complètement isolés les uns par rapport aux autres. Foucault soulignera que les différents rapports de force qui s'exercent dans le monde social ne peuvent exister qu'en fonction de multiples formes de résistance qui détermineront la nature même des relations de pouvoir, serviront d'opposants et permettront d'élaborer les stratégies à travers desquelles ces rapports de force prendront effet. La notion de stratégie est d'ailleurs d'une grande importance quant à la façon dont Foucault conceptualise le pouvoir comme ayant la

possibilité de transformer les situations et les comportements des personnes. Cette notion se révèle également fondamentale pour Foucault, du fait que la liaison des rapports de force et leur mise en réseau, de même que l'établissement de stratégies communes liées à ces rapports sont à la genèse des institutions. Pour Foucault, la cristallisation de stratégies par le biais desquelles des rapports de force deviennent effectifs permet ni plus ni moins que la production d'objets réels comme les appareils d'État, les lois, les hégémonies...

Aucun « schéma de transformation » ne pourrait fonctionner si, par une série d'enchaînements successifs, il ne s'inscrivait en fin de compte dans une stratégie d'ensemble. Et inversement, aucune stratégie ne pourrait assurer des effets globaux si elle ne prenait appui sur des relations précises et ténues qui lui servent non pas d'application et de conséquence, mais de support et de point d'ancrage (Foucault, p. 131-132).

Ainsi, pour Foucault, le pouvoir n'a pas que des effets négatifs, régulateurs ou répressifs et il n'engendre pas qu'exploitation, domination et destruction. Si, par exemple, les institutions peuvent exercer leur pouvoir pour réprimer, contrôler et plier les individus à travers des « schémas de transformation » spécifiques, celles-ci demeurent en elles-mêmes les « créations » d'un pouvoir productif. Le philosophe pousse cette réflexion encore plus loin en affirmant que :

si le pouvoir n'avait pour fonction que de réprimer, s'il ne travaillait que sur le mode de la censure, de l'exclusion, du barrage, du refoulement, à la manière d'un gros surmoi, s'il ne s'exerçait que d'une façon négative, il serait très fragile. S'il est fort, c'est qu'il produit des effets positifs au niveau du désir – cela commence à être su – et aussi au niveau du savoir (Foucault, 2001a, p. 1625).

Des effets positifs du pouvoir auxquels Foucault (2001a) fait référence permettront au pouvoir et à ses mécanismes d'intervenir dans la formation d'un type bien spécifique de sujet qui continuera à se former par lui-même dans le sens dicté par les mécanismes de pouvoir. Nous verrons ultérieurement, lorsque nous aborderons la notion foucauldienne de pouvoir pastoral, que les mécanismes de pouvoir ont la possibilité de faire naître chez les individus des désirs inédits, notamment associés à la correction de leurs propres déviances dans le sens d'une norme qui leur est pourtant imposée. En ce qui a trait spécifiquement aux effets positifs du pouvoir « au niveau du savoir », Foucault précisera que l'exercice du pouvoir crée des

objets de savoir et que ce sont aux relations de pouvoir que l'on doit attribuer l'émergence de ces objets de savoir. En d'autres mots, ce sont les relations de pouvoir qui détermineront quels savoirs seront créés et accumulés et dans quel sens et comment ils seront utilisés. Le pouvoir n'a donc pas que des effets négatifs et restrictifs sur le savoir et Foucault s'est également attardé à ce phénomène particulier qui a pour effet d'occulter les actions transformatrices des mouvements sociaux et, donc, de compromettre l'émancipation humaine.

Le savoir lui-même, tel qu'il est présenté, implique déjà une conformité politique : en histoire, on vous demande de savoir un certain nombre de choses, et de ne pas savoir les autres [...]. Le savoir officiel a toujours représenté le pouvoir politique [...]. Quant aux mouvements populaires, on les a présentés comme dus aux famines, à l'impôt, au chômage; jamais comme une lutte pour le pouvoir. L'histoire des luttes pour le pouvoir, donc des conditions réelles de son existence et de son maintien, reste presque entièrement immergée. Le savoir n'y touche pas : ça ne doit pas être su. [...] Au début du XIXe siècle, les ouvriers ont réalisé de très vastes enquêtes sur leurs propres conditions. Ce travail a fourni une grande part de la documentation de Marx; il a été l'un des fondements de la pratique politique et syndicale du prolétariat au XIXe siècle : il se maintient et se développe à travers les luttes. Or ce savoir n'est jamais apparu dans le savoir officiel. Dans cet exemple, ce ne sont plus les processus réels qui sont écartés du savoir; c'est un savoir qui est exclu du savoir. S'il émerge timidement aujourd'hui, c'est au deuxième degré, à travers l'étude de Marx, et son aspect le plus assimilable (Foucault, p. 1092-1093).

Pour le philosophe, le pouvoir ne peut s'exercer sans le savoir, savoir sur le corps, savoir sur la population, notamment. Et, en lui-même, le savoir engendre nécessairement le pouvoir (Foucault, 1976). Il fera ainsi couramment référence « aux formes fondamentales de "pouvoir savoir" qui viendront s'articuler dans le discours (Foucault, 2001a, p. 1258).

Après avoir exploré les fondements de la notion de pouvoir comprise par Foucault comme une relation faisant intervenir des rapports de force, voyons maintenant plus en détail comment celui-ci opérationnalise la notion de pouvoir en trois grands axes : le pouvoir souverain (répression), le pouvoir disciplinaire (discipline) et le pouvoir pastoral (soin de l'autre). Cela nous amènera à mieux saisir comment le philosophe se représente la façon dont sont gouvernés les populations, les individus et les corps à travers un ensemble de techniques permettant aux relations de pouvoir de s'exercer.

Le pouvoir souverain

Il convient de s'attarder, bien que très succinctement, au pouvoir souverain, et ce, de façon à mieux comprendre ce que Foucault appréhendera comme l'avènement de l'ère moderne des structures sociales, c'est-à-dire le passage du pouvoir souverain – droit de mort – au « bio-pouvoir » – pouvoir sur la vie (Martin, 2010). Nous décrirons ultérieurement et plus précisément l'anatomo-politique et la bio-politique qui, pour Foucault, constituent les deux pôles du bio-pouvoir. Nous croyons néanmoins important, également par souci de clarté, de démystifier déjà la nature juridicopolitique du pouvoir souverain et de ses mécanismes de domination, de manière à mieux saisir les changements drastiques qui caractériseront la façon dont le pouvoir sera exercé dès la fin du 18^e siècle.

Pour Foucault (1991), le pouvoir souverain consiste en un droit de vie et de mort qui s'exerce nécessairement de façon déséquilibrée à partir de la dernière des deux composantes de ce droit, la mort. Ainsi, un souverain doit *a priori* s'arroger le droit de tuer pour que le pouvoir de souveraineté sur la vie des hommes devienne effectif. Plus spécifiquement, à l'origine de ce que Foucault (1976) conceptualise comme le pouvoir souverain, se trouverait, selon lui, la *patria potesta*, expression latine traduite en français par « pouvoir paternel », signifiant le pouvoir enchâssé dans le droit familial romain et conféré à l'homme-chef de famille (Encyclopædia Britannica, 2014). La *patria potesta* permettait au patriarche d'exercer un pouvoir absolu sur ses enfants, sa femme, ses esclaves ainsi que sur leurs possessions, et ce, sa vie durant. Ce pouvoir était à ce point absolu que le chef de la famille romaine avait le droit d'infliger la peine capitale à toutes ces personnes qui étaient considérées comme étant *sub manus* – « sous sa main ». Au même titre que la *patria potesta* conférait au père de famille romain un droit de mort sur les membres de sa famille et sur ses esclaves, le modèle juridique de la souveraineté autorisait au monarque un droit de mort sur ses sujets. Comme la loi était considérée comme la volonté même du monarque, le fait de commettre un crime, d'enfreindre la loi, *sa loi*, était considéré comme une attaque directe à l'endroit du souverain (Fournier, 2005). Pour Foucault, le supplice judiciaire sous la monarchie doit être envisagé comme un rituel politique qui « s'effectue en pleine lumière pour terroriser et enchanter la foule »

(Lefeuve Déotte, 2009, p. 2). Le souverain a à sa disposition une vaste gamme de châtiments qui ont en commun de signifier sa cruauté aux sujets qui seraient tentés de se révolter ou d'enfreindre sa loi. Selon Foucault, ce pouvoir souverain reculera progressivement, sans jamais s'effacer complètement. Comme nous le verrons à l'instant, il laissera place à de nouveaux mécanismes de pouvoir, des mécanismes qui « fonctionnent non pas au droit, mais à la technique, non pas à la loi, mais à la normalisation, non pas au châtimement, mais au contrôle, et qui s'exercent à des niveaux et dans des formes qui débordent l'État et ses appareils » (Foucault, p. 118).

Le bio-pouvoir (anatomo-politique et bio-politique)

Foucault (1975, 2001a) portera une attention toute particulière à cette période charnière de l'histoire, c'est-à-dire de la fin du 17^e siècle jusqu'au début du 18^e, où l'on s'est aperçu qu'il était, selon l'économie du pouvoir, plus efficace et plus rentable de surveiller que de punir. Ce moment correspond à la formation, à la fois rapide et lente, d'un nouveau type d'exercice du pouvoir : le *bio-pouvoir*. C'est à cette période que l'on mettra fin à la pratique publique du supplice pour mettre en place « un schéma d'humanisation des peines » (Lefranc, 2005, p. 32-33). Sans que la mise à mort soit nécessairement proscrite, celle-ci étant encore bien effective dans certains pays occidentaux comme les États-Unis, on la rendra inaccessible au public en la confinant à l'enceinte de la prison. Elle demeurera ainsi « entre la justice et son condamné » (Foucault, 1975, p. 23). De façon générale, « la nouvelle pénalité, [...] plutôt que de punir, corrige et soigne. [Ce qui deviendra] la société de surveillance [, laquelle] veut fonder son droit sur la science; rend possible la “douceur” des peines, ou plutôt des “soins”, des corrections » (Foucault, 2001a, p. 1599). C'est plus particulièrement en réaction à l'inaptitude de « l'Ancien Régime » à faire face aux changements qui l'assaillent – comme l'explosion démographique et l'industrialisation, qui chambouleront drastiquement la société de l'époque¹⁸ – que l'on agira de la sorte, et non par bienveillance (Lefranc). Puisqu'il est

¹⁸ D'après Foucault (2001a), de grands bouleversements prendront place à cette période de l'histoire, des bouleversements qui auront une influence directe sur la façon dont s'articulent les « délégations de pouvoir » des systèmes étatiques de nombreux pays. Des régimes politiques changeront du tout au tout. Ce sera la chute de nombreuses monarchies, pendant que

désormais impossible de continuer à réguler « le corps économique et politique » d'une société qui se complexifie à partir de la vieille mécanique du pouvoir souverain, une première adaptation des mécanismes de pouvoir qui prévalaient à l'époque adviendra. Ces mécanismes focaliseront désormais sur le corps des individus par la surveillance et le dressage, et c'est ce que Foucault (1976) appellera « les disciplines ».

Les disciplines sont, pour Foucault, des procédures, mais mieux vaut dire des technologies pour assurer l'ordonnance des multiplicités humaines. Foucault souligne [...] que le propre des disciplines est de tenter de définir à l'égard des multiplicités une tactique de pouvoir qui réponde à trois critères : rendre l'exercice du pouvoir le moins coûteux possible; faire que les effets de ce pouvoir social soient portés à leur maximum d'intensité et étendus aussi loin que possible, sans échec, ni lacune; lier cette croissance économique du pouvoir et le rendement des appareils à l'intérieur desquels il s'exerce; bref faire croître à la fois la docilité et l'utilité de tous les éléments du système. [...] Les disciplines sont à prendre comme des techniques qui permettent d'ajuster la multiplicité des hommes et la multiplication des appareils de production (Nigro, 2002, p. 2-3).

Cette accommodation sera la première à advenir, dès le 17^e siècle et au début du 18^e, parce qu'elle s'effectuera au niveau local dans le cadre circonscrit des institutions et sous des formes que Foucault (1991) qualifiera d'« intuitives ». Ainsi, elle sera opérationnalisée plus facilement et plus rapidement. Dès lors, le corps entre dans une « machinerie de pouvoir » qui le fouille, surveille ses moindres gestes et attitudes, l'investigue de part en part, pour ensuite le « désarticuler » et le reconstruire selon la norme ambiante (Foucault, 1975). C'est cette machinerie que Foucault nommera « l'anatomo-politique », qui permettra aux institutions d'exercer un pouvoir inédit sur la vie, « une prise sur le corps des autres, non pas simplement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent comme on veut, [...] selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine » (p. 162). Les disciplines (l'anatomo-politique) permettront la démultiplication du contrôle qui était auparavant permis par le pouvoir de souveraineté, de sorte que de moins en moins d'éléments échapperont désormais aux mécanismes de pouvoir. À partir de techniques qui investiront les corps et les comportements pour provoquer ultimement la « manipulation calculée » des gestes, des attitudes, des pensées,

d'autres se verront octroyer de nouveaux statuts à travers desquels leurs pouvoirs seront considérablement amputés. Ce sera également un moment de grands réajustements institutionnels.

des dispositions, des discours et des volontés dans le sens de la norme, c'est toute une microphysique du pouvoir qui prend place, une mécanique du détail (Foucault, 2001a). Loin de se confiner aux institutions carcérales,

cette « anatomie politique » investit alors les collèges, les hôpitaux, les lieux de la production, et plus généralement tout espace clos qui puisse permettre la gestion des individus dans l'espace, leur répartition et leur identification. Le modèle d'une gestion disciplinaire parfaite est proposé à travers la formulation benthamienne du « panopticon », lieu d'enfermement où les principes de visibilité totale, de décomposition des masses en unités et de réordonnement complexe de celle-ci selon une hiérarchie rigoureuse permettent de plier chaque individu à une véritable économie du pouvoir (Revel, 2008, p. 35-36).

Foucault (1975) soulignera également que si le « régime disciplinaire » de l'anatomopolitique a pour effet d'accroître les forces du corps sur le plan de leur valeur économique (quadrillage du temps, des mouvements et de l'espace), cette nouvelle mécanique du pouvoir qui induit la docilité et l'obéissance à également pour effet *d'amoindrir les forces de ce corps sur le plan politique*, et ce, notamment par des techniques d'individualisation :

nous sommes individualisés, au fond, par le pouvoir lui-même. Autrement dit, [...] notre individualité, l'identité obligatoire de chacun est l'effet et un instrument du pouvoir, ce que ce dernier craint le plus : la force et la violence des groupes. Il essaie de la neutraliser par les techniques d'individualisation, qui commencent à être employées déjà au XVII^e siècle par la hiérarchisation dans les écoles; au XVIII^e siècle, par le registre des signalements physiques et des changements d'adresse. Dans ce siècle aussi surgit dans les usines le personnage redouté du contremaître, pour contrôler le déroulement des opérations de travail. Il dit à chacun comment et quand faire quoi, et ce contrôle individuel du travail fait partie d'une technique qui est liée à la naissance de la division du travail et de la hiérarchisation qui est aussi un instrument de contrôle individuel de ceux qui sont au plus bas de l'échelle par ceux qui sont en haut (Foucault, 2001a, p. 1531).

À la suite d'une première accommodation des mécanismes de pouvoir qui se sont centrés sur le corps à travers des modalités d'individualisation, une seconde accommodation qui, pour sa part, ne sera en rien individualisante, mais que Foucault (1991) qualifiera plutôt de « massifiante », se déploiera vers la fin du 18^e siècle. Celle-ci s'intéressera plus particulièrement aux phénomènes globaux et populationnels, au processus « bio-

sociologique », à l'homme en tant qu'espèce plutôt qu'à l'homme en tant que corps. C'est ce que Foucault nommera la « bio-politique » de l'espèce humaine, une adaptation des mécanismes de pouvoir qui, en comparaison avec l'anatomo-politique, adviendra plus tardivement dans l'histoire, et ce, parce qu'elle nécessite impérativement la coordination « d'organes complexes ». Si, pour Foucault (2001b), la découverte de la possibilité de dresser les personnes, les corps, selon une norme prédéterminée est l'élément clef à l'aune de la naissance de l'anatomo-politique, la population à titre de nouvel objet conceptuel sera la découverte qui permettra l'avènement de la bio-politique. Pour le philosophe,

la population, ce n'est pas la société dont parlaient les théories du contrat social; la population, c'est un problème à la fois scientifique et politique : c'est une masse ayant des propriétés qui se dégagent de sa massivité même, et qui ne peuvent pas se réduire aux individualités qui la composent; c'est un problème qui relève de la *biologie* et non pas de l'histoire naturelle (Dussert, 2007, p. 33).

En d'autres mots, la population n'est pas pour Foucault un simple regroupement d'êtres humains, mais une masse d'êtres dirigés et traversés par des processus biologiques : « une population a un taux de natalité et de mortalité, une courbe d'âge, une morbidité et un état de santé; une population peut périr ou peut, au contraire, se développer (Foucault, p. 1012).

Au même titre que le contrôle des corps associé à l'anatomo-politique, le contrôle de la population passe également par des techniques de régulation spécifique qui ont pour but de fixer une norme, laquelle est appréciable d'un point de vue que l'on pourrait qualifier de macro-bio-sociologique, donc, à partir d'une perspective beaucoup plus large que celle de l'homme-corps. Si, en soi, la bio-politique constitue un changement d'objet des mécanismes de pouvoir de l'époque, en comparaison à l'anatomo-politique et aux disciplines qui focalisent essentiellement sur le corps, elle « n'exclut pas la technique disciplinaire, mais [...] l'emboîte, l'intègre, la modifie partiellement et [...] l'utilise [...] en s'implantant en quelque sorte en elle et s'incrétant grâce à cette technique disciplinaire préalable » (Nigro, 2002, p. 5). Foucault (2001b) utilisera la sexualité, entre autres, pour illustrer le lien très fort qui peut exister entre les disciplines du corps et la régulation populationnelle qu'il associe à la bio-politique.

La bio-politique prendra une importance considérable pour la société capitaliste de production. Le principe de base selon lequel la population est un élément fondamental de la

force étatique sera mis de l'avant (Foucault, 2001b). Tout devra être mis en œuvre de façon à réduire la mortalité des populations : les épidémies et endémies devront être prévenues, les conditions de vie dans les villes devront se conformer à de nouvelles normes, une attention particulière devra être portée à l'alimentation. Ainsi, pour Foucault, la médecine est, en soi, une stratégie bio-politique, laquelle s'inscrit dans ce cadre général de production. Comme le souligne habilement Nigro (2002, p. 3), « la multiplicité cumulative des hommes accélère le mouvement du capital » et la bio-politique sera expressément employée à cette fin. Le lien intime entre la bio-politique et le libéralisme perçu comme un régime ayant érigé « la vérité économique à l'intérieur de la raison gouvernementale » (Foucault, 2004a, p. 24) sera d'ailleurs perçu par Foucault comme essentiel à une analyse viable de ce qu'est la bio-politique. Kozlowski (2011) soulignera qu'à travers son œuvre, Foucault tendra à dénoncer ce régime qu'est le libéralisme, à mettre en lumière ses effets délétères et à outiller les citoyens de façon à ce qu'ils puissent résister à cette tendance qu'emprunte leur communauté politique.

De la même façon que les technologies normalisatrices associées au bio-pouvoir (anatomo-politique et bio-politique), les technologies de soi qui sont inhérentes au pouvoir pastoral, et qui sont notamment mises à profit dans de multiples lieux de formation du savoir comme les hôpitaux, s'inscrivent elles aussi dans une téléologie normalisatrice.

Le pouvoir pastoral

L'un des éléments qui revient constamment dans l'œuvre de Foucault est le lien intime entre,

d'une part, les formes de gouvernement d'autrui et les formes d'exercices du pouvoir sur autrui, et d'autre part, les formes de gouvernement de soi ou de maîtrise de soi. La subjectivité n'est ainsi jamais déconnectée des formes du lien social et, plus précisément, des formes de pouvoir qui s'exercent à travers ces différentes formes de lien social (Lahire, 2005, p. 120).

C'est par un contrôle qui s'opère de façon insidieuse que la subjectivité des individus sera façonnée par le pouvoir pastoral. Le pouvoir pastoral est, en fait, une forme de pouvoir qui permet à un guide, par sa propre subjectivité, d'influer sur la subjectivité d'un autre sujet par

le contrôle et la dépendance, ce qui provoque chez ce sujet un rattachement à sa propre identité par un mécanisme de prise de conscience de ses savoirs personnels (Ransom, 1997). Le pouvoir pastoral est rendu possible par la maîtrise d'un savoir en ce qui a trait à la conscience et une habileté à diriger cette conscience de la part de l'individu qui agit à titre de guide (Foucault, 1988).

Comme le pouvoir pastoral constitue une forme de pouvoir qui nécessite qu'un individu serve de guide à un autre individu (Holmes, 2002), il est qualifié comme étant une forme de « soin de l'autre ». La relation maître/élève, employeur/employé, infirmière/patient ou gestionnaire/infirmière est *l'a priori* du pouvoir pastoral. Cette forme de pouvoir est liée à la divulgation de ce qui constitue la conscience de l'individu : elle permettrait de pénétrer l'esprit et agirait au travers de celui-ci pour ultimement le diriger (Foucault, 2001b). Cela est rendu possible par la confession de cet individu envers celui qui joue le rôle d'expert (guide ou maître). Celui-ci, il est important de le noter, initie le processus discursif menant à la réflexion de l'individu qui se prête à la confession. Il s'agit donc d'un processus réflexif du soi, dont l'élan instigateur principal est extérieur à l'individu qui s'y adonne (Holmes & O'Byrne, 2006). Il s'agit d'un détail non négligeable, car ce simple fait aide l'expert à diriger initialement la confession de façon à ce que celle-ci provoque les résultats escomptés. Une fois la phase d'ouverture initiée, les technologies du soi prennent place et cela permet à l'individu de s'engager dans sa propre transformation. La phase suivante de ce processus est liée à un postulat d'une causalité générale et diffuse. Selon Holmes et O'Byrne, cela signifie que tout doit être dit, sans égard au fait que les éléments révélés peuvent apparaître comme étant insignifiants, et ce, tant pour ce qui est du guide que pour ce qui est de l'individu qui partage ses secrets les plus intimes. Il s'agit effectivement d'un processus de recherche de vérité. La volonté du pouvoir a comme instrument la volonté du savoir et celle-ci s'appuie, selon Foucault (1976), sur la recherche de la vérité. La vérité constitue une force sociale non négligeable qui est en fait une ressource politique permettant, entre autres, la domination (Leclerc, 2001).

Le guide encourage l'individu, qui se prête à la confession, à tout révéler de façon à extraire et, par la suite, exposer cet individu à ses propres vérités cachées. Par la suite, le guide

utilise des techniques confessionnelles dans le but de pousser l'individu à aller encore plus loin dans ses révélations personnelles et privées. Il est à noter que l'efficacité du processus est fortement liée au fait que l'individu qui s'y prête doit être persuadé qu'il ne s'agit pas d'un interrogatoire (Holmes & O'Byrne, 2006), mais bien d'un processus thérapeutique qui s'exerce sous l'égide du principe éthique de non-malfaisance (Foucault, 1976). Ce type de confession permettra certes à l'individu dont on « prend soin » de se libérer des pensées qui l'habitent et il est fort probable qu'une certaine forme de bien-être s'installe en lui consécutivement à ce fait.

Par contre, la confession pastorale, bien qu'elle soit, pour l'individu, l'occasion de se libérer, le subjugue aussi à la fois (Gastaldo, 1997). La confession est une technologie politique de révélation du soi. Par ce processus, les espaces les plus intimes de la personne sont maintenant ouverts à la surveillance (Wilkinson, 1999). Cette surveillance, on pourrait aussi la qualifier de pouvoir disciplinaire agissant aux confins de l'intégrité de l'individu qui s'y prête. Le pouvoir disciplinaire et le pouvoir pastoral sont donc intimement liés et sont exercés dans un but commun, à savoir la correction des déviations et la normalisation des individus, des groupes et des sociétés. L'individu en viendra à croire que son bonheur passe par la correction de ses propres déviations et le fait qu'il fasse ce qu'on s'attend de lui.

Le pouvoir pastoral est toujours lié à des finalités d'action et à cela d'insidieux que ces actions seront entreprises par l'individu, et ce, de son propre chef, consécutivement à des réflexions intérieures qui auront été provoquées dans le processus. L'individu initiera un travail dirigé sur lui-même, comme s'il désirait changer chez lui un comportement ou une attitude donnés (Holmes & Gastaldo, 2002). En d'autres mots, les technologies du soi amèneront l'individu à agir contre lui-même (Foucault, 1988), dans l'intérêt d'un maintien de l'ordre établi, rendu possible par la normalisation des individus. Il est important de souligner que celui-ci croira pourtant que les actions qu'il doit entreprendre le seront dans son propre intérêt et de son propre gré. Le pouvoir pastoral, comme exercice de gouvernement du soi, est utilisé comme instrument du gouvernement des conduites de l'individu (Hindess, 1996). On pourrait considérer le pouvoir pastoral (et la confession qui en est l'outil principal), comme une forme de conditionnement d'origine externe provoquant des réflexions internes menant à

des actions normalisatrices et à la soumission. Foucault n'avait d'ailleurs aucun doute quant au caractère tyrannique du pouvoir pastoral, il a été très clair à ce propos, en indiquant qu'il pourrait effectivement être qualifié comme étant totalitaire (Foucault, 1984).

Après avoir survolé les trois grands axes du pouvoir foucauldien, portons maintenant notre attention à une notion particulièrement importante en ce qui a trait à la perspective foucauldienne du pouvoir, c'est-à-dire la notion de dispositif.

Le dispositif

Foucault a [...] montré comment, dans une société disciplinaire, les dispositifs visent [...] la création de corps dociles mais libres qui assument leur identité et leur liberté de sujet dans le processus même de leur assujettissement (Agamben, 2007, p. 42). [...] Il semble qu'aujourd'hui qu'il n'y a [...] plus un seul instant de la vie des individus qui ne soit modelé, contaminé, ou contrôlé par un dispositif (p. 34).

D'après Revel (2008), Foucault aurait emprunté la notion de dispositif de Deleuze et Guattari (1972). Peu à peu, cette notion prendra une importance considérable dans le vocabulaire conceptuel foucauldien et en viendra même à remplacer celle d'*épistémè*, notamment utilisée par Foucault (1966) dans *Les mots et les choses*, l'*épistémè* étant en soi un dispositif de nature strictement discursive. La notion de dispositif qui est associée à une certaine manipulation des rapports de force et qui résulte du croisement entre le savoir et ces rapports sera définie en trois temps par Foucault (2001b). Dans un premier temps, il associe cette notion à un ensemble d'éléments hétérogènes, tant de l'ordre du dit que du non-dit, « comportant des discours, des institutions, des formes architecturales, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales [et] philanthropiques » (p. 299). Foucault stipule que le dispositif est en soi le réseau des liens que l'on peut établir entre ces différents éléments hétérogènes qui établissent entre eux des connexions et des délimitations. Dans un deuxième temps, Foucault précise qu'au sein d'un dispositif, une multitude de changements surviennent, et ce, de façon constante. Les éléments qui le constituent, qu'ils soient discursifs ou non, changent, entre autres, de position et de fonction. Il donne notamment l'exemple d'un discours

qui au sein d'un dispositif donné peut, d'une part, prendre la forme du « programme » d'une institution tout en étant, d'autre part, mis à profit pour justifier certaines mesures ou pour dissimuler différentes pratiques qui pourraient être vues d'un mauvais œil par la population. Ainsi, comme le précise Foucault, une composante d'un dispositif peut avoir « accès à un champ nouveau de rationalité » (p. 299) en fonction des modifications incessantes, des ajustements qui prennent place au sein de celui-ci et qui lui permettent de mieux remplir sa fonction stratégique. Dans un troisième temps, c'est expressément cette fonction « stratégique dominante » que Foucault identifie comme énoncé définitionnel fondamental du dispositif. Pour Foucault, le dispositif répond toujours à ce qu'il conceptualise comme une « urgence », il sert à résoudre une situation donnée et l'établissement de l'objectif stratégique du dispositif est en soi le premier acte de sa genèse.

En prenant l'exemple d'une masse flottante identifiée à l'âge classique par la société capitaliste et mercantiliste comme « encombrante » et improductive, Foucault (2001b) démontre comment la dissolution de cette masse deviendra l'urgence, c'est-à-dire l'objectif stratégique duquel naîtra le « dispositif-assujettissement de la folie, de la maladie mentale, de la névrose » (p. 299), un dispositif qui s'articulera selon des discours, à partir d'institutions, de lois, de mesures administratives et, notamment, d'énoncés scientifiques qui surgiront de part et d'autre et interviendront de façon concertée et complémentaire. Le dispositif aura des effets, positifs et négatifs, désirables et indésirables, toujours en fonction de son objectif stratégique fondamental. Lorsqu'un ou des éléments de l'ensemble hétérogène du dispositif ou lorsque leurs effets respectifs entreront en contradiction avec d'autres de ses éléments constitutifs ou avec les effets de ces éléments, il y aura, comme nous l'avons indiqué, réajustement de la réalité de l'ensemble du dispositif. Mais, comme l'indique Foucault, le caractère élémentaire du dispositif, son objectif stratégique fondamental, sera également susceptible de muter, de se transformer. C'est ce qui se produira, d'après celui-ci, avec le dispositif d'emprisonnement qui, s'il avait à la base comme objectif stratégique de circonscrire la criminalité, sera rapidement identifié comme exacerbant ce même problème, en ayant entre autres pour effet de construire un milieu délinquant. Il s'agit là d'un effet absolument imprévu et qui, comme le rappelle Foucault, n'est issu d'aucune ruse stratégique.

À partir de 1830, à peu près, on assiste à une réutilisation immédiate de cet effet involontaire et négatif dans une nouvelle stratégie, qui en quelque sorte remplit l'espace vide, ou transforme le négatif en positif : le milieu délinquant s'est trouvé réutilisé à des fins politiques et économiques diverses (p. 300).

L'objectif stratégique fondamental du dispositif d'emprisonnement s'articulera dès lors selon de nouveaux attributs. Cet objectif changera et l'emprisonnement sera utilisé politiquement pour cultiver la menace de la criminalité sur laquelle s'appuiera la classe au pouvoir « comme un alibi continu » pour justifier le durcissement du contrôle sur la société (Foucault, 2001a, p. 1598).

La délinquance fait peur, et on cultive cette peur. Ce n'est pas pour rien si, à chaque moment de crise sociale et économique, on assiste à une « recrudescence de la criminalité » et à l'appel consécutif à un gouvernement policier. Pour l'ordre public, dit-on; en réalité, pour brider surtout l'illégalité populaire et ouvrière. En somme, la criminalité joue comme une sorte de nationalisme interne. De même que la peur de l'ennemi fait « aimer » l'armée, de même la peur des délinquants fait aimer le pouvoir policier (p. 1598).

Économiquement, l'érection imprévue d'un milieu délinquant induite par le dispositif d'emprisonnement sera également identifiée par Foucault (2001b) comme étant à l'origine de « l'organisation de la prostitution [et du] prélèvement d'un profit sur le plaisir » (p. 300), donc, de l'ouverture de nouveaux marchés qui provoqueront ultimement la reproduction du capital selon l'idéologie prônée par la classe au pouvoir. Somme toute, comme nous le verrons dans le cadre des quatrième et cinquième chapitres de cette thèse, la notion de dispositif s'applique également à l'hôpital et le « dispositif hospitalier », tel que nous l'identifierons, répondra lui aussi à des objectifs précis, toujours propices à la mutation, qui affecteront directement le travail des infirmières dans les CH.

En conclusion à cette sous-section consacrée à la notion de pouvoir, et après avoir porté notre attention sur la façon dont Weber, Marx, Arendt et Foucault l'ont conceptualisée, il ressort que ces différentes perspectives seront toutes susceptibles de solidifier le socle de nos analyses et de nous amener à envisager différemment la réalité des infirmières prise en compte à partir de leurs propres dires. Les différentes façons d'envisager les relations de pouvoir que nous venons d'explorer nous permettront notamment d'élaborer des réflexions inédites

relatives aux expériences vécues par les infirmières. Elles nous amèneront à être beaucoup plus en mesure d'identifier les limitations qui leur sont inhérentes, de manière à ce qu'il soit possible de penser à des façons de se sortir de ces limitations trop souvent prises pour acquies. Sans avoir strictement choisi l'une ou l'autre des perspectives explorées dans notre appréhension de cette notion complexe qu'est le pouvoir, nous tenons à souligner que nous adhérons tout particulièrement à la façon dont Foucault perçoit le pouvoir qui s'exerce sur les individus comme s'inscrivant dans un cadre général de production au sein duquel se profile un souci perpétuel d'accroissement de la valeur économique. Du reste, nous considérons ce phénomène comme l'une des graves limitations ayant une influence sur l'exercice de la profession infirmière.

Parallèlement à ce pouvoir productif ayant des effets sur la valeur économique associée aux actions effectuées par les individus – notamment dans le travail – la façon dont Foucault (1975) théorise l'amoindrissement des forces que peuvent déployer les groupes sur le plan politique, entre autres par des techniques d'individualisation, nous sera très utile dans le cadre de nos analyses. Dans le cadre spécifique de cette étude, la perspective foucauldienne du pouvoir nous permettra également de conceptualiser les infirmières soignantes comme une masse d'êtres normalisés, disciplinés et dirigés qui, sans le savoir, agissent bien souvent contre leur propre intérêt dans le maintien de l'ordre établi, bien qu'elles disposent toutefois du pouvoir de résister en toutes circonstances. Voyons maintenant plus en détail ce qu'il en est de cette notion sans laquelle Foucault (1976) postule que le pouvoir ne pourrait s'exercer : la notion de résistance.

2.2 - La résistance

Bien que cela n'ait jamais été articulé en sciences infirmières, le processus itératif qui a mené à cette recension des écrits nous a permis d'établir qu'il n'y a pas que le mouvement d'émancipation infirmier, généralement compris comme un mouvement collectif, qui affronte les contraintes qui sont issues des rapports sociaux au sein desquels les infirmières évoluent. Avant même de penser à se réunir en communauté et à agir de façon solidaire pour se libérer

efficacement des circonstances qui provoquent leur asservissement, les infirmières, selon les écrits que nous avons consultés, résistent aux contraintes individuellement, le plus souvent de façon réactionnelle, à travers une certaine indignation qui n'est pas obligatoirement partagée par d'autres, et ce, d'une multitude de façons qui ne les engagent pas nécessairement dans l'émancipation de leur propre groupe. Sous certaines conditions seulement, des actes de résistance collectifs, et parfois des actes de résistance individuels qui auront pris une tournure collective, permettront l'ouverture du champ de la liberté de toutes les infirmières, donc, leur émancipation, mais les écrits parcourus dans le cadre de cette thèse révèlent que cela se produit de façon beaucoup moins fréquente. La notion de résistance occupe ainsi une place de choix dans le registre des actes d'opposition déployés par les infirmières. Pourtant, le terme est clairement sous-utilisé au sein de la discipline infirmière. Il est d'ailleurs davantage question de l'émancipation des infirmières et des savoirs émancipateurs qu'elles produisent que des actes de résistance qu'elles mettent de l'avant et qui consistent pourtant en l'exercice d'un contre-pouvoir leur permettant de s'opposer à certaines situations, d'affaiblir certains rapports de force jugés illégitimes ou d'interrompre certaines actions qu'elles considèrent préjudiciables. C'est donc à cette notion qui, selon Foucault (1976), est indissociable de la notion de pouvoir, que nous nous intéresserons à l'instant. Nous explorerons tout d'abord l'origine historique de la notion de résistance, telle que nous l'appréhendons dans ces pages, et ce, à partir d'une courte citation. Par la suite, nous nous pencherons sur certaines façons de conceptualiser la notion de résistance, principalement issues des disciplines philosophique et sociologique, avant d'explorer différents termes qui y sont rattachés. Nous concluons en nous intéressant à la notion de résistance telle qu'elle est considérée en sciences infirmières.

2.2.3 - La résistance en philosophie et en sociologie

Les travaux des historiens sont très impressionnistes. Les dictionnaires historiques récents ne leur accordent aucune place privilégiée. Quant à ceux centrés sur l'histoire contemporaine, ils limitent leur réflexion à la Seconde Guerre mondiale. En définitive, les rares études menées sur ce thème insistent sur la place occupée par la résistance dans l'imaginaire français. Il convient de souligner, à cette occasion, que ce terme n'est

pas utilisé pour désigner l'opposition aux dictatures du XX^e siècle. Pour les pays de l'Est, notamment, on parle de dissidence ou d'opposition, même lorsqu'il existe des mouvements organisés de type Solidarnosc en Pologne. L'idée de « résistance » est donc très largement associée à la Seconde Guerre mondiale, au point que Jean-Pierre Azéma écrit que « les hommes et les femmes de Londres et de l'ombre [...] ont inventé un mot » (Azéma, 1985, p. 8-24) (Vandroy-Fraigneau, 2003, p. 207-208).

Il convient tout d'abord de démystifier la notion de résistance, une notion à laquelle de nombreux auteurs se sont intéressés et qui est généralement associée à des actions ou réactions à teneur politique. Pour Durand (2004), la notion de résistance fait référence à « un mouvement d'opposition à un ordre, à une loi, un système jugé injuste, oppresseur ou inhumain » (p. 87). Pour Vandroy-Fraigneau, le concept de résistance est relatif à la défense de la liberté par la contestation de l'autorité dominante. Laborie (2001) fait pour sa part allusion à une volonté de porter préjudice à un ennemi, de façon à s'assurer par tous les moyens jugés légitimement acceptables de contrecarrer la réalisation de ses objectifs. Chalari (2012) précise que les individus résistent en produisant et en expérimentant des processus d'interaction qui sont associés à une opposition à quelqu'un ou à quelque chose. Pour celui-ci, à titre d'acte d'opposition, la résistance s'exprime ainsi par des comportements qui sont eux-mêmes socialement construits. Le monde social aurait donc une influence considérable sur les actes de résistance qui seront mis de l'avant par une personne ou par un groupe. Si Durand insiste sur le caractère collectif des *mouvements* de résistance, Chalari souligne que la résistance est également associée à des actes d'opposition personnels. Scott (2008) précisera d'ailleurs que la résistance s'exprime fréquemment de façon privée, du fait qu'elle se révèle bien souvent trop dangereuse lorsqu'elle est reconnaissable ou observable publiquement. De ce point de vue, les pratiques de résistance, spécialement celles des groupes dominés, se retrouvent parfois cachées ou maquillées de façon à ce qu'elles ne puissent être détectées par ceux qui en sont l'objet.

Si, comme nous venons de le souligner, pour la vaste majorité des auteurs auxquels nous nous sommes référés pour mener à bien cette recension des écrits, la résistance est associée à la notion d'opposition, il en est de même pour Foucault (1992), qui fait toutefois référence à la notion d'opposition à partir d'un autre concept : la transgression. Pour Foucault,

le terme « résistance » est précédé par la notion de transgression empruntée à Bataille (1957) et permettrait à l'être d'exprimer une extériorité avérée au système de pouvoir et de savoir, ces deux composantes étant toujours intimement liées (Revel, 2008). La transgression consisterait en elle-même à « tenir en échec les dispositifs d'identification, de classification et de normalisation du discours » (p. 113). Foucault mettra un accent particulier sur le concept de résistance, qu'il décrira comme étant inséparable des relations de pouvoir : « il n'y a pas de relation de pouvoir sans résistance, sans échappatoire ou fuite, sans retournement éventuel » (p. 318). D'après Foucault, il n'y aurait d'ailleurs aucune possibilité d'exercer le pouvoir sans qu'*a priori*, les êtres sur lesquels celui-ci est exercé ne soient libres. La personne¹⁹ ou le groupe seraient donc libres d'accepter la relation de pouvoir, mais aussi libres de résister ou de lutter contre ses effets. Car ce n'est effectivement pas contre le pouvoir que des luttes seraient instaurées, mais bien contre certains des effets de ce pouvoir et, notamment, contre certains états de domination des êtres, dans une étendue ayant préalablement et paradoxalement été ouverte par les rapports de pouvoir eux-mêmes (Revel). En d'autres mots, l'espace où peut prendre place l'offensive, l'espace qui permettra la création des foyers de résistance est lui-même créé par la présence de cette relation de pouvoir, puisque la résistance serait intrinsèque à ce dernier. Chaque avancée ou retrait, chaque mouvement de l'une ou l'autre des deux composantes de ce couple pouvoir/résistance, seront utilisés par son opposé, afin de prendre appui, de façon à provoquer une contre-offensive.

La notion de résistance demeure ainsi une notion présentant un spectre conceptuel très large se rapportant à des comportements actifs, qu'ils soient physiques, verbaux ou cognitifs (Hollander & Einwohner, 2004). Par exemple, le simple fait de porter un jeans au travail ou à l'école est en soi considéré par certains auteurs comme une forme de résistance (Buchanan, 2010). La façon dont s'expriment les personnes peut également être considérée comme une forme de résistance (Gal, 1995). L'utilisation du terme résistance ne se limite donc pas à la désignation d'actes d'opposition physique, mais peut notamment faire référence à des conversations relatives à de tels actes (Chalari, 2012). De tels comportements, en

¹⁹ Pour Foucault, le concept de résistance est autant de nature individuelle que collective (Revel, 2008).

comparaison, apparaissent comme plus passifs, bien qu'ils se situent tout de même à l'enseigne de l'action. Une telle résistance discursive, peut, selon Chalari, être activée par des stimuli spécifiques et éventuellement s'opérationnaliser à travers différents actes d'opposition. Notons également que, de cette perspective, les conversations qui ont pris place dans le cadre de cette étude constituaient bien souvent des actes de résistance... Dans la recension des écrits que nous avons effectuée dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons repéré différents termes comme *l'objection de conscience*, la *non-violence*, la *non-coopération* et la *désobéissance civile*, qui consistent tous en des actes spécifiques de résistance. Nous nous proposons ainsi d'explorer ces notions, puisque qu'elles pourront nous être utiles, notamment dans le but de classer les actes de résistance des infirmières participantes.

L'objection de conscience

À titre d'acte de résistance, l'objection de conscience s'applique à tous les champs de l'activité humaine, notamment au champ du travail dans le domaine de la santé, et peut être déployée face à « toute activité exigée par un tiers (loi, ordre du tribunal, institution, employeur) et jugée contraire à l'éthique personnelle ou à l'inverse, à toute activité interdite par une autorité, mais qui est requise par son éthique personnelle » (Durand, 2004, p. 72). Si l'objection de conscience est généralement associée à l'affirmation de valeurs dites *personnelles* plutôt qu'à un désir plus large, comme celui de provoquer des changements législatifs, Durand souligne tout de même que, de par son intention d'affirmer ses valeurs personnelles, l'objecteur de conscience chérit souvent le désir d'être imité par d'autres et de voir cette imitation mener à des changements législatifs, secouer l'ordre établi ou produire une situation plus spécifique qu'il identifie comme étant en rupture avec ses propres convictions. Comme l'indique Durand, il apparaît préférable de définir l'objection de conscience par une « opposition à... ou par le refus de participer à... » (p. 72). Le fait de s'opposer à des règles administratives – qui seraient, par exemple, considérées comme immorales par une infirmière soignante – inhérentes au monde du travail, serait de l'ordre de l'objection de conscience, d'après cette définition.

« [L'objection de conscience] serait [donc] l'opposition à une loi, un ordre, une situation contraire à ses convictions personnelles et profondes. [...] Un refus public, pacifique et conséquent de faire ou de coopérer à faire un acte demandé par la loi, un ordre du tribunal, une règle institutionnelle ou une personne en autorité » (Durand, 2004, p. 77). Lorsqu'il se confine à la sphère privée, cet acte de refus est considéré par Durand comme un acte d'insoumission privée qui, par le fait même, serait moins noble. Lorsqu'un tel acte est associé à des formes de violence, l'acte de refus relève d'une forme de dissidence plus radicale que l'objection de conscience. De plus, on dit que le refus associé à l'objection de conscience est *conséquent*, du fait que l'objecteur de conscience accepte les sanctions contingentes découlant de son acte de refus. Enfin, dans certains cas jugés limites par Durand, l'objection de conscience peut légitimer des actes qui peuvent *a priori* paraître immoraux, comme le mensonge.

La non-violence et la non-coopération

La non-violence est la plus grande force que l'humanité ait à sa disposition. Elle est plus puissante que l'arme la plus destructrice inventée par l'homme (Gandhi, 1990, p. 153).

Les notions de non-violence et de non-coopération, qui sont de près ou de loin toutes deux associées à l'objection de conscience, font référence à un « refus en conscience de participer ou de collaborer à certains actes » (Durand, 2004, p. 87). Ces actes de résistance sont généralement de nature collective, même si, comme le rappelle Durand, ils sont, le plus souvent, initiés par une poignée de personnes. Toujours selon ce même auteur, chacune de ces notions s'entrecoupe, ce qui n'est pas sans amener certaines difficultés lorsque vient le temps de les distinguer, un exercice qui nous apparaît pourtant nécessaire, de façon à ce que, *a posteriori*, nous puissions regrouper sous différents vocables des actes de résistance auxquels des infirmières participantes ont fait référence dans le cadre de cette étude.

Le refus de la violence est, certes, inhérent au concept de non-violence, mais celui-ci consiste plus spécifiquement en « un principe d'action ayant pour objectif la transformation du

conflit en négociation permettant de redéfinir un compromis » (Tenenbaum, 2003, p. 6). Comme le souligne habilement Hessel (2010), pour qui la non-violence est la voie à emprunter pour s'indigner, « aussi bien du côté des oppresseurs que des opprimés, il faut arriver à une négociation pour faire disparaître l'oppression » (p. 11). En faisant ici référence à la notion de non-violence, nous ne faisons donc aucunement allusion à la *soumission passive* ou, par exemple, au refus de frapper autrui, mais bien à une forme distincte d'*action politique* (Durand, 2004, p. 88). C'est Gandhi qui popularisa la non-violence comme action politique stratégique, à partir de la notion d'*ahimsâ*. « Cette notion a pour principe d'éviter toute pensée mauvaise, toute hâte, tout mensonge, toute haine et le fait de souhaiter du mal à quiconque » (Maillard, 2008, p. 12-13). Comme l'idée de la non-violence s'est rapidement répandue à travers le monde à la suite des réussites obtenues par les campagnes de Gandhi contre l'Empire britannique (Gregg, 1981), celle-ci inspira de nombreux autres mouvements, comme le mouvement américain des droits civiques, dont Luther King fut la figure de proue et la lutte menée par Suu Kyi pour la démocratie au Myanmar. Toujours de nature stratégique, la non-violence comme action politique mise sur l'efficacité pour résoudre des problèmes d'ordre politique (Durand).

On peut regrouper les méthodes de l'action non violente en trois types : les méthodes de protestation symbolique et de persuasion ; les méthodes de non-coopération, sociale, politique et surtout économique, que celle-ci soit le fait de producteurs ou de consommateurs, de propriétaires ou d'utilisateurs, d'employeurs ou d'employés ; enfin les méthodes d'interventions qui visent à perturber activement le fonctionnement d'un système politique, et à créer des contres-normes ou des contre-institutions (Derriennic, 1974, p. 621).

Pour Boubault, Coulon, Prairat et Verenese (1989) et Muller (1981), le principe fondamental de la non-violence comme action politique stratégique est celui de la non-coopération. Ainsi, la notion de non-coopération est le plus souvent considérée comme inhérente à celle de la non-violence ou tout simplement présentée comme un synonyme de celle-ci. « Face à l'injustice [,] nous sommes [...] tentés par la passivité et la complicité qui sauvegarde au mieux notre propre tranquillité, notre propre confort et nos propres intérêts (Muller, p. 62). Gandhi (1990) le soulignait : « ce ne sont pas tant les fusils britanniques qui

sont responsables de notre sujétion que notre coopération volontaire » (p. 247). En accord avec cet énoncé gandhien, la non-coopération s'appuie sur le principe suivant : la complicité des opprimés, leur coopération avec ceux qui les oppriment, qu'il s'agisse d'une coopération active, passive, volontaire ou forcée, contribue à leur sujétion, à la perpétuation de leur exploitation et des injustices engendrées par celle-ci. « Si les injustices sont aussi profondément enracinées dans les sociétés, c'est parce qu'elles bénéficient de la complicité, c'est-à-dire de la coopération de la majorité des membres de ces sociétés » (Muller, p. 60). La sujétion des hommes ne dépend donc pas uniquement de la coercition exercée par les oppresseurs, mais également de l'obéissance (passivité générale, silence...) que les dominés consentent à leur accorder (Semelin, 1998). De ce fait découle cet acte de résistance qui consiste à refuser l'obéissance et la collaboration par des actions collectives concertées de non-coopération avec les institutions, les lois, les idéologies, les régimes ou les États qui mettent à mal les droits et les libertés des personnes (Boubault & coll.).

La stratégie non-violente consiste à venir briser cette coopération avec l'injustice, et d'exercer ainsi sur les responsables une pression sociale qui les oblige à céder. [...] Il s'agit d'organiser la non-coopération de telle sorte que le plus grand nombre refuse de collaborer avec les institutions, les structures, les lois et les régimes qui créent et qui maintiennent l'injustice (Muller, p. 62-63).

Les moyens multiples à cet égard visent à embarrasser ou paralyser [...] : pétitions, défilés et marches, grèves symboliques ou illimitées, boycottages de biens ou de produits, renvois des décorations et titres reçus, démissions de fonctionnaires, retraits de l'armée, de la police ou des tribunaux, éventuellement grève de la faim, *sit-in*, obstructions de la circulation, refus de payer l'impôt, voire désobéissance à une autre loi ou à toutes (Durand, 2004, p. 89).

D'après Boubault et coll. (1989), les pressions induites par les actions de non-coopération deviennent efficaces dès qu'elles provoquent l'appauvrissement du pouvoir exercé par les autorités en place qui, dès lors, éprouvent de la difficulté à se faire obéir et respecter. Comme le souligne à juste titre Muller (1981), par la non-violence et son principe fondamental qu'est la non-coopération, il s'agit en fait d'opérer *par la contrainte* en réponse à *la contrainte*. Ces pressions contraignantes paralysent les rouages des mécanismes de l'exploitation, engendrent l'établissement d'un nouveau rapport de force permettant aux

dissidents de faire reconnaître leur droit (Boubault et coll.). Par ailleurs, Gandhi (1990) le soulignait : « adopter le principe de non-violence oblige à se détourner de toute forme d'exploitation » (p. 163).

La désobéissance civile

A priori, la notion plus générale de désobéissance est en elle-même « l'accomplissement délibéré d'une action interdite par une règle en vigueur » (Boyeau-Jenecourt, 2011, p. 195). En ce qui a trait spécifiquement à la désobéissance dite *civile*, celle-ci serait :

la violation publique, pacifique et conséquente d'une loi, d'un ordre du tribunal ou d'une règle de pratique professionnelle, le plus souvent à l'intérieur d'un mouvement collectif, au nom de certaines valeurs éthiques ou religieuses (ce qui inclut la justice sociale), dans le but de témoigner de ces valeurs et, plus ou moins explicitement, de faire changer la loi, la situation sociale ou l'ensemble du système économique ou politique (p. 84).

Notons tout d'abord que cet acte de résistance n'est pas qualifié de *civil* en référence au droit civil, mais parce qu'il renvoie au concept de citoyen et plus particulièrement à ses attributs sociaux et politiques (Durand, 2004), ce qu'Arendt (1995) identifie comme le vivre-ensemble. La désobéissance civile ne s'inscrit pas dans une classe distincte de l'objection de conscience, mais en constitue plutôt une forme plus radicale. Elle pourrait ainsi être perçue comme une progression de celle-ci, s'inscrivant dans le même continuum (de Montigny, 1982). *A priori*, les différentes formes de résistance, comme c'est le cas de l'objection de conscience, s'organisent généralement sous l'égide de la légalité. « Il s'agira d'épuiser toutes les possibilités offertes par les moyens légaux. [...] Mais lorsque ceux-ci s'avèreront inopérants pour venir à bout de l'injustice, alors il conviendra d'entrer dans la désobéissance civile » (Muller, 1981, p. 64). La désobéissance civile et l'objection de conscience partagent de nombreux attributs, notamment la primauté du pacifisme, un caractère public et la nécessaire acceptation, par ceux qui les mettent de l'avant, des sanctions²⁰ découlant des actes de refus ou de violation. Toutefois, contrairement à la notion d'objection de conscience qui est issue de

²⁰ C'est ce que Boyeau-Jenecourt (2011) identifie comme « la violation [...] conséquente d'une loi » (p. 195).

l'affirmation de valeurs personnelles, la désobéissance civile « ne peut jamais être la manifestation d'une philosophie subjective, d'un mode de pensée exclusivement personnel [, puisque] la dimension collective lui est consubstantielle » (Boyeau-Jenecourt, p. 12).

Muller (1981) soulignera cependant que des actes individuels de désobéissance civile peuvent avoir des effets positifs non négligeables. L'attention médiatique entourant de tels actes a notamment pour effet direct d'interpeler ceux qui portent la responsabilité des injustices dénoncées et ceux qui, par leur silence et leur passivité générale, cautionnent ces injustices au quotidien. Cette attention médiatique portée aux actes individuels de désobéissance civile est également susceptible de provoquer le regroupement de personnes qui se sentent directement concernées par ce qui justifie ces actions, ce qui, dans certains cas, les amènera à exprimer leur soutien publiquement, ou à emprunter la même démarche de désobéissance, cela ayant nécessairement pour effet de donner une dimension collective à des actes qui étaient, *a priori*, déployés individuellement. « Il reste que pour avoir toute sa portée et toute son efficacité, la désobéissance civile doit se faire de manière concertée et collective. Elle exige discipline et organisation et doit pouvoir bénéficier de l'appui d'une large minorité » (Muller, p. 78). Notons également que si, par extension, l'objecteur de conscience, de par son désir d'être imité à travers son acte de refus, souhaite souvent qu'un changement à l'ordre social existant se produise, en ce qui a trait spécifiquement à la désobéissance civile, cela va de soi, même si, *a priori*, les mouvements de désobéissance civile ne s'avancent pas nécessairement quant à l'identification formelle de leurs objectifs, objectifs qui, dans la plupart des cas, visent à faire échec à des lois ou à des règles institutionnelles injustes et, ainsi, à rétablir le droit. Si la désobéissance civile est souvent associée à la transgression de l'autorité spécifique de l'État qui, dans certains cas, débouche sur la modification ou l'abrogation d'une loi en vigueur, il est à noter que plusieurs auteurs, comme Walzer (1982) et Durand (2004), assimilent au concept de désobéissance civile la désobéissance à d'autres autorités que celle de l'État. À l'exception de Durand, qui ne considère pas cette distinction nécessaire, des auteurs comme Walzer vont qualifier cette forme spécifique de désobéissance, de désobéissance *paracivile*. Comme le souligne Durand, le concept de désobéissance civile est donc inclusif de

la désobéissance aux ordres d'un supérieur et de l'opposition à des règles institutionnelles ou administratives, notamment dans le secteur de la santé.

La désobéissance civile a pour fondement le précepte théorique suivant : obéir à une loi signifie d'engager sa responsabilité à titre de citoyen. En accord avec ce précepte, le citoyen qui, par passivité générale, se soumet délibérément à une loi injuste porte nécessairement une partie de la responsabilité de l'injustice perpétuée par cette même loi (Muller, 1981).

Aussi la désobéissance civile ne saurait-elle être fondée sur une appréciation négative de la loi en tant que telle. La loi, au contraire, doit être appréciée positivement, en tant qu'elle est un moyen par lequel la société tend à parfaire son organisation, sa cohérence et sa sécurité. [...] Il ne serait pas juste de considérer les contraintes exercées par la loi comme n'étant que des entraves à la liberté, elles sont aussi des garanties pour la liberté (p. 67-68). [En effet, d]ans les sociétés prétendument libérales, la loi peut également devenir, dans les mains du citoyen, une arme pour exiger le respect de ses propres droits. Si la désobéissance criminelle est effectivement une menace pour la démocratie et peut conduire la société au chaos, la désobéissance civile est au contraire une garantie pour une démocratie authentique. Si le gouvernement doit veiller à défendre la société contre les abus des citoyens, ceux-ci doivent veiller à défendre la société contre les abus du gouvernement (p. 70-71).

À titre d'acte de résistance, le but de la désobéissance civile n'est donc pas l'abolition des lois mais leur amélioration afin qu'elles puissent mieux garantir la liberté des personnes et la justice. Lorsque les lois défendent les intérêts des opprimés, des personnes défavorisées, qu'elles veillent à circonscrire les vastes ambitions des plus puissants, ces lois sont, par le fait même, justes et il apparaît justifié de les appliquer. Pourtant, ce sont généralement ceux qui occupent des positions privilégiées qui sont à l'origine de la plupart des lois qui encadrent la façon dont s'articule le vivre-ensemble au sein de nos sociétés contemporaines. Et, bien souvent, ceux-ci « détournent la loi de sa fonction et [...] l'utilisent pour protéger leurs privilèges contre les revendications des plus démunis. Dans cette mesure-là, la loi ne mérite plus l'obéissance, quand bien même serait-elle décidée par une assemblée élue au suffrage universel » (Muller, 1981, p. 74).

Aussi bien, lorsqu'il y a conflit entre la loi et la justice, devons-nous choisir la justice et désobéir à la loi. Ce qui doit inspirer à l'homme son comportement, ce n'est pas ce qui est légal, mais ce qui est légitime. [Parce que] ce n'est pas la loi qui doit dicter ce qui est juste, mais ce qui est juste qui doit dicter la loi (p. 66-67).

Après nous être intéressés à la notion de résistance à partir des disciplines sociologique et philosophique et après nous être attardés à différents termes que nous avons repérés au fil de nos lectures et qui consistent tous en des actes de résistance spécifiques comme l'objection de conscience, la non-violence, la non-coopération et la désobéissance civile, nous porterons maintenant notre attention à la façon dont la notion générale de résistance est conceptualisée en sciences infirmières.

2.2.4 - La résistance et les sciences infirmières

En sciences infirmières, la notion de résistance est souvent conceptualisée négativement, comme un refus de collaborer de la part des infirmières, comme une aversion de la part de ces dernières pour une activité prescrite par une organisation ou par un supérieur. La notion est entre autres utilisée pour qualifier la *résistance au changement* des infirmières (Carey, 2013; Copnell & Bruni, 2006) et, plus particulièrement, la résistance de celles-ci face à l'implantation ou à l'utilisation de nouvelles technologies en milieu clinique (Timmons, 2003 ; Geibert, 2006 ; Kirkley & Stein, 2004). Tantôt, elle est employée de façon à désigner la résistance des infirmières à l'endroit de nouveaux programmes d'orientation favorisant la rétention du personnel (Shermont & Krepcio, 2006), tantôt pour qualifier l'attitude des infirmières en ce qui a trait aux avortements tardifs auxquels elles participent (Natan & Melitz, 2010), tantôt encore pour faire référence à la résistance de ces dernières au regard des pratiques infirmières s'appuyant sur des données probantes (*Evidence-Based Nursing*) (Brown, Wickline, Ecoff & Glaser, 2008).

Parallèlement, au sein de la discipline infirmière, la notion de résistance est conceptualisée positivement comme un processus de création et de transformation mis en place par des infirmières dans le but de réaliser certains changements dans les milieux de soins, d'ébranler le *statu quo*, de s'opposer à des abus de pouvoir, de combattre l'injustice et de défier les régimes uniques de perception, de réflexion, de compréhension et d'action. L'importance de ce concept au large spectre permettant de qualifier des actes de dissidence, d'opposition ou de contestation qui ne sont pas nécessairement de l'ordre de l'action

émancipatrice est ainsi majeure en regard de notre projet de recherche et, s'il est primordial pour nous de l'explorer indépendamment de la notion d'émancipation que nous aborderons ultérieurement, il nous apparaît également impératif d'investiguer plus en détail la façon dont cette riche notion a été appréhendée en sciences infirmières, puisqu'elle offre la possibilité de désigner un éventail de moyens s'offrant aux infirmières pour exercer des rapports de force. Nous nous intéresserons donc ci-dessous aux différents contextes auxquels les auteures et chercheuses de la discipline infirmière se sont intéressées, sous cet angle, à la notion de résistance, en plus de nous attarder aux contextes dans lesquels naissent la plupart des actes de résistance infirmiers. Par la suite, nous présenterons certains actes de résistance que nous avons répertoriés à partir d'écrits issus de la discipline infirmière, avant de nous pencher sur plusieurs des conséquences, tant positives que négatives, qui ont été décrites dans les écrits consultés comme découlant de la mise en place d'actes de résistance infirmiers.

Des contextes

Curieusement, après avoir réalisé une recension exhaustive des écrits de la discipline relatifs à la résistance des infirmières appréhendée comme un processus de création et de transformation, la presque totalité de nos consultations et lectures n'offrait au lecteur aucune définition formelle de ladite notion, et ce, même si la résistance occupait une place relativement importante dans chacun des textes et ouvrages consultés. La thèse de doctorat de Garon (1999), l'article relatif à l'étude de Miró-Bonet, Bover-Bover, Moreno-Mulet, Miró-Bonet et Zaforteza-Lallemand (2013) et à la revue de la littérature de Peter, Lunardi et Macfarlane (2004) font toutefois exception et proposent des définitions de la notion de résistance, qui bien que non exhaustives, s'appuient elles-mêmes sur les écrits de Foucault. C'est d'ailleurs le plus souvent en s'appuyant sur la théorie critique, et plus particulièrement en mettant à profit les préceptes théoriques foucauldien et féministes, mais également ceux de Scott (2008), de Freire (1990), de Chinn et Kramer (2011) et de Watson (1985, 2003) que les auteures et chercheuses de la discipline infirmière se sont intéressées à la notion de résistance, que ce soit dans le cadre du développement d'une intervention comme l'ont fait Longo et Smith (2011), dans le cadre d'une contextualisation préparatoire à une étude comme l'a fait

Kagan (2009), dans le cadre de revues de la littérature comme l'ont fait Hamilton et Manias (2006) et Peter et coll. ou dans le cadre de différentes études²¹.

Si la résistance conceptualisée positivement comme un processus de création et de transformation est toujours associée à des rapports de force et à des relations de pouvoir, comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est généralement en lien avec des conflits relationnels qu'il est question de la résistance des infirmières au sein de la discipline. Ce sont de ces conflits, notamment de ceux qu'elles vivent avec les médecins, avec les gestionnaires, mais également avec leurs propres pairs, que naissent la plupart des actes de résistance infirmiers répertoriés dans la littérature. Garon (1999, 2006) et Peter et coll. (2004) souligneront que les problèmes éthiques sont également à la source de nombreux actes de résistance infirmiers. Mais, en définitive, c'est précisément du caractère inégalitaire et injuste de ces relations que les infirmières vivent dans le cadre de leur travail, que découlent les compromis éthiques auxquels elles doivent se résigner. C'est donc plus précisément le positionnement sociopolitique des infirmières au sein des différents milieux de soins, et notamment au sein des CH, qui favorise le développement de ces conflits relationnels. Ces derniers témoignent ainsi des rapports sociaux de domination que les infirmières entretiennent avec les différents intervenants de la santé, dont les médecins et les gestionnaires, rapports sociaux qui sont également à la genèse des conflits qu'elles vivent avec leurs pairs. Par ailleurs, des auteurs de la discipline comme Longo et Smith (2011) et Udod (2012) utilisent les écrits de Roberts (1983) pour décrire le groupe des infirmières comme un groupe opprimé. Pour leur part, des auteurs comme Peter et coll. s'appuient, entre autres, sur les écrits d'Erlén & Frost (1991) et de Gastaldo et Meyer (1989) pour faire référence à la passivité, la soumission, l'obéissance et le manque de pouvoir de la profession infirmière, une profession majoritairement féminine et marquée par des relations de genre. Qu'il s'agisse, par exemple,

²¹Nous nous sommes intéressés aux études suivantes : Falk-Rafael et Betker (2012), Garon (1999, 2006), Jervis (2002), Nóbrega-Therrien (2001), Udod (2012), Miró-Bonet, Bover-Bover, Moreno-Mulet, Miró-Bonet et Zaforteza-Lallemand (2013), Jervis (2002). Ces études ayant trait à la résistance infirmière se sont révélées particulièrement pertinentes au regard de notre projet de recherche.

de la dominance du paradigme biomédical²² dans les milieux de soins (Falk-Rafael & Betker, 2012), des effets délétères des structures bureaucratiques sur la pratique professionnelle des infirmières (Longo & Smith) ou de la prééminence du discours managérial dans les hôpitaux (Hamilton & Manias, 2006), les écrits que nous avons consultés indiquent que les infirmières tentent de se libérer de ces différents éléments, de ces différentes formes de domination, et ce, par de multiples actes de résistance.

Des actes de résistance

Sur la question de la résistance, notre recension des écrits de la discipline infirmière a mis en relief différentes variantes de la résistance, notamment à la suite d'incidents de nature relationnelle concernant le respect des valeurs morales des infirmières dans le cadre de leur pratique. C'est ainsi qu'a émergé l'idée de répertorier ces actes en des catégories facilitant leur repérage à partir des données que nous avons recueillies. Cette démarche nous a amenés, en premier lieu, à constater que la littérature porte majoritairement sur des actes de résistance individuels et qu'il est rare qu'une distinction soit clairement établie entre ce type d'actes et sa contrepartie collective, et ce, bien que des auteurs soulignent l'importance pour les infirmières de déployer des actes de résistance collectifs, à portée plus grande et au caractère plus organisé (Peter et coll., 2004 ; Udod, 2012) ou proposent la mise en place d'actes de résistance strictement collectifs (Kagan, 2009 ; Longo et Smith, 2011). Notre constat est ainsi cohérent avec les conclusions de l'étude de Nóbrega-Therrien (2001), qui avance que les stratégies collectives de résistance sont déployées par les infirmières dans une mesure beaucoup moins grande que les actes de résistance individuels.

L'étude qualitative de Garon (1999, 2006), réalisée en deux temps²³, que nous considérons comme l'une des plus significatives de la discipline infirmière sur le sujet de la résistance, décrit plusieurs actes de résistance déployés par des infirmières. Les principaux

²² Précisons que, selon Kagan (2009), cette dominance se caractérise également par une opposition aux modèles s'appuyant sur l'humanisme et l'holisme qui sont préconisés par les infirmières; ce qui amène cet auteur à énoncer que la vie professionnelle des infirmières est littéralement dominée par l'hégémonie médicale.

²³ La phase initiale de cette étude ayant pris place en 1998 à titre de projet de recherche doctorale intitulé *Acts of Resistance : Nurses' Personal Narratives* (Garon, 1999), la seconde de ces phases permettant la vérification et la mise à jour de la première s'étant déroulée entre 2004 et 2005 (Garon, 2006).

contextes ayant fait advenir les actes de résistance étudiés sont associés à deux types bien spécifiques de relations conflictuelles, à savoir, la relation qui prévaut entre l'administration/les gestionnaires et les infirmières soignantes et celle qui existe entre les médecins et les infirmières. Dans le premier cas, plusieurs infirmières participantes ont fait référence à des conflits entre infirmière et gestionnaire. Différents phénomènes étaient associés à ces conflits : injustices et mensonges dans le milieu de travail; comportements violents des gestionnaires à l'égard d'infirmières, prise de décisions managériales sans consultation des principales intéressées; questions éthiques affectant directement les infirmières. Les infirmières soignantes ayant participé à cette étude se sont révélées particulièrement sensibles aux pratiques déloyales et aux injustices perçues dans le cadre de leur travail, tout comme, d'ailleurs, les infirmières auxiliaires ayant participé à l'étude de Jervis (2002); une étude portant sur les actes de résistance de ce groupe spécifique. Garon expose, entre autres, le cas d'une infirmière participante ayant décidé d'agir pour changer les choses, dans les suites de ce qu'elle considérait comme une injustice flagrante, à savoir, s'être vue refuser des jours de congé à de nombreuses reprises dans la même année où le gestionnaire de l'unité de soin où elle exerce s'en était accordé lui-même plusieurs. L'acte de résistance de cette participante a pris la forme d'une plainte contre son gestionnaire – ce qui arrive fréquemment, si l'on en croit les conclusions d'une revue de la littérature (Peter & coll., 2004) portant sur la résistance à titre d'action éthique –, malgré la crainte que cette action soit préjudiciable à sa carrière d'infirmière.

L'étude de Garon (1999, 2006) fait état de divers problèmes éthiques soulevés par des participantes comme étant à la source d'actes de résistance qu'elles ont pu déployer : contrainte à travailler (déplacement/relocalisation) au sein d'une unité de soins spécialisée en l'absence des connaissances et compétences requises pour y exercer; contrainte à relever l'ADN de patients prisonniers sans consentement, en contradiction avec les politiques internes de l'établissement. Dans le premier cas, l'acte de résistance retenu pour contrer des pratiques managériales dangereuses fut de rapporter la situation au département des services de santé de l'État. Dans le second cas, après avoir, sans succès, rapporté l'incident selon les procédures prévues au sein de l'établissement, l'infirmière participante a obtenu l'interruption de cette

pratique déloyale avec l'aide de l'association des employés. L'étude mentionne également des actes de résistances tels la dénonciation de certaines pratiques, la confrontation d'un superviseur harcelant et l'adhésion à des efforts de grève pour revendiquer de meilleurs salaires.

Au chapitre de la relation prévalant entre médecins et infirmières, Garon (1999, 2006) décrit plusieurs incidents ayant nécessité la mise en place d'actes de résistance infirmiers pour être résolus. Dans le cas d'une situation conflictuelle entre un groupe de médecins et des infirmières exerçant au sein d'une même unité portant sur les impacts du refus de l'établissement à une demande des médecins de bénéficier d'un espace additionnel pour dormir, un médecin récalcitrant avait continué à se plaindre, dénigrant au passage les infirmières de l'unité de soins qui s'opposaient également à cette demande. En réponse à ce mépris et à titre d'acte de résistance, la participante a pris la parole publiquement, au poste des infirmières de l'unité, et a expliqué en détail à ce médecin les raisons qui amenaient les infirmières à ne pouvoir acquiescer à la pertinence de cette demande. Ce type simple d'acte de résistance infirmier, rapporté à de multiples reprises dans la littérature, a permis de régler la situation conflictuelle de façon définitive. Dans un autre cas décrit par Garon, une infirmière participante a signifié avoir été contrainte de modifier la documentation et ses notes au dossier du patient, de façon à couvrir les erreurs d'un médecin. Son acte de résistance a consisté en son refus d'agir de la sorte, et ce, bien que la demande émanait du vice-président à l'assurance-qualité de l'établissement où elle exerçait. D'ailleurs, tant les études de Garon, et de Udod (2012) que la revue des écrits de Peter et coll. (2004) révèlent que les infirmières utilisent la documentation et, notamment, leurs notes d'observation au dossier du patient à titre d'acte de résistance, en y décrivant entre autres soigneusement les situations dangereuses que les gestionnaires passent sous silence.

Pour leur part, Longo et Smith (2011) proposent, à titre d'intervention infirmière, la mise en place de communautés de soutien développées spécifiquement en vue de mettre un terme à la violence latérale qui règne au sein des différents milieux de soins, estimant que l'implantation de telles communautés de soutien constitue des actes de résistance permettant de contrer, par le respect de l'autre, la négativité de groupes d'infirmières qui ont des

comportements disgracieux à l'endroit de leurs propres collègues. Dans leur article intitulé « 'She's manipulative and he's right off' : a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting », Hamilton et Manias (2006) identifient le refus de certaines infirmières d'emprunter le langage standardisé utilisé dans le domaine de la psychiatrie comme un *mode* de résistance aux biosciences. En outre, l'utilisation généralisée par ces infirmières d'un langage empathique ou même d'un langage de conversation tout à fait singulier peut, selon ces mêmes auteurs, être considérée comme un discours alternatif – un discours infirmier distinctif – produit de façon à se différencier et à résister au discours médical dominant. Le don de temps personnel – pauses travaillées et présence continue au-delà du changement de quart sans demande de paiement d'heures supplémentaires – consiste en un autre acte de résistance documenté (Falk-Rafael & Betker, 2012; Peter & coll., 2004) perpétuant malheureusement l'oppression d'infirmières qui considèrent insuffisants les soins donnés aux patients. Jervis (2002) a, pour sa part, décrit la détermination de certaines infirmières auxiliaires exerçant auprès des personnes âgées à dénoncer une injustice flagrante par leur démission, un acte de résistance ultime et drastique qui n'est évidemment pas étranger à l'abondance de postes vacants dans ce corps d'emploi.

Des conséquences positives

Plusieurs retombées positives d'actes de résistance entrepris par des infirmières ont été recensées par Garon (1999, 2006). Certaines ont souligné avoir ressenti la satisfaction d'avoir agi pour changer les choses au sein de leur milieu de travail. Elles ont indiqué avoir éprouvé un sentiment d'accomplissement, d'*empowerment*, après avoir pris position en s'exprimant, en *se donnant le droit de parler*. Plusieurs ont eu l'impression de grandir intérieurement et d'apprendre sur elles-mêmes en résistant de différentes façons. Certaines ont affirmé être devenues des *leaders*, au bénéfice de leurs collègues, après avoir vécu ces incidents et avoir décidé d'agir en résistant. Les infirmières qui ont participé à cette étude ont également réalisé qu'elles avaient toutes la possibilité de provoquer de *réels changements* au sein des milieux où elles exercent. À la suite d'actes de résistance mis en place par les infirmières rencontrées par

Garon, des changements concrets sont *réellement* survenus dans leur milieu de travail : un gestionnaire qui était reconnu pour abuser de ses pouvoirs a été congédié, une ligne téléphonique d'écoute et d'entraide permettant la dénonciation des comportements répréhensibles de certains médecins a vu le jour et de nouvelles politiques ont entre autres été mises en place au sein de différents établissements de santé où exerçaient des infirmières participantes, et ce, de façon à favoriser l'expression verbale des préoccupations des infirmières. En contrepartie, des chercheurs comme Jervis (2002) en arrivent empiriquement à des conclusions tout autres. Ainsi, les actes de résistance déployés par les infirmières auxiliaires participantes n'ont guère permis d'améliorer leurs conditions de travail. Ces actes qui, dans l'ensemble, se sont révélés être des actes de résistance individuels, n'ont pas réussi à faire augmenter leur salaire ou l'appréciation de leur travail et de leur fonction à titre d'infirmières auxiliaires. Ces actes leur auraient néanmoins permis d'acquérir un minimum de *dignité*. Il reste, dans un cas comme dans l'autre, que si, au sein de la discipline infirmière, le concept de résistance est généralement employé de façon à qualifier la *résistance au changement*, la résistance, de la façon dont Garon la conceptualise – *se tenir debout pour ce en quoi l'on croit* – *provoque et permet* bel et bien le changement au sein des milieux de soins.

Des conséquences négatives (barrières politiques à la résistance)

Malgré ce qui précède, certaines conséquences négatives à des actes de résistance infirmiers ont été recensées dans le cadre de l'étude de Garon (1999, 2006) et à partir de la revue de la littérature infirmière de Peter et coll. (2004). L'étude de Garon met notamment en relief le sentiment d'impuissance, la peur de perdre son travail, mais également la peur de certaines infirmières de perdre leur propre *identité* à la suite de tels actes. Être fustigée au sein de son milieu de travail comme fautrice de troubles à la suite d'actes de résistance entrepris; avoir de la difficulté à parler d'une grève à laquelle on a participé parce qu'on se sent jugée par les gens; subir des représailles ou des menaces à la suite d'actes de résistance mis en place : telles sont les expériences relatées, voire pleurées auprès de la chercheuse. Des infirmières soignantes ayant participé à cette étude ont estimé que la direction des institutions où elles exerçaient avait essayé de les marginaliser consécutivement à ces actes. Plusieurs ont

été rencontrées par leur supérieur. Dans les suites d'événements survenus après sa résistance active, une participante a dû s'absenter du travail durant un long moment. Une autre a souffert de conséquences financières catastrophiques engendrées par les représailles subies. Pour leur part, Peter et coll. avancent que des infirmières sont devenues les boucs émissaires de leur milieu de travail après avoir résisté. Cela étant, dans l'ensemble, Garon souligne que les incidents relatés par les participantes et les actes de résistance déployés par celles-ci pour résoudre des problèmes relationnels, des incidents, les ont rendues plus *fortes* : toutes ont été capables de surpasser leur peur d'agir, toutes ont *survécu* aux actions qu'elles ont déployées, tout en reconnaissant qu'il est difficile de faire advenir et perdurer de réels changements au sein d'un système de santé aussi puissant. Et, au final, toutes les infirmières ayant participé à cette étude ont souligné qu'elles n'hésiteraient pas à recommencer, à résister à nouveau, si cela était à refaire.

Au-delà des divers constats décrits ci-dessus, il convient de signaler que nos investigations relatives à la notion de résistance, telle qu'elle est appréhendée au sein de la discipline infirmière, révèlent que c'est plus particulièrement en s'appuyant sur les percepts de la théorie critique que les auteures et chercheuses de la discipline infirmière se sont intéressées à la notion de résistance. Il apparaît également que ce sont les conflits que les infirmières vivent avec les médecins, les gestionnaires et leurs propres pairs, qui favorisent l'émergence de la plupart des actes de résistance infirmiers répertoriés dans la littérature. Les actes de résistance que nous avons répertoriés se sont aussi avérés être en grande partie de nature individuelle, ceux-ci cherchant à atteindre des objectifs bien souvent personnels et fonctionnels se situant au-dedans de l'idéologie dominante, et les moyens déployés pour y arriver étaient le plus souvent en accord avec cette idéologie (porter plainte, rapporter une situation au département des services de santé de l'État...) Ainsi, la vaste majorité de ces actes de résistance n'ont pas permis l'ouverture du champ de la liberté de *toutes* les infirmières – donc, l'émancipation de celles-ci à titre de groupe –, et ce, même si certains de ces actes constituent certainement un pas dans cette direction. De plus, si les écrits que nous avons consultés ont révélé que les infirmières éprouvent souvent un sentiment d'accomplissement après avoir déployé des actes de résistance, ils ont également mis au jour, dans le cadre de nos

investigations, que celles-ci s'exposent à des représailles et même à des menaces, lorsqu'elles agissent de la sorte pour favoriser la transformation leur exercice professionnel. C'est en comprenant mieux comment elles résistent ou s'expriment quant à différentes préoccupations que les infirmières pourront mieux s'outiller et agir avec plus d'assurance lorsque viendra le temps de dénoncer des situations intenable (Garon, 1999, 2006).

En conclusion à l'ensemble de cette sous-section consacrée à la notion de résistance, rappelons que lorsque les infirmières résistent aux rapports sociaux de domination et d'exclusion qui les affligent, elles exercent un *pouvoir*. Précisons également, comme le soulignent habilement Peter et coll. (2004) que, sans cette résistance, tant les valeurs qui leur sont chères que les savoirs qu'elles possèdent présentent un risque concret de disparaître²⁴. C'est ainsi qu'après avoir exploré la notion de pouvoir, il nous était indispensable d'investiguer la notion de résistance à titre de contrepouvoir. Le dialogue étant le plus souvent impossible entre « les faibles et les trop puissants », la résistance devient absolument nécessaire pour celles qui sont les victimes de l'injustice, de façon à ce qu'elles puissent établir, en leur faveur, un rapport de force qui rendra justement possibles la rencontre et le dialogue entre les partis (Muller, 1981, p. 35). D'ailleurs, ceux que Garon (2006) identifie comme les *leaders* des soins infirmiers, notamment ceux qui agissent à titre de gestionnaires d'établissements de soins de santé, devraient porter une attention toute particulière à la tendance actuelle qui minerait les efforts déployés par les infirmières pour s'exprimer et prendre position. La chercheuse estime en effet que ces leaders devraient encourager les infirmières à discuter ouvertement des cas d'abus, d'inégalités et d'entorse à l'éthique, car en misant sur la valorisation de la résistance et sur la reconnaissance, plutôt que sur la marginalisation des infirmières qui osent s'élever contre les injustices, ces gestionnaires pourront non seulement renforcer la profession infirmière, ils amélioreront le potentiel transformationnel de cette dernière par un soutien aux actions politiques collectives que recèle l'acte de résistance infirmier.

²⁴ Lorsqu'elles excluent de résister, soulignons que les infirmières coopèrent à l'éradication de ces valeurs qui leur sont chères et de ces savoirs qui leur sont propres.

Après nous être intéressés aux origines historiques de la notion de résistance, à la façon dont celle-ci a été conceptualisée au sein des disciplines philosophique, sociologique et infirmière, nous tenons, en chute de section, à faire ressortir de cette investigation conceptuelle un élément central à notre projet de recherche, à savoir qu'à titre de personnes « nous sommes des collaborateurs chaque fois que nous pactisons avec telle ou telle injustice sociale » (Muller, 1981, p. 62). Ainsi, comme nous l'avons rapporté à partir des écrits consultés, que les infirmières soient muselées par les représailles, la diffamation, les menaces ou la peur de perdre leur travail, tant qu'elles demeurent soumises et obéissantes, elles agissent tacitement comme les alliées les plus utiles d'un pouvoir qui les persécute et les opprime. Conséquemment, lorsque la résignation et le fatalisme s'installent dans les milieux de soins, la résistance devient encore plus pertinente et ne se définit plus uniquement par une opposition directe au pouvoir, mais aussi par une opposition au mutisme, à la loi du silence – ce qui est susceptible de soulever l'indignation de plusieurs – un phénomène qui est à la genèse même de l'émancipation humaine. Les actes de résistance, même s'ils adviennent à partir d'une simple prise de parole individuelle, recèlent ainsi non seulement la possibilité de mettre un terme à l'indifférence généralisée, ils renferment également un potentiel d'action politique collective pouvant mener à l'émancipation, un concept que nous nous proposons d'explorer plus en détail à l'instant, et qui est interrelié aux notions de pouvoir et de résistance.

2.3 - L'émancipation

Une revendication de liberté court à travers l'histoire humaine. Revendication repérable, lisible. Revendication politique. Aventure culturelle aussi. Et spirituelle. Cette revendication se développe sur des contraintes ressenties que des humains veulent dépasser, qu'ils croient dépassables. Elle se donne pour objectif d'élargir les possibles de l'existence humaine [...]. Elle se construit comme une perspective commune rassemblant les individus dans le désir d'établir entre eux des communautés libres, prospères et pacifiques. Elle se concrétise en mouvements et en options politiques. [Elle] est pensée comme un dessein commun qui s'effondre s'il ne se construit pas de façon solidaire, c'est-à-dire pour le plus grand nombre (Sagot-Duvaurox, 2007, p. 4-7).

Dans l'introduction du livre *L'émancipation*, dont il est l'éditeur, Navet (2002) indique que le philosophe napolitain Vico (1668-1744) est probablement celui qui a articulé avec le plus de clarté, et ce, à partir d'une perspective historique, ce que désigne plus exactement l'émancipation. À l'époque des premières familles patriarcales, une époque lointaine où les êtres humains ne communiquaient qu'à partir de symboles et de gestes, il apparaît, selon Vico (1993), que le geste de prendre d'une main (*manus capio*) avait pour signification la saisie, le fait de s'emparer, de s'approprier un certain pouvoir sur quelque chose, mais aussi sur quelqu'un (Navet). Si, selon Vico, les premières terres cultivables constituèrent les premiers éléments dits « dominés », donc, les premiers à être qualifiés de chose tenue en *mains* (*mancipia*), il apparaît que le qualificatif fut également utilisé pour faire référence aux êtres errants, de second ordre, qui, pour survivre, acceptèrent d'être assimilés au rang d'animaux utiles par les pères fondateurs des premières familles patriarcales. C'est donc la lutte pour la liberté, d'« être sans âme et placé dans la catégorie des *mancipia*, choses tenues en main » (Navet, p. 7-8), qui fut d'abord appelée *émancipation*.

Émancipation, [...] ne plus être à *la main*, sous *la main* d'une puissance tutélaire extérieure. Réaliser la promesse de l'enfance, sortir de la minorité, devenir adulte, capable de conduire sa vie de manière autonome... Le mot est riche dans son étymologie. Il marque l'histoire des idées : c'est le mot d'ordre des Lumières. Il est fécond aussi dans ses emplois courants. Émancipation des jeunes qui doivent prendre en main leur destin et quitter le tutorat des parents. Émancipation des esclaves, des femmes, trajets, projets de liberté inscrits dans des réalités sociales singulières, dans des contraintes identifiées. Non pas évasion. Non pas seulement affranchissement. Mouvement d'un statut de dépendance à un autre qui est de liberté. Pleinement. Positivement (Sagot-Duvaurox, 2007, p. 6-7).

En ce qui a trait spécifiquement au terme *émanciper*, qui découle du latin *emancipare*, celui-ci signifie « affranchir un esclave du droit de vente » (Milani, 2009). Le terme latin *emancipare* provient lui-même du vocable *mancipium* qui signifie « possession », « achat formel », « esclave » (traduction libre de *Emancipare*, s.d.). À son tour, *mancipium* est formé des termes *manus*, comme « main, poing, équipe » et *capere*, pour « prendre, retenir, saisir » (traduction libre de *Mancipium*, s.d.). Certains écrits anecdotiques mentionnent d'ailleurs que l'achat des esclaves se faisait anciennement en les prenant par la main, une mécanique qui prend tout son

sens lorsque l'on porte attention aux divers référents historiques soulevés par Vico. « On pourrait [ainsi] parler de sortir des mains, de refuser d'être empoigné, de se libérer d'une emprise, d'une pression ou d'une oppression », lorsqu'il est question d'émancipation et de s'émanciper (Milani, p. 63). S'émanciper, c'est également construire des « espaces communs matériels et symboliques où s'expriment pleinement la sociabilité des humains, la constitution de communautés humaines pacifiques et réunies » (Sagot-Duvaurox, p. 7). C'est de cette notion foisonnante dont il sera question dans cette section du deuxième chapitre de cette thèse. Puisque, comme nous venons de le souligner, la notion d'émancipation ne date pas d'hier, nous nous intéresserons tout d'abord aux écrits d'Engels et de Marx qui sont deux des premiers auteurs à avoir approfondi les rapports qui existent entre l'émancipation et le travail. Par la suite, nous nous intéresserons plus particulièrement à la théorie ranciérienne de l'émancipation, une théorie à laquelle nous adhérons plus particulièrement et sur laquelle nous nous appuyerons tout au long de cette thèse. Après nous être attardés à la façon dont la notion d'émancipation a été appréhendée en sciences sociales et en philosophie à partir des écrits d'Engels, de Marx et de Rancière, nous nous intéresserons, en chute de section, à l'émancipation à partir d'une perspective disciplinaire différente, mais qui nous est plus familière, à savoir celle des sciences infirmières.

2.3.1 - L'émancipation chez Engels et Marx

Les écrits d'Engels (1820-1895) et de Marx (1818-1883), bien qu'ils ne datent pas d'hier et qu'ils fassent référence à une réalité sociale qui diffère considérablement de notre réalité contemporaine, demeurent un détour indispensable pour quiconque désire se pencher sur les rapports qui existent entre l'émancipation et le travail. Non seulement Engels et Marx ont-ils été parmi les premiers théoriciens à s'intéresser en profondeur à l'émancipation du genre humain à partir de l'émancipation de l'homme dans le travail, comme le souligne Artous (2003), les écrits de Marx – mais également ceux d'Engels – ont aussi eu une forte influence sur les luttes du mouvement ouvrier, et ce, tout au long du siècle passé. Ainsi, par souci d'historicisation, mais également en accord avec le positionnement critique dans lequel se

campe notre projet de recherche, nous avons décidé d'explorer, bien que très sommairement, les problématiques émancipatrices de ceux qui, par leurs écrits, ont incontestablement inspiré et influencé l'articulation de la critique sociale, et ce, des balbutiements de l'École de Francfort – ou de ce qu'il est convenu d'appeler le néomarxisme²⁵ – jusqu'à ce que nous identifions désormais comme les nouvelles théories critiques²⁶. Nous nous attarderons d'abord à la façon dont Engels envisage l'émancipation à partir de la *production socialisée* des biens et services et comment celui-ci propose d'y arriver, après quoi nous nous intéresserons à la façon dont Marx conceptualise l'émancipation, à travers une dialectique du temps de travail et du temps libre.

La problématique émancipatrice esquissée par Engels (1950) focalise, dans son ensemble, sur l'établissement d'une production qui serait enfin socialisée et qui s'accaparerait aussi de l'ensemble de la vie sociale (Artous, 2003). Par production socialisée, il est entendu une production aux attributs émancipateurs, qui s'articule selon les désirs de tous les membres de la société, qui y participent de façon égalitaire, sur une base « d'accord volontaire » (Valkaloulis & Vinvent 1997, p. 207) et consciente. C'est par le biais de cette production socialisée des biens et des services qu'il pourrait ainsi « être question pour la première fois d'une liberté humaine véritable » (Engels, p. 98). Bien entendu, il s'agit là de tout un changement de paradigme. En effet, est esquissé ici par Engels, dans la façon de conceptualiser la production et, par le fait même, le travail, un changement de paradigme qui doit nécessairement être précédé d'une prise de contrôle de la société par l'ensemble des travailleurs/producteurs, le tout impliquant une réorganisation complète de la production et un rejet catégorique de « la forme de production capitaliste » (p. 265).

Avec la prise de possession des moyens de production par la société, la production marchande est éliminée, et par suite, la domination du produit sur le producteur.

²⁵ « Le néo-marxisme est un terme générique appliqué à beaucoup d'approches théoriques réutilisant des termes et des concepts du marxisme tout en y incorporant [...] des éléments théoriques [...] telles que la psychanalyse [...]. Ce terme s'est institutionnalisé dans les années 1920 lorsque plusieurs mouvements se sont créés pour redéfinir le marxisme en supprimant certains concepts jugés trop orthodoxes et dépassés, ou alors pour tenter d'expliquer des phénomènes laissés de côté par le marxisme classique. Les mouvements les plus connus sont l'école de Francfort et le marxisme structural français » (Projet Bases, 2014, p. 1).

²⁶ « Les nouvelles théories critiques sont nouvelles en ceci qu'elles sont apparues après la chute du mur de Berlin, en 1989. Si la plupart ont été élaborées avant cet événement, c'est à sa suite qu'elles ont surgi dans l'espace public » (Keucheyan, 2010, p. 8).

L'anarchie à l'intérieur de la production sociale est remplacée par l'organisation planifiée consciente. La lutte pour l'existence individuelle cesse. Par là, pour la première fois, l'homme se sépare, dans un certain sens, définitivement du règne animal, passe de conditions animales d'existence à des conditions réellement humaines. Le cercle des conditions de vie entourant l'homme, qui jusqu'ici dominait l'homme, passe maintenant sous la domination et le contrôle des hommes qui, pour la première fois, deviennent des maîtres réels et conscients de la nature, parce que et en tant que maîtres de leur propre vie en société. Les lois de leur propre pratique sociale qui, jusqu'ici, se dressaient devant eux comme des lois naturelles, étrangères et dominatrices, sont dès lors appliquées par les hommes en pleine connaissance de cause [...]. C'est le bond de l'humanité du règne de la nécessité dans le règne de la liberté (p. 242).

C'est donc une organisation sociale nouvelle et plus humaine qu'Engels présente dans l'*Anti-Dühring* comme étant « matériellement possible » (Valkaloulis & Vincent 1997, p. 207). L'image de l'homme émancipé est, dès lors, intégrée à celle du « producteur émancipé » (Artous, 2003, p. 133), il est ainsi question d'une émancipation, certes, individuelle, mais aussi collective, qui prend naissance à partir de « l'appropriation de la production par la classe ouvrière associée » (p. 133). On voit d'ailleurs difficilement, et ce, tant dans le contexte historique où écrivait Engels que dans le nôtre, comment cela serait susceptible de se réaliser, sans qu'il soit *a priori* question d'une révolution. Comme, selon Engels (1950), la socialisation des individus est nécessairement dictée par les rapports de production capitalistes et que c'est à partir de ces rapports que sont notamment générées les inégalités de classe, celui-ci ne suggère rien de moins que la suppression complète des différences de classe :

les forces productives engendrées par le mode de production capitaliste moderne, ainsi que le système de répartition des biens qu'il a créé, sont entrés en contradiction flagrante avec ce mode de production lui-même, et cela à un degré tel que devient nécessaire un bouleversement du mode de production et de répartition éliminant toutes les différences de classes, si l'on ne veut pas voir toute la société moderne périr (p. 133).

Si Engels est assuré que les hommes doivent se débarrasser, tant des différences de classes, de la propriété privée, que du travail salarié, pour s'émanciper pleinement, c'est particulièrement de façon à éliminer les injustices qui sont intimement liées à ces éléments, éléments qu'il considère d'ailleurs comme étant source de la violence et du vol entre les hommes.

C'est à partir d'une perspective qui diffère de celle élaborée par Engels (1950) que

Marx problématise la notion d'émancipation « à travers une dialectique du temps de travail et du temps libre » (Artous, 2003, p. 145). Contrairement à la perspective décrite par Engels dans l'*Anti-Dühring*, où une sphère de la production « socialisée » s'accapare de l'ensemble de la vie sociale en un tout unifié, il est question chez Marx d'une scission entre la sphère de production (sphère du travail) et celle des autres rapports sociaux (Artous). Ce serait aussi plus particulièrement à l'extérieur de la sphère de la production que l'homme serait le plus susceptible de s'émanciper d'un point de vue marxiste, bien que celui-ci doive encore avoir la possibilité de s'en extraire, du moins partiellement, et ce, malgré les conditions dans lesquelles il demeure contraint d'évoluer. C'est que, d'un point de vue marxiste, l'atteinte de la liberté n'est possible chez l'ouvrier²⁷, de même que chez tous les êtres humains, qu'à partir du moment où le travail qu'il effectue n'est plus dicté tant par la nécessité que par des fins qui lui sont extérieures (Marx, 1984). En ce qui a trait spécifiquement à la nécessité, il apparaît impossible pour Marx qu'une personne s'émancipe si la vente de « sa force de travail » (p. 51) en tant que producteur – le travail salarié – ne lui permet pas de combler ses besoins de subsistance. Nous pourrions donc énoncer que plus un individu serait exploité sur la base des rapports de production capitalistes, moins il aurait la capacité de combler efficacement ce type de besoin, puisqu'une trop grande portion du capital généré par son travail lui serait soutirée – la plus-value²⁸ – par le biais de ces rapports de production. En conséquence, cet individu se verrait dans l'obligation d'augmenter son temps de travail de façon à répondre à cette nécessité, ce qui amènerait nécessairement la réduction du temps libre dont il dispose, celui-ci étant éclipsé par du temps de travail.

Pourtant, d'après Marx (1984) c'est nommément dans cedit *temps libre*, compris comme du *temps hors travail*, qu'une émancipation humaine authentique pourrait

²⁷ D'après Marx (1994), l'émancipation de la société, tant de la domination, de la servitude que de la propriété privée des moyens de production, s'exprime expressément sous la forme politique de l'émancipation des ouvriers. Ce n'est pas parce que Marx ne s'intéresse qu'à l'émancipation de ces dits ouvriers, mais parce que cette émancipation serait, selon Marx, garante de l'émancipation de l'humanité toute entière : « mais il ne s'agit pas seulement de l'émancipation des ouvriers; leur émancipation implique l'émancipation universelle de l'homme parce que toute la servitude humaine est impliquée dans les rapports de l'ouvrier à la production, et que tous les rapports de servitude ne sont que des variantes et des conséquences de ce rapport-là » (p. 391).

²⁸ « La plus-value : c'est le concept de 'mieux-value' puisé chez De Sismondi. Elle représente la valeur de la production accaparée par le capitaliste à partir du travail des ouvriers » (Joyal, 2000, p. 82).

véritablement se déployer. C'est donc seulement à partir de la fin du règne de la nécessité, qui laisse place au temps libre, que le règne de la liberté verra poindre sa possibilité d'expansion d'un point de vue marxiste. D'ailleurs, le travail de l'ouvrier qui s'inscrit dans le règne de la nécessité ne serait pas une manifestation de la vie pour Marx (1891).

Bien au contraire. La vie commence pour lui où cesse l'activité, à table, à l'auberge, au lit. Par contre, les douze heures de travail n'ont nullement pour lui le sens de tisser, de filer, de percer, etc., mais celui de gagner ce qui lui permet d'aller à table, à l'auberge, au lit (p. 20).

Il est également à noter que si Marx (1984) met un accent aussi important sur la notion de temps libre à travers l'esquisse²⁹ de sa problématique émancipatrice, c'est notamment parce que « les activités développées hors temps de travail auraient des effets directs sur le rapport des individus au travail » (Artous, 2003, p. 148). Ainsi, nombre d'activités réalisées dans le temps libre dont disposent les individus, tels le temps passé en famille, les rencontres, les lectures et les réflexions, pourraient se révéler bénéfiques sur le plan du travail et seraient même susceptibles de favoriser une certaine liberté dans le travail. Chez Marx, la réduction du temps voué au travail, au profit d'un plus grand développement du temps libre, demeure donc de première importance dans la trajectoire menant à l'émancipation humaine (Artous).

Comme nous l'avons souligné précédemment, il existe, d'un point de vue marxiste, une autre condition indispensable au règne de la liberté, vers laquelle doit s'aiguiller l'émancipation humaine : le travail effectué par l'homme ne doit pas être dicté par des fins qui lui sont extérieures (Marx, 1984). Pour Marx, ce sont plutôt l'ensemble des travailleurs/producteurs, une fois associés, qui devraient régler de manière rationnelle leurs échanges de façon à ce qu'ils puissent s'assurer d'avoir un contrôle commun sur ces échanges plutôt que d'être dominés par ceux-ci. Le capitalisme, qui demeure aujourd'hui le modèle socioéconomique dominant, ne permettrait pas une organisation rationnelle de la production au sens où l'entend Marx et la relation qui prévaut entre les détenteurs des moyens de production et les travailleurs ne serait pas étrangère à ce fait. Marx conceptualise cette relation

²⁹ Marx a laissé derrière lui une œuvre pavée de bifurcations et d'interruptions fréquentes. Balibar (2010) n'hésite d'ailleurs pas à le qualifier de « philosophe de l'éternel recommencement » (p. 7) pour ces mêmes raisons. La mise en place de sa problématique émancipatrice ne faisant pas exception à la règle, nous avons choisi, au même titre qu'Artous (2003), de la traiter comme une « esquisse ».

comme une lutte des classes ayant comme attribut premier une *iniquité fondamentale* (Buchanan, 2010).

Pour que les travailleurs puissent ultimement évoluer vers une organisation plus rationnelle de la production à travers laquelle ils pourront accomplir leur travail dans des conditions plus humaines et, donc, plus conforme à leur nature, ils doivent, selon Marx (1984), *prendre conscience de façon collective* que leurs intérêts à titre de travailleurs – se réaliser dans le travail, obtenir une rémunération juste et équitable... – ne sont pas compatibles avec l'intérêt premier de la « bourgeoisie » détentrice des moyens de production, qui consiste à limiter au minimum les salaires et les dépenses associées à la production, de façon à maximiser les profits. Ce n'est qu'à partir du moment où les producteurs associés³⁰ auront pris conscience – conscience de classe – que ce sont ces intérêts, en tous points dichotomiques, qui sont à l'origine de leur situation matérielle en tant que travailleurs, qu'ils pourront entrevoir la possibilité d'agir, par des moyens révolutionnaires, si cela s'avère nécessaire, et ce, dans un désir de changement (Buchanan, 2010).

C'est donc de façon collective que l'émancipation est pensée chez Marx (1984) et celle-ci doit *a priori* être précédée d'une prise de conscience qui doit, elle aussi, être collective puisqu'elle demeure la seule à être capable de contrer l'aliénation induite par le travail s'inscrivant dans des modes de production capitalistes; parce que, comme Méda (1995) l'indique, le travail est toujours aliéné dans les sociétés capitalistes industrielles.

Il est aliéné justement parce qu'il empêche l'homme d'atteindre le but que nous avons vu Marx lui assigner : développer, spiritualiser et humaniser l'humanité. Dans l'économie politique, le travail n'exerce plus cette fonction, il est détourné de son véritable but. Parce qu'il détourne l'humanité de la réalisation de ses plus hautes fins, le travail ramène dès lors l'humanité à l'animalité; au lieu d'être une activité vitale consciente et volontaire, le travail est rabaisé au rang de moyen (Méda, p. 106).

Cette aliénation dans le travail, c'est, littéralement, une dépossession par le biais de laquelle le travailleur se sent en dehors de lui-même (Marx, 1994).

D'abord, le travail est extérieur au travailleur, il n'appartient pas à son être : dans son travail, l'ouvrier ne s'affirme pas, mais se nie; il ne s'y sent pas à l'aise, mais

³⁰ L'union des producteurs réfère à l'union des travailleurs dans ce texte.

malheureux; il n'y déploie pas une libre activité physique intellectuelle, mais mortifie son corps et ruine son esprit. En conséquence, l'ouvrier se sent auprès de soi-même [*bei sich*] seulement en dehors du travail; dans le travail, il se sent extérieur à soi-même. [...] Le travail extériorisé, le travail dans lequel l'homme devient extérieur à lui-même, est sacrifice de soi, mortification (p. 336-337).

La rationalisation des opérations de production, qui passe notamment par la parcellisation extrême des tâches dans un souci d'augmentation de la productivité, exacerbe le sentiment de dépossession de l'ouvrier face à une œuvre dans laquelle il ne se reconnaît plus. Pourtant, selon Méda (1995), qui se réclame de Marx, le travail dans son essence devrait être épanouissant, notamment parce qu'il permet le renforcement du lien social. Par ailleurs, il représente pour Marx, dans sa forme non aliénée, l'essence même de l'homme, « c'est-à-dire l'activité par excellence à travers laquelle l'individu s'autoproduit comme être humain » (Artous, 2003, p. 7). C'est ainsi que l'homme s'affirmerait, qu'il se réaliserait en tant qu'individu, qu'il se reconnaîtrait lui-même et qu'il obtiendrait la reconnaissance d'autrui, reconnaissance qui, pour Paugam (2010), demeure aussi la source de l'identité et de l'existence de tout homme.

Mais supposons que nous produisons en tant qu'humains. Chacun de nous se serait affirmé doublement dans sa production : il se serait affirmé lui-même et aurait affirmé l'autre. 1° Dans ma production, j'aurais affirmé mon individualité, ma particularité; donc, pendant l'activité, j'aurais joui d'une manifestation individuelle de ma vie, et, dans la contemplation de l'objet, j'aurais éprouvé la joie individuelle de reconnaître ma personnalité comme une puissance objective, perceptible par les sens, élevée au-dessus de tout doute. 2° Dans ta jouissance ou ton usage de mon produit, j'aurais la satisfaction directe à la fois de savoir que par mon travail j'ai satisfait un besoin humain et d'avoir objectivé l'essence de l'homme, donc d'avoir procuré à un autre être humain l'objet qui lui convient. 3° J'aurais aussi la joie d'avoir été pour toi le médiateur entre toi-même et le genre humain, donc d'être connu et ressenti par toi-même comme un complément de ton être et une partie nécessaire de toi-même; donc de me savoir affirmé aussi bien dans ta pensée que dans ton amour. 4° J'aurais la joie d'avoir créé par ma manifestation vitale individuelle ta propre manifestation vitale, d'avoir donc affirmé et réalisé directement, dans mon activité individuelle, ma véritable essence, mon être humain, mon être social (Marx, 1994, p. 388).

Les transformations idéologiques que le capitalisme a infligées au travail limiteraient donc énormément la capacité que les hommes détiennent de se réaliser à travers celui-ci, de là toute

l'importance, d'un point de vue marxiste, de leur émancipation dans le travail. La division extrême des tâches, leur routinisation et l'imposition aux travailleurs de cadences infernales (Artous) favorisant la maximisation des profits, ne sont que quelques phénomènes qui démontrent à quel point le capitalisme a érigé l'économie³¹ en tant que sphère dominante du social, et ce, au détriment de la sphère politique, dont l'essence consiste, selon Arendt (1995) – elle-même fortement influencée par Marx –, en un souci de la vie des hommes et de l'existence de la société. Nous pourrions donc affirmer, encore aujourd'hui, que le travail effectué par l'homme demeure dicté par des fins qui lui sont généralement extérieures. De ce fait, son émancipation serait encore tout à fait pertinente d'un point de vue marxiste.

En conclusion, tant la problématique émancipatrice proposée par Engels que celle esquissée par Marx sont associées à une critique virulente du capitalisme comme modèle socioéconomique dominant. Si la critique de la société qui est enchâssée dans ces deux perspectives peut sembler désuète du fait qu'elle remonte à une époque lointaine, nous sommes pourtant forcés de constater que les transformations idéologiques que le capitalisme a infligées au travail perdurent et qu'elles ont même pris de nouvelles tangentes sous l'influence de ce qu'il est convenu d'appeler le néocapitalisme. Ainsi, l'organisation de la production des biens et services demeure principalement dictée par des impératifs économiques et la montée de l'idéologie néolibérale, qui se profile depuis les années 1980, n'est pas étrangère à ce fait. L'organisation des soins au sein des CH n'échappe pas à cette réalité et les écrits d'Engels et de Marx nous invitent à prendre compte du modèle socioéconomique dominant dans l'analyse des contraintes vécues par les infirmières soignantes. Nous croyons également que la façon dont Marx conceptualise l'émancipation, dans une dialectique du temps de travail et du temps libre, est porteuse de solutions pour les infirmières soignantes qui sont bien souvent exténuées par excès de labeur, notamment en lien avec les politiques de TSO qui prévalent au sein de nombreux CH. Pour toutes ces raisons, nous croyons que ces écrits d'Engels et de Marx

³¹ Si le capitalisme a permis d'ériger l'économie à titre de sphère dominante du social, il est aussi à noter que l'économie a elle-même été érigée au statut de science par des économistes, dont Robbins (1947) serait le précurseur. Celui-ci devint d'ailleurs célèbre pour cette définition de la science économique : « la définition de l'économie [...] est celle qui ramène cette science à l'étude des causes du bien-être matériel » (p. 19). Des économistes tels Mises, Hayek, Lange ou Lerner se sont aussi positionnés de façon similaire (Bensimon, 1996).

relatifs à l'émancipation humaine sont susceptibles de nous être très utiles dans notre analyse des expériences vécues par les infirmières soignantes qui exercent en CH. Nous croyons toutefois que celles-ci doivent être secondées par d'autres théories de l'émancipation, notamment celle de Rancière, qui nous apparaît plus complète et plus réaliste du fait qu'elle ne propose pas directement un renversement du modèle socioéconomique dominant, mais bien un renouvellement de notre démocratie et de notre façon d'appréhender la politique.

2.3.2 - L'émancipation chez Rancière

Rancière a développé une approche de la théorie politique et de l'histoire populaire qui se veut à la fois radicale et émancipatrice, notamment parce qu'elle affirme l'importance de l'engagement, et ce, en opposition aux pratiques managériales inégalitaires (Hewlett, 2010). Nous avons fait le choix de nous pencher sur les écrits du philosophe Rancière, parce que l'émancipation et l'activisme à travers différentes formes de résistance déployées pour contrer la domination, sont au cœur de ses préoccupations. Nous adhérons tout particulièrement à sa conceptualisation de l'émancipation en soulignant les forces, l'intelligence et l'énorme potentiel de ceux et celles qui, dans l'ordre social existant, sont considérés comme les plus faibles et les moins intelligents, même si cela n'est absolument pas le cas. Rancière, souvent décrit comme le philosophe de l'émancipation, pense l'interruption de l'ordre naturel de la domination et l'avènement d'un monde plus juste et égalitaire par le soulèvement populaire de ceux qui, au sein de cet ordre social, demeurent bien souvent invisibles. Nous le croyons pertinemment : les écrits théoriques de Rancière gagnent à être connus des infirmières soignantes qui souffrent de cette *invisibilité* et qui appellent à la réparation des torts qu'elles subissent au quotidien dans le cadre de leur exercice professionnel. Nous avons donc fait le choix d'explorer et de démystifier les fondements de la théorie ranciérienne de l'émancipation, ainsi que certaines des notions qui y sont associées. De façon plus détaillée, dans la présente sous-section, nous nous intéresserons tout d'abord à la logique de « l'être-ensemble politique » ranciérien et, plus particulièrement, à deux des processus hétérogènes qui le constituent. Nous porterons également notre attention sur un des postulats de base de la théorie de

l'émancipation de Rancière : l'égalité des intelligences. Par la suite, il sera question de l'importance de la mise en commun des capacités des personnes ordinaires dans l'ébranlement des régimes uniques de perception et de significations qui caractérisent le *statu quo*. Finalement, nous nous pencherons sur la façon dont Rancière conçoit la démocratie.

Pour mieux saisir la façon dont Rancière appréhende l'émancipation, il convient d'abord de s'immerger dans la logique de ce qu'il identifie comme l'être-ensemble politique, et ce, en explorant deux des dimensions fondamentales de cet être-ensemble : « la police » et « *la politique* » qui, bien qu'elles soient en tous points aporétiques, demeurent impérativement liées l'une à l'autre. Pour Rancière (1995), la police consiste en un processus d'organisation déterminée des places et des fonctions occupées par les personnes au sein d'une communauté, d'un ordre social donné. Ce processus repose sur la distribution hiérarchique et arbitraire – qui se fonde notamment sur la visibilité et l'invisibilité des personnes – de ces places et fonctions, sur l'assignation normative d'une identification dans un ordre construit où chacun doit occuper la place qui lui est réservée (Gourgues, 2013). L'ordre policier consiste ainsi en un espace où il y a circulation et dispersion des corps (Choinière, 2009).

De ce fait, la police s'assure de faire comprendre qu'il n'y a précisément rien à voir, rien à regarder et rien à faire [pour changer cet ordre]. En faisant circuler les gens, la police contrecarre toute logique politique de manifestation qui pourrait remettre en question son autorité (p. 49).

Selon cette logique, la police a notamment pour but « le silence de l'autre, l'absence de réplique [et] la chute des esprits dans l'agrégation matérielle du consentement » (Rancière, 1987, p. 138). Ainsi, lorsqu'un consensus est admis au sein de la police, il s'agit nécessairement d'un faux consensus, du fait que celui-ci n'est pas fondé sur la participation de toutes les parties, puisque certaines d'entre elles sont réduites au silence et à l'invisibilité. La police fait donc office de loi implicite déterminant « le lieu où se pratique le commandement » (Choinière, p. 48). Poirrier (2000) n'hésite d'ailleurs pas à définir la police comme « l'ordre naturel de la domination », Gourgues la décrivant comme « la négation de l'égalité » (p. 1).

Le second processus hétérogène constitutif de l'être-ensemble politique ranciérien se nomme émancipation, ou subjectivation, et correspond à ce que Rancière nomme *la politique*.

La politique est étroitement liée à la police du fait qu'elle advient par le biais de la contestation, de la transgression de l'ordre policier, ces actes de résistance étant d'ailleurs justifiés par un tort découlant de cet ordre (Poirier, 2000). De par sa nature émancipatrice, la politique rend visible

ce qui était alors caché sous le voile opaque de la domination naturelle (par exemple, les rapports de violence entre [la coordonnatrice et l'infirmière soignante à l'intérieur d'un CH]). Par politique, il conviendrait donc d'entendre non pas un ordre substantiellement établi (cela, c'est précisément l'affaire de la police), mais un mode de subjectivation par lequel des individus qui se déclarent doués d'une égale intelligence vont identifier leur parole comme expression d'une pratique émancipatrice (p. 29-30).

Pour Rancière (1998), l'émancipation consiste en un jeu de pratiques – des paroles, certes, mais des paroles qui mènent également à des actions émancipatrices – qui sont guidées par un universel politique, une axiomatique d'égalité entre tous les êtres humains, et par le souci de vérifier cette affirmation dans chaque cas nouveau, chaque tort qui pourrait être réparé. Rancière met la personne ordinaire au cœur de son système et suggère notamment que la subjectivation politique et la réalisation de soi adviennent par l'affirmation de l'égalité dans un processus par lequel les vues et les intérêts des « sans-part » ont une signification universelle (Hewlett, 2010). Pour Rancière, les sans-part sont des êtres parlants qui se réunissent en communauté : ce sont celles et ceux qui sont exclus, celles et ceux qui souffrent au quotidien de l'organisation du sensible – le perceptible et le pensable – et du caractère injuste et arbitraire de sa partition par la police. À titre de subalternes, les sans-part n'ont pas accès aux avantages dont bénéficient les plus forts, les plus savants et les plus riches.

Le sans-part se distingue [toutefois] du dominé. En effet, là où le dominé existe essentiellement dans son statut (contraire à celui dominant), le sans-part se présente comme la figure de celui qui conteste précisément cette domination, qui nie l'attribution du statut dans ses actes de révolte, contestant ainsi les places et les ordres. Pour le dire autrement, le sans-part n'existe que dans l'acte même de son émancipation, dans sa volonté de bouleverser, ne serait-ce que temporairement, les règles du partage, au nom d'un principe cardinal : celui de l'égalité (Gourgues, 2013, p. 1).

Pour Rancière (1987), l'égalité consiste en la part des sans-part. Celui-ci « fonctionne toujours sur le principe jacotiste³² que l'égalité est une présupposition et non un but à atteindre » (Rancière, 2009, p. 68). Conséquemment, pour Rancière (1995), « l'homme n'est pas l'accomplissement à venir au-delà de la représentation politique. Il est la vérité cachée sous cette représentation » (p. 120).

Si, du point de vue de Rancière, tous les êtres humains sont *a priori* égaux, ce postulat s'applique également à l'égalité des intelligences humaines, comme nous venons de le souligner à partir des écrits de Poirier (2000). En effet, Rancière (1987) stipule que « la même intelligence est à l'œuvre dans toutes les productions de l'art humain » (p. 33). Tous les individus sont, de ce fait, capables de concevoir leur dignité en tant qu'êtres, de prendre la mesure de leurs capacités intellectuelles et de décider de l'usage de celles-ci.

Il n'y a pas de hiérarchie de capacité intellectuelle. C'est la prise de conscience de cette égalité de nature qui s'appelle émancipation et qui ouvre la voie de toute aventure au pays du savoir. Car il s'agit d'oser s'aventurer et non pas d'apprendre plus ou moins bien ou plus ou moins vite (Rancière, p. 48).

Ainsi, de l'avis de Rancière l'émancipation vise *a priori* la « prise de conscience par tout homme de sa nature de sujet intellectuel [...], la conscience de ce que peut une intelligence quand elle se considère comme égale à toute autre et considère toute autre comme égale à la sienne » (Rancière, p. 62-68). De cette façon, s'il appréhende ses propres capacités intellectuelles, tout homme sera en mesure de s'émanciper intellectuellement s'il réfléchit à ce qu'il est, mais également à ce qu'il fait au sein de l'ordre social existant. Pourtant, comme le souligne Rancière (2008), « l'intelligence collective de l'émancipation n'est pas la compréhension d'un processus global d'assujettissement » (p. 55). Autrement dit, la conceptualisation ranciérienne de l'émancipation n'a pas expressément pour téléologie la compréhension par les sans-part des dynamiques de domination, d'assujettissement ou

³² Ici, Rancière fait référence à Joseph Jacotot, un « révolutionnaire exilé et lecteur de littérature française à l'Université de Louvain [qui en 1818] commença à semer la panique dans l'Europe savante. Non content d'avoir appris le français à des étudiants flamands sans leur donner aucune leçon, il se mit à enseigner ce qu'il ignorait et à proclamer le mot d'ordre de l'émancipation intellectuelle : tous les hommes ont une égale intelligence » (Rancière, 1987, quatrième de couverture).

d'aliénation, mais bien la mise en commun de leurs capacités³³ « investies dans ces scènes de dissensus » (p. 55). Ce que Rancière entend par dissensus, « c'est une organisation du sensible où il n'y a ni réalité cachée sous les apparences, ni régime unique de présentation et d'interprétation du donné imposant à tous son évidence » (p. 55). Mettre en commun les capacités des sans-part et les investir dans des scènes de dissensus consiste donc à mettre de l'avant des actions qui concourent à la reconfiguration de l'ordre social par l'ébranlement des régimes uniques de perception et de signification.

Selon Rancière (1987), tout ordre social reposerait effectivement sur une explication dominante, qui provoquerait l'exclusion de toutes les autres explications – toute institution étant d'ailleurs une explication en acte de la société, une mise en scène de l'inégalité – et repousserait nécessairement l'émancipation, parce que celle-ci a justement pour fondement l'inutilité des explications uniques, en plus de mettre en garde contre les dangers qui y sont associés. Ainsi, par le biais de la *collectivation* de leurs capacités, les sans-part peuvent « franchir le gouffre qui sépare l'activité de la passivité » (Rancière, 2008, p. 18) et initier le démantèlement du « vieux partage du visible, du pensable et du faisable » (p. 53). L'émancipation sociale est simultanément, pour Rancière, une émancipation esthétique et une rupture avec les façons préconisées par l'ordre social existant de « sentir, de voir et de dire » (p. 41). Ainsi, l'émancipation rend notamment visible l'invisible, audible l'inaudible et dicible l'indicible. C'est plus particulièrement par l'action collective des sans-part que de nouvelles configurations du paysage social deviennent envisageables pour Rancière. Celui-ci suggère d'ailleurs que nul n'est enfermé dans un destin social et qu'il est possible

de s'écarter substantiellement du *statu quo* ainsi que des injustices qui y sont associées, et ce, même si cela apparaît souvent impossible. C'est en mettant principalement l'accent sur l'activisme politique [mais également en appréhendant les sans-part comme des sujets et non comme des objets], que Rancière en arrive à ce constat. [...] Ainsi, celui-ci préconise la transformation de l'ordre social existant par le biais d'une expérimentation politique qui s'appuie sur la théorie et mise notamment sur la perspicacité et la résistance des gens ordinaires. En misant sur la compétence des

³³ Il est certes question ici de leurs capacités intellectuelles, mais également de leur capacité à s'investir dans des processus démocratiques, à se révolter et à perturber le *statu quo* en faisant valoir leurs droits comme étant égaux à ceux de toutes les autres personnes (Hewlett, 2010).

incompétents – contrairement à la tendance générale de la professionnalisation de l'activité politique –, Rancière suggère que la personne *ordinaire* est la mieux placée pour prendre part à ce type d'activité et serait même la seule à pouvoir y parvenir adéquatement (traduction libre d'Hewlett 2010, p. 104-105).

Si l'émancipation « n'est pas faite seulement de grands actes éclatants, mais d'une recherche pour créer des formes de commun qui ne soient pas celles de l'État, du consensus, etc. » (Rancière, 2009, p. 69), la perturbation radicale du statu quo par les sans-part est d'une importance capitale pour Rancière, qui propose une définition insurrectionnelle de la démocratie. « La communauté des êtres parlants repose [...] sur une certaine violence initiale, puisqu'elle suppose la création d'un lieu polémique » (Choinière, 2009, p. 51). C'est sous cet angle que Rancière met de l'avant la prédominance de la démonstration, correspondant à l'un des traits hétérologiques de l'émancipation. Elle implique le geste de s'adresser à l'autre sans nécessairement que celle-ci ou celui-ci acceptent ce qui en résulte. Les formes de subjectivation politique instituent donc un lieu commun polémique où s'effectue la démonstration de l'égalité, dont la vérification se réalise toujours dans l'effraction (Choinière, p. 51).

[Puisqu']à partir d'une inégalité vécue – les patrons ne veulent pas discuter du montant des salaires, le ministre refuse de discuter avec les étudiants – les « sans-part » réclament que les maîtres entendent leurs revendications, les écoutent, puisque le régime démocratique, dans lequel tous vivent, affirme qu'ils sont égaux. La grève, la résistance, l'insurrection qu'ils mènent leur permettent alors d'incarner cette revendication (Gourgues, 2013, p. 1-2).

De l'avis du philosophe, les sans-part doivent se réunir et agir pour faire valoir la légitimité de leurs revendications, parce que sans un tel soulèvement populaire, celles-ci seront indéfiniment négligées, et ce, sans égard aux délibérations et au discours qui prennent place au sein de notre réalité libérale et de la démocratie minimalement politique qui assure sa pérennité. Pour Rancière, la démocratie sur laquelle s'appuient nos sociétés contemporaines n'en est d'ailleurs pas une, celui-ci la conceptualisant plutôt sous le terme de *post-démocratie*, c'est-à-dire une démocratie qui a pour but de gouverner sans les citoyens, prévenant de ce fait l'avènement de *la* politique elle-même (Hewlett, 2010). Ainsi, du point de vue de Rancière

(1995), la post-démocratie ne matérialise pas la souveraineté populaire, elle n'est pas au service du peuple, mais bien au service de ceux qui occupent les hautes hiérarchies. Dans une telle conjoncture, Rancière (1997) soutient que ceux qui occupent un statut privilégié, qui ont un titre octroyé par la richesse ou par la vertu fixent les termes des débats d'une telle manière que les points de vue et les exigences des sans-part ne peuvent être compris et parfois même formulés. Le discours des sans-part n'est donc que du bruit et n'est aucunement perçu comme un réel discours, puisque les mots sont reçus de manières différentes, dépendamment de ceux qui les mettent en circulation. Ultimement, le langage des sans-part, dans nos démocraties libérales, demeure inintelligible pour ceux qui ne parlent que le langage du *statu quo* (Hewlett). S'ils veulent être entendus, les sans-part n'ont autre choix que de fixer eux-mêmes, par leur action, les termes d'une démocratie nouvelle où, à titre de sujet et non d'objet, « ils dérèglent toute représentation des places et des parts » (Rancière, 1995, p. 140).

En conclusion, nous croyons que la théorie ranciérienne de l'émancipation est susceptible de donner de l'espoir aux infirmières soignantes, puisqu'elle permet d'envisager la possibilité d'un changement radical des expériences vécues par un grand nombre de personnes qui souffrent d'énormes désavantages et dont les voix ne sont pas entendues, dans le prolongement de la logique de la police, qui est d'ailleurs bien ancrée au sein des institutions hospitalières. Cette théorie est, en soi, un rappel frappant qu'un autre type de politique est possible, que *la* politique doit être réinventée de façon à ce qu'elle soit plus organiquement liée aux gens ordinaires. L'approche émancipatrice de Rancière pose des défis théoriques de taille au libéralisme et à la démocratie libérale, en particulier. À travers ces écrits, qui remettent en cause de nombreux aspects fondamentaux du *statu quo*, on peut également percevoir que l'abandon des politiques de gauche plus traditionnelles au sein de la conjoncture actuelle n'est pas inévitable (Hewlett, 2010).

Certes, contrairement à certains de ses contemporains, comme Žižek (2008), Rancière n'indique pas comment doivent agir ceux qui souffrent des désavantages qui sont inhérents au monde social contemporain. Au même titre que Badiou (2012), il ne s'avance pas quant à la façon dont ces individus devraient s'y prendre pour forcer la mise en place d'une démocratie nouvelle, si ce n'est d'insister pour qu'ils agissent collectivement. Pourtant, nous croyons que,

de ce fait, Rancière demeure conséquent avec lui-même, parce qu'il ne se campe pas dans la position du philosophe vertueux qui dicte à qui veut bien l'entendre les tenants et aboutissants des actions qu'ils devraient déployer pour s'émanciper des états de domination qui les tenaillent. Selon la logique mise de l'avant par Rancière (1987) dans *Maître ignorant*, une logique qui s'apparente à celle mise de l'avant par Freire (1990) dans *Pedagogy of the Oppressed*, ce sont ceux qui sont exclus qui doivent eux-mêmes se libérer des situations qui sont contraires à la dignité humaine. Comme les étudiants qui n'apprendront peut-être absolument rien s'ils n'étudient pas ce qu'ils veulent apprendre (Rancière), le sans-part, l'exclu ou l'infirmière soignante n'adhéreront que difficilement aux propositions d'action issues de la réflexion d'intellectuels ou de chercheurs, surtout si ces derniers n'ont pas pris la peine de s'immerger dans leur réalité et de s'enquérir de ce qu'elles ont à dire. Ainsi, du point de vue de Rancière, nous pourrions affirmer qu'il n'y a que les compétences et la perspicacité des gens ordinaires qui permettent l'élaboration des modalités d'action susceptibles de provoquer leur propre émancipation. Après nous être intéressés à la façon dont la notion d'émancipation a été appréhendée en sciences sociales et en philosophie chez différents auteurs, nous nous intéresserons maintenant à l'émancipation à partir de la perspective des sciences infirmières.

2.3.3 - L'émancipation en sciences infirmières

Au fil de l'histoire, nombre d'infirmières activistes ont ardemment travaillé à la transformation des conditions sociales les plus désespérées dans un effort pour améliorer la santé des individus et des collectivités (Chinn & Kramer, 2011). Pourtant, comme l'indiquent Chinn et Kramer, avec le tournant pris par la recherche scientifique dans les années 1950, toute appréciation pour des formes *différentes* de savoir, comme celles associées à l'émancipation, ont été radicalement rejetées et il en aurait été de même au sein de la discipline infirmière. Comme nous le rappellent ces mêmes auteurs, la peur du communisme, et de tout ce qui y était associé, a certes contribué, aux États-Unis, mais également dans les pays, nombreux, influencés par son hégémonie, au refus d'explorer les idées issues de la

théorie critique, comme c'est effectivement le cas de l'émancipation. Ce n'est donc qu'à partir de la fin des années 1960, et plus particulièrement du début des années 1970, avec la montée du féminisme de deuxième vague, qui aura une forte influence sur la discipline infirmière, que le concept d'émancipation fera véritablement son entrée au sein de la discipline. D'après Chinn et Kramer, ce serait Hall (1966) qui aurait été la première à jeter les bases d'un savoir axé sur l'émancipation en sciences infirmières, et ce, par son désir de différencier la profession infirmière de la profession médicale, en invitant les infirmières à pratiquer dans des environnements où la performance associée aux tâches curatives et à la technologie médicale est absente. D'après nos recherches, ce serait la théoricienne japonaise Okuma (1967) qui aurait été la première à aborder le concept d'émancipation en sciences infirmières, dans son article intitulé *For the Emancipation of Nursing Education*. Pour leur part, Chinn et Kramer font référence à l'article *Nursing and Women's Liberation* de la théoricienne américaine Heide (1973), comme étant l'une des premières publications, issues de la discipline infirmière, empruntant une perspective émancipatrice. Bien que nous ne nions aucunement l'importance des théoriciennes américaines comme Heide ou Schirger (1978) – qui, en plus d'avoir été des préceuses dans le développement de la perspective émancipatrice en sciences infirmières, ont aussi été parmi les premières à souligner toute l'importance des idées féministes au sein de la discipline –, nous croyons qu'il demeure important, dans le cadre d'une approche historique, de souligner l'apport des japonaises Okuma (1967) et Sato (1974) et de l'allemande Boelsen (1975), dans le développement de cette perspective émancipatrice.

À partir d'une recension exhaustive des écrits de la discipline, nous avons porté un regard critique sur la façon dont l'émancipation a été appréhendée en sciences infirmières. Dans un premier temps, nous nous sommes penchés sur les différentes façons dont l'émancipation a été conceptualisée dans ce champ de pratique. Dans un deuxième temps, nous nous sommes attardés à une tendance marquée et à ses effets, au sein de la discipline infirmière, de ne porter un intérêt qu'à l'émancipation des patients. Dans un troisième et dernier temps, nous nous sommes intéressés au lien intime existant entre l'émancipation et la théorie critique en recherche infirmière, et ce, plus particulièrement à partir de la perspective

théorique depuis laquelle s'est majoritairement développée la recherche infirmière émancipatrice, à savoir, la théorie féministe.

L'empowerment

Si le concept d'émancipation demeure beaucoup moins utilisé que son plus populaire attribut l'*empowerment* qui, encore aujourd'hui, est l'objet d'une très grande attention au sein de la discipline infirmière, il n'en demeure pas moins qu'un intérêt grandissant est porté à ce concept, mais également à la notion de *savoir émancipatoire* qui y est étroitement associée. La recension des écrits que nous avons réalisée impose le constat d'un certain manque de profondeur dans l'exploration du concept d'émancipation au sein de la discipline, contrairement à ce que l'on observe chez Henderson (1995) ou Wittmann-Price (2004), mais également chez Chinn et Kramer (2011), qui se sont plus particulièrement intéressées à la notion de savoir émancipatoire. À plusieurs reprises, nous avons d'ailleurs porté notre attention sur des articles issus de la discipline infirmière où le terme *émancipation* n'apparaissait que dans le titre ou dans le résumé de l'article (par exemple, Glasper, 2012 ; Grenier, 2011; Darbyshire & Fleming, 2008...), sans qu'il en soit plus amplement question tout au long de celui-ci. Dans les différents écrits que nous avons répertoriés, nous avons constaté que le concept d'émancipation pouvait également être utilisé à plusieurs reprises, sans toutefois être défini, même sommairement. Pour ne pas perpétuer cette tendance, nous avons ainsi jugé bon, dans un premier temps, de nous pencher sur différentes façons de conceptualiser l'émancipation en sciences infirmières. Comme, d'après nos recherches, Henderson est l'une des théoriciennes de la discipline infirmière qui a décrit avec le plus de détails ce en quoi consiste l'émancipation, nous nous rapporterons *a priori* à sa conceptualisation de l'émancipation avant de nous enquérir de la façon dont d'autres auteurs de la discipline l'ont appréhendée, et ce, à partir de certaines convergences conceptuelles. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la notion de savoir émancipatoire qui, à ce jour, demeure, de loin, la notion associée à l'émancipation qui est la mieux explicitée au sein de la discipline infirmière.

Pour Henderson (1995), l'émancipation est un état d'être dans lequel les individus apprennent à connaître qui ils sont et par lequel ils peuvent exercer un pouvoir collectif, de façon à déterminer le sens de leur existence. Si on le déconstruit, de la façon dont Henderson se le représente, le processus d'émancipation s'accomplirait à partir du moment où des individus s'engagent dans ce qu'elle qualifie d'expérience d'*enlightenment* et d'*empowerment*. L'expérience d'*enlightenment*, que nous traduirons sous le vocable de *conscientisation*, consisterait, selon Henderson, qui s'appuie sur les écrits de Fay (1987), Freire (1990) et Lather (1991) pour la définir, en une expérience par laquelle un individu en arrive à se percevoir lui-même d'une façon radicalement nouvelle, et ce, par son engagement dans un dialogue qui amène un processus de réflexion sur soi et de théorisation. Cette conscientisation, ou *expérience conscientisante*, serait donc vécue par une personne lorsque celle-ci arrive à percevoir, dans le dialogue, des liens entre ses propres difficultés et celles des autres, et que cela l'amène à se créer de nouvelles explications, de nouvelles façons de théoriser ce qu'elle vit (Henderson). La conscientisation ne permettrait pas l'émancipation à elle seule, selon Henderson. Pour ce faire, les individus et les groupes devraient aussi devenir leur propre force mobilisatrice, et ce, de façon à provoquer ultimement la transformation de l'ordre social existant. Préalablement, ce qu'Henderson qualifie d'expérience d'*empowerment*³⁴ doit également advenir et consiste en un processus d'aide, de partenariat, dans lequel les valeurs de chacun sont respectées et à travers duquel les individus et les groupes se donnent l'autorité, les habiletés, les ressources et les occasions de transformer leur situation (Rodwell, 1996). L'expérience d'*empowerment* est donc en filiation directe avec l'action, une action qui transcende la sphère personnelle, une action que l'on pourrait ainsi qualifier de *politique*. Henderson s'appuie d'ailleurs sur les écrits de Lather pour définir l'*empowerment* comme un processus par lequel un groupe d'individus devient galvanisé pour agir en son propre nom.

Henderson (1995) s'est référée à Lather (1991), une auteure influencée par la théorie féministe et issue du domaine de l'éducation, pour définir ce qu'elle entendait par

³⁴ Le terme anglais *empowerment* est généralement admis à titre de concept et est utilisé en langue française au sein de la discipline infirmière (et bien d'autres, d'ailleurs). Pour ces raisons, nous éviterons de le traduire. Nous aurions pu traduire ce terme par *autonomisation, habilitation, capacitation, ou responsabilisation*.

empowerment. Elle n'aurait d'ailleurs pas été à même de souligner l'importance de la composante de l'action au-delà de la sphère personnelle – là où commence l'action politique – , qui est inhérente au concept d'*empowerment*, si elle s'était appuyée sur des auteurs de la discipline infirmière comme Hawks (1992), O'Donnell (1993) et Caffrey (1994) qui, comme l'indique Shaun (1999), ont tous la particularité d'avoir évacué cette composante centrale dans la façon dont ils conceptualisent l'*empowerment*. Shaun souligne que les infirmières ont voulu nier l'importance de l'action politique à titre de composante du processus d'*empowerment* – une composante importante du concept depuis son émergence des mouvements de libération des années 1960 et 1970 – et que cela est probablement consécutif à la façon servile et respectueuse dans laquelle les soins infirmiers ont toujours évolué. L'utilisation du concept d'*empowerment* doit donc se faire avec une extrême prudence en sciences infirmières, mais aussi au sein des différentes disciplines de la santé. Comme le rappelle Powers (2003), le concept d'*empowerment* demeure trop souvent instrumentalisé à titre de stratégie coercitive utilisée de façon à contrôler les actions des patients, un type d'*empowerment* qui peut, certes, se passer d'une composante d'action qui va au-delà de la sphère personnelle.

Toujours en s'appuyant sur les écrits de Fay (1987), Freire (1990) et Lather (1991), Henderson (1995) se représente l'émancipation comme étant à la fois « le processus permettant de devenir libéré et l'état d'être libéré » (traduction libre, p. 64). D'après Henderson, l'émancipation serait donc un processus par lequel des individus ou des groupes s'engagent, de façon circulaire et chevauchée³⁵, dans des expériences de conscientisation et d'*empowerment*. Mais l'émancipation serait également associée à la libération qui est générée par ce processus dynamique. Plusieurs auteurs de la discipline, dont MacLeod et Zimmer (2005), associent l'émancipation à la notion de libération, et ce, au même titre qu'Henderson. En ce qui a trait spécifiquement à MacLeod et Zimmer, l'émancipation référerait à des réflexions et à des actions qui auraient la caractéristique de libérer les individus des contraintes

³⁵ Il serait erroné, du point de vue d'Henderson (1995), d'apprécier le processus d'émancipation comme une trame linéaire qui débiterait par la conscientisation pour ensuite aller chercher sa force dans l'*empowerment* avant de culminer dans l'action. Ce serait plutôt, de façon circulaire, dans un chevauchement de réflexion et d'action prenant place dans le dialogue qu'il faudrait concevoir l'émancipation d'après cette auteure de la discipline infirmière.

et de l'oppression qui les affligent. Comme l'être humain n'est pas séparable de son contexte social et historique, la réalité n'est pas une entité statique mais un processus, une transformation, au même titre que l'est l'émancipation elle-même. Nombre d'auteurs de la discipline infirmière associent le concept d'émancipation à la notion de processus. En ce sens, McCabe et Holmes (2009) conceptualisent l'émancipation comme un processus qu'ils qualifient de réflexif et qui permettrait l'illumination des vérités dominantes et restrictives qui, une fois intériorisées par les individus, auraient des effets directs sur leur conduite. D'après ces auteurs, le processus réflexif de l'émancipation amènerait les individus ou les groupes à évoluer vers de nouveaux modes d'action. Au même titre qu'Henderson et McCabe et Holmes, Wittmann-Price (2004) définit également l'émancipation comme un processus, un processus qui aurait pour objectif de parvenir à un état plus positif de l'être, un état de relative liberté de choix. Enfin, qu'il soit question de tendre vers différentes formes de libération (Henderson ; MacLeod & Zimmer), vers une liberté de choix (Wittmann-Price), vers de nouveaux modes d'action (McCabe & Holmes) ou vers l'amélioration de la condition humaine (Jacobs & coll. 2005), téléologiquement, les auteurs, chercheurs et théoriciens de la discipline infirmière convergent et conceptualisent l'émancipation comme un processus permettant la transformation d'une réalité opprimante. Ainsi, l'émancipation a pour antécédent l'oppression (Wittmann-Price, 2004), qui doit nécessairement la précéder, mais également être admise par ceux qui s'engagent dans le processus d'émancipation.

Savoir émancipatoire

À titre d'expression de l'apprentissage émancipateur, le savoir émancipatoire prend naissance à partir d'une prise de conscience de certaines injustices et inégalités ainsi que des problèmes sociaux et politiques qui y sont associés (Chinn & Kramer, 2011). En identifiant *a priori* différentes injustices présentes dans le monde social, il devient possible de se questionner, de se demander pourquoi ces injustices existent ou persistent à exister. Le savoir émancipatoire aide ainsi à mieux comprendre pourquoi certaines situations injustes sont survenues, de saisir plus adéquatement sur quelles bases des actions humaines ont engendré

ces situations et, ainsi, réfléchir à un avenir plus juste et équitable. D'un point de vue émancipateur, tous les types de savoir sont historiquement situés et influencés par des dynamiques de pouvoir (Irwin, 2005). De la façon dont ils sont construits, les savoirs reflètent ainsi l'hégémonie prévalente, une hégémonie qui, du point de vue de Chinn et Kramer, consiste en la domination de certaines idéologies, croyances, valeurs et façons d'appréhender le monde qui sont tenues pour acquises et apparaissent le plus souvent comme étant les seules à être envisageables. L'analyse de ces dynamiques de pouvoir, qui est à la base de l'édification du savoir émancipatoire, permet d'examiner comment ces savoirs sont créés, entretenus, légitimés, et utilisés pour soutenir les injustices au sein de notre société (Kagan, 2009). C'est le questionnement critique inhérent au savoir émancipatoire qui rend possible cette analyse.

Par exemple, les questions critiques peuvent permettre aux infirmières de se renseigner quant à ce qui constitue des obstacles à la liberté. Ces questions peuvent aussi être mises à profit de façon à mieux comprendre pourquoi certaines informations restent généralement invisibles ou cachées, et pourquoi certains individus jouissent de libertés qui demeurent pourtant inaccessibles à d'autres (traduction libre de Chinn & Kramer, p. 74).

Plusieurs éléments associés à divers types de domination peuvent ainsi être révélés par les infirmières elles-mêmes, à partir de simples questions comme celles-ci : pourquoi ce problème est-il présent? Pourquoi nombre d'infirmières sont-elles exclues du plein-emploi? Pourquoi les conditions d'exercice des infirmières soignantes sont-elles stigmatisantes? À qui bénéficie la politique du temps supplémentaire obligatoire (TSO)? Chinn et Kramer (2011) le reconnaissent d'entrée de jeu : le questionnement critique qui est à l'origine du savoir émancipatoire n'est pas une simple entreprise et demande à celle qui s'y investit d'être à l'affût de réalités qui, le plus souvent, transcendent la sienne. Le questionnement critique demeure donc une activité que l'on effectue en marge de cette tendance humaine à apprécier les diverses situations à partir d'expériences personnelles. Si le savoir émancipatoire est lié à l'élaboration de la connaissance de soi et à la conquête d'un certain pouvoir sur les forces qui contrôlent la vie, les frontières du savoir émancipatoire vont bien au-delà de l'individu, de son expérience personnelle ou d'une réflexion individuelle permettant la découverte de ce qui est injuste. Ainsi, à travers un spectre beaucoup plus large, le savoir émancipatoire est généré par

l'investigation des différentes structures sociales, et favorise l'examen critique des idéologies, des règles, des habitudes et traditions existantes (Corbet, Francis & Chapman, 2006).

Le savoir émancipatoire n'est pas seulement associé au questionnement, il consiste en lui-même en un processus de *praxis* (Chinn & Kramer, 2011), intégrant tant les réflexions contribuant à la création de nouvelles façons d'appréhender la réalité que des façons de faire advenir un avenir plus juste à partir de solutions créatives. « En tant que processus d'action et de réflexion des individus sur leur milieu dans l'intention de le transformer » (Garibay & Séguier, 2009, p. 9), la *praxis* ne consiste pas en un processus linéaire à partir duquel un individu doit d'abord réfléchir, se conscientiser et, ultérieurement, mettre les apprentissages issus de ses réflexions en application dans des activités humaines transformationnelles, puisqu'au sein même des événements que constituent la réflexion, la compréhension et la conscientisation, l'action se construit, les conditions de possibilité de son déploiement s'affinent et la *praxis* est déjà effective.

D'un point de vue individuel, le processus de *praxis* se produit lorsqu'une personne reconnaît les conditions limitant les expériences qu'elle vit ou ses capacités, qu'elle réfléchit à ces situations, qu'une prise de conscience graduelle s'ensuit, le tout amenant cette personne à réaliser que les choses peuvent s'articuler différemment dès lors qu'elle prend des mesures concrètes pour changer les circonstances de sa propre vie et de celle des autres. Même si une action a été mise de l'avant, cette personne reste, en permanence, à l'écoute de ses idéaux, elle continue à réfléchir et à se questionner de façon critique, mais également à agir de différentes façons, toujours dans le sens de l'idéal imaginé. D'un point de vue collectif, le processus de *praxis* nécessite également de réfléchir et d'agir mais, nécessairement, de concert avec d'autres personnes qui sont, elles aussi, engagées dans la mise en place de changements sociaux et politiques. Lorsque des groupes de personnes partagent collectivement leurs idées et expériences vécues, notamment dans le cadre de groupes de discussion, les réflexions et les critiques qui émergent deviennent symbiotiques et les possibilités d'en arriver à des changements concrets de l'ordre social existant se multiplient. De la même façon, quand les membres d'une discipline comme la discipline infirmière s'engagent collectivement dans un

processus de praxis, leurs réflexions et actions en coopération sont également susceptibles de provoquer d'importants changements (Chinn & Kramer, 2011).

Cowling, Chinn et Hagedorn (2000) sont bien conscientes que l'économie de l'association est difficilement envisageable pour les infirmières et insistent, dans l'introduction de leur *Nursing Manifesto*³⁶, sur l'importance, pour les infirmières de toutes origines, de créer un mouvement concerté se traduisant, certes, par des actions transformatrices individuelles, mais également collectives. D'une perspective émancipatrice, les savoirs qui permettent le maintien des privilèges accordés à certaines personnes, et notamment à de puissants groupes, reflètent l'hégémonie prévalente (Chinn et Kramer, 2011) dans l'environnement de soins, de sorte qu'il apparaît impératif d'ébranler ces savoirs et de contrer ces idéologies de façon concertée, sans quoi les infirmières ne seront pas de taille. MacLeod et Zimmer (2005) ne laissent d'ailleurs planer aucun doute à ce sujet : l'émancipation est une notion qu'il est préférable d'envisager de façon collective car, de par sa nature, l'émancipation demeure une notion beaucoup plus sociétale que personnelle. Dans un effort pour mobiliser les infirmières, Cowling et coll. ont donc mis sur pied un site Internet au sein duquel les infirmières peuvent échanger sur leurs préoccupations, en plus d'offrir l'occasion de prendre connaissance du manifeste. Ce manifeste consiste plus exactement en un appel pour un *retour à la passion de pratiquer* les soins infirmiers (Cowling & coll.). Cowling et coll. invitent les infirmières à s'approprier la gouvernance de leur propre discipline, à répudier les *patterns* imposés à la profession infirmière ou que les infirmières se sont imposées elles-mêmes et qui les empêchent d'exprimer ce qu'elles sont en tant qu'êtres. Ces mêmes auteurs invitent aussi les infirmières à travailler à la mise en place de nouvelles perspectives d'action susceptibles de les transporter au-delà des forces négatives telles la passivité, le mépris, la frustration, le cynisme et le désespoir.

Ainsi que nous l'avons souligné précédemment, notre recension des écrits portant sur le concept d'émancipation nous a amenés à constater qu'il est souvent question de

³⁶ Les manifestes, plans d'action, analyses critiques, et différentes prises de position sont, pour Chinn et Kramer (2011), des formes d'expressions écrites du savoir émancipatoire qui décrivent tant ce qui limite le potentiel humain, les circonstances qui créent et maintiennent ces conditions, que ce qui est nécessaire pour changer le *statu quo* et le remplacer.

l'émancipation des patients dans des systèmes de santé occidentaux où l'avis et la réalité de ces derniers ne sont généralement pas pris en compte. Ainsi, même lorsqu'il est question de l'émancipation des infirmières dans certains écrits de la discipline, notamment dans le cadre plus spécifique de leur formation initiale, on sent, comme Owen-Mills (1995) le soulève, que le désir avoué de favoriser l'émancipation des infirmières est plus souvent justifié par le fait qu'elle amènerait à mieux prendre soin des patients, des familles et des communautés. Nous concluons cette sous-section en portant notre attention sur les façons dont cette nette tendance sert le *statu quo* au détriment des intérêts des infirmières.

Wittmann-Price (2004) indique que les infirmières expertes reconnaissent le besoin de mieux comprendre la notion d'émancipation, et ce, principalement en réponse à leur perception de l'oppression comme phénomène à dominante négative, bel et bien présent au sein de la profession infirmière. Du reste, il faut voir que, selon Rancière (1987), la notion d'expert et celle d'émancipation sont en tous points incompatibles... C'est aussi plus particulièrement en s'appuyant sur les propos de Scarry (1999) et Kendall (1992) que Wittmann-Price boucle son argumentaire en expliquant que les infirmières doivent impérativement se préoccuper d'émancipation « parce que des infirmières opprimées donnent des soins opprimés et que cela a pour effet de compromettre le bien-être physique, émotionnel et social des clients qu'elles soignent » (traduction libre de Scarry, p. 424). Les écrits de Kendall, O'Brien, Woods et Palmer (2001), ainsi que ceux de Piper (2009) s'inscrivent également dans cette perspective.

Nul doute que l'oppression vécue exacerbe la tendance à devenir soi-même oppresseur. Roberts (1983, 2000) considère d'ailleurs que ce phénomène serait à l'origine de la violence horizontale qui est très présente entre les infirmières. Cela étant, il est permis de se demander pourquoi il est en quelque sorte admis que l'oppression vécue par les infirmières prenne invariablement le second plan par rapport aux répercussions de cette oppression sur les patients. Le caractère impératif attribué par Wittmann-Price (2004) et Scarry (1999) à la démythification du concept d'émancipation en sciences infirmières pourrait ainsi être simplement justifié par l'importance, pour ces dernières, d'examiner et de critiquer les structures sociales qui perpétuent les environnements oppressifs en milieu de travail. Il y a,

derrière la façon dont cet argumentaire s'abreuve à de puissants discours, comme celui de la primauté du bien-être du patient, de clairs effets sur le détournement du regard des infirmières sur l'oppression et les torts qu'elles subissent chaque jour, des expériences vécues sur lesquelles elles ont pourtant la capacité d'intervenir. Les écrits ayant directement ou indirectement trait à l'émancipation des patients sont ainsi très présents au sein de la discipline infirmière. Dans leur article intitulé *We're all here for the good of the patient : a dialogue on power*, Kagan et Chinn (2010) avancent que la promotion du discours de la primauté du bien-être du patient désarme les infirmières et a pour effet de les distraire de toute l'importance de l'émancipation pour elles-mêmes, une inflexion qui, du point de vue des pouvoirs économiques et politiques, serait susceptible de provoquer la perturbation du *statu quo*. Il apparaît donc qu'en plus d'être présent de façon outrancière dans les CH, ce type de discours a aussi des impacts tangibles au sein même de la discipline infirmière. Pourtant, comme elles évoluent dans les mêmes structures opprimantes que les patients dont elles prennent soin – les structures des CH en sont un exemple patent – les infirmières devraient également ressentir le besoin de s'émanciper pour favoriser leur propre bien-être, sans que celui des patients impose sans cesse sa prépondérance. Comme le souligne d'ailleurs Sumner (2010), la conceptualisation du soin devrait s'appuyer tout autant sur la prise en considération des besoins des infirmières que de ceux des patients et nous croyons qu'il devrait en être de même pour ce qui est de la conceptualisation de l'émancipation au sein de la discipline infirmière.

Études émancipatrices et théorie critique en sciences infirmières

Un intérêt pour l'émancipation doit nécessairement être associé à des méthodes critiques et réflexives (traduction libre de Jacobs & coll., 2005, p. 8).

C'est généralement en faisant référence à la théorie critique et aux méthodes réflexives qui y sont associées qu'il est question d'émancipation en sciences infirmières. S'il existe un lien très fort entre l'émancipation et la théorie critique, c'est, comme l'indique Holmes (2002), que le but de la théorie critique est expressément l'émancipation de l'oppression qui dénie l'égalité, mine la justice sociale et restreint la liberté de l'humanité. C'est ainsi un lien

téléologique que la théorie critique entretient avec l'émancipation. La théorie critique est émancipatrice en soi, mais l'émancipation en elle-même ne peut se déployer sans réflexion critique préalable, parce que les injustices, les inégalités et les contraintes vécues dans le monde social par les individus sont souvent cachées ou tenues pour acquises. Une réflexion critique qui porte simultanément sur soi, mais aussi sur le monde (Freire, 1990), s'avère nécessaire, de façon à révéler ces contraintes à la conscience humaine, puisque ce n'est qu'à partir de ce moment qu'il devient possible d'agir par l'intermédiaire de visées émancipatrices. Nous inspirant d'idées développées par Stevens (1989), nous sommes d'avis que la théorie critique, et notamment la théorie féministe qui consiste en un mouvement qui s'inscrit dans la théorie critique (Dezin & Lincoln, 2005), propose de remplacer ces contraintes par des idéologies émancipatrices qui, elles, ont la capacité de générer des savoirs qui utilisent la réflexion critique pour explorer les dynamiques de pouvoir ainsi que les relations qui sont inhérentes aux structures sociales. C'est cette réflexion critique, et la conscientisation qui en découle qui, une fois couplée à l'action, permet la téléologie émancipatrice de la théorie critique. À travers cette recension des écrits, nous avons constaté que c'est le plus souvent en s'appuyant sur la théorie féministe que les chercheuses de notre discipline se sont intéressées à l'émancipation des infirmières^{37 38}. En mettant à profit les principes essentiels de la recherche féministe, qui consistent notamment à promouvoir une approche réflexive, interactive et non hiérarchique (King, 1994), en plus de favoriser l'inclusion de groupes de personnes sous-représentées en recherche, certaines chercheuses ont élaboré des devis de recherche émancipateurs permettant l'exploration des contextes et des conditions d'exercice au sein desquels exercent les infirmières, et ce, de façon à en favoriser la transformation. C'est plus précisément à ce type d'études émancipatrices que nous nous intéresserons dans ce qui suit, parce que ces études se révèlent particulièrement intéressantes pour notre projet de recherche, notamment d'un point de vue épistémologique et méthodologique. De plus, ces études nous

³⁷ Des chercheuses de la discipline infirmière se sont aussi intéressées à l'émancipation : des lesbiennes (MacDonnell, 2010), des travailleuses domestiques malawiennes (Mkandawire-Valhmu & Stevens, 2007), ainsi que des doctorantes en sciences infirmières et en éducation (Heinrich, Rogers, Haley, & Taylor, 1997), toujours à partir d'une perspective féministe. Ces études nous sont toutefois apparues moins pertinentes au spectre de notre projet de recherche.

³⁸ Bien que, dans le cadre de cette recension des écrits, nous ayons noté un intérêt grandissant pour la recherche émancipatrice en sciences infirmières, nous constatons toutefois que ce type de recherche demeure marginal au sein de la discipline.

ont donné un avant-goût des résultats qui étaient susceptibles de découler de certaines de nos questions de recherche, ce qui a constitué pour nous un net avantage. À l'exception d'une seule étude que nous présenterons en chute de section, et qui s'appuie sur la démarche critique et conscientisante inhérente à la recherche-action, la presque totalité des études sur lesquelles nous nous pencherons au sein de cette section s'inspire de concepts théoriques féministes.

Chinn

En s'appuyant sur une perspective théorique féministe, Chinn (2003) a mis sur pied une étude émancipatrice ayant pour but l'exploration des perceptions des infirmières quant à la pratique des soins infirmiers et à la description des changements qu'elles aimeraient voir advenir. Ces deux constituantes convergent ainsi plus particulièrement avec nos première et deuxième questions de recherche qui, respectivement, ont trait aux expériences vécues des infirmières soignantes et à la façon dont il serait souhaitable que s'articulent les conditions d'exercice de la profession infirmière. Malgré l'intérêt manifeste de cette étude pour notre projet de recherche, notamment quant au nombre de participantes ayant souligné l'importance pour les infirmières de provoquer elles-mêmes les changements qu'elles souhaitent, peu y est dit pour rendre compte des façons dont elles prévoient s'y prendre pour que ces changements surviennent.

C'est par le biais d'une perspective internationale que Chinn (2003) a cherché à savoir ce qu'il en est de la pratique infirmière et de la manière dont les infirmières souhaiteraient que celle-ci s'articule. À partir de différents sites Internet, mais également par le bouche-à-oreille, Chinn a recruté plusieurs infirmières de partout à travers le monde, qu'elle a nommées « infirmières *leader* » et qui, à l'aide des directives émises par la chercheuse, ont mis sur pied, au sein de leur communauté, des groupes de discussion composés d'infirmières. La seule directive que Chinn ait fournie en matière de critères d'inclusion pour la constitution des groupes de discussion résidait dans l'obligation, pour les participantes – infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières gestionnaires, infirmières enseignantes ou préceptrices cliniques – d'exercer *près du terrain*. Dans une perspective similaire à la nôtre, ce critère d'inclusion a été choisi de façon à arriver à une meilleure description de ce qu'est la pratique

infirmière aujourd'hui. Certains des résultats de cette étude ont été analysés par Jarrin (2006), une collègue de la chercheuse, résultats qui ont été rapportés dans l'article *Result from the nurse manifest 2003 study : nurses' perspectives on nursing*. Ce qui suit permet de se faire une idée de ces résultats.

À la première des deux questions de recherche formulées par Chinn (2003) : « à quoi ressemble la pratique infirmière aujourd'hui? » (traduction libre de Jarrin, 2006, p. 76), l'analyse de Jarrin isole trois thèmes. Le premier consiste en une affirmation de la part des infirmières participantes : « la relation entre l'infirmière et le patient est l'essence des soins infirmiers » (traduction libre, p. 77). Des moments privilégiés de la relation entre les infirmières et les patients, c'est plus spécifiquement dans l'enseignement et dans les moments où elles peuvent vraiment *prendre soin*, et avoir la possibilité de *grandir avec les patients dans le soin*, qu'elles se sentent les plus interpellées. Cette relation, de même que le sentiment que les connaissances et les habiletés des infirmières ont leur place dans les milieux de soins, n'amènent pas seulement la satisfaction des infirmières, ils se distinguent dans cette étude comme des éléments essentiels à leur bien-être.

Le deuxième thème associé à cette première question de recherche est directement lié au premier : « les éléments qui menacent la capacité des infirmières de maintenir ou établir cette relation avec le patient sont dévastateurs » (traduction libre de Jarrin, 2006, p. 77). En effet, tout ce qui éloigne du patient – les documents cliniques, le temps passé à l'ordinateur, mais également la surcharge³⁹ de travail – affecte négativement les infirmières. Le fait que des infirmières soient régulièrement relocalisées au sein d'unités de soins non familières où les besoins en main-d'œuvre sont plus criants a également été identifié par les participantes comme minant la possibilité d'établir une *bonne relation* avec les patients. Évoluer au sein d'une spécialité qu'elles ne connaissent guère et, conséquemment, ne pas être assurées que les soins qu'elles donnent sont les meilleurs, ne pas savoir exactement ce qu'elles doivent enseigner aux patients : tout cela contribue à dégrader la relation qu'elles entretiennent avec ces derniers.

³⁹ Notons que la notion de surcharge de travail revient dans la presque totalité des études que nous avons consultées, que celles-ci soient de près ou de loin associées aux conditions d'exercice de la profession infirmière.

Le troisième thème associé à la première question de recherche de l'étude de Chinn (2003) est lié au « manque de respect à l'égard des infirmières, mais également au manque de respect qui règne entre les infirmières elles-mêmes » (traduction libre de Jarrin, 2006, p. 77). Les problèmes de gestion sont, du point de vue des participantes, les éléments les plus lourds à porter pour les infirmières dans cadre de leur travail et provoquent de grandes injustices et de grandes marques d'irrespect à leur endroit. Le fait qu'elles ne soient jamais consultées lorsque des décisions qui les affectent sont prises, mais également cette impression que les gestionnaires sont plus intéressés à faire des économies qu'à leur permettre de bien soigner les patients ont été soulignés par les infirmières participantes. La fâcheuse tendance des infirmières à faire porter le blâme à leurs propres collègues lorsqu'un problème survient et le peu de soutien qu'elles s'offrent mutuellement ont aussi été mis en lumière dans le cadre de cette étude émancipatrice. Parmi les témoignages positifs, nombre de participantes ont révélé que la plupart des médecins traitaient les infirmières avec respect.

À la seconde question de recherche : « quels changements vous aideraient à exercer à titre d'infirmière dans le sens que vous souhaiteriez que s'articule votre pratique? » (traduction libre de Jarrin, 2006, p. 78), quatre thèmes sont ressortis des analyses de Jarrin. Pour ce qui est du premier de ces thèmes : « demander à ce que les priorités infirmières soient prises en compte » (traduction libre, p. 78), la plupart des groupes ont décrit comment les plans de soins établis selon le modèle médical ne tiennent pas compte des soins infirmiers. Le lourd fardeau de tâches qui prend toujours racine dans les priorités administratives plutôt que dans les priorités des patients a également été souligné par la majorité des groupes de discussion. Dans l'ensemble, à titre de changement permettant la prise en compte de leurs priorités, les infirmières participantes ont dit souhaiter bénéficier de plus de temps pour soigner et qu'une attention plus grande soit portée à la guérison et aux soins holistiques des patients. Quant au deuxième thème, « l'obtention des ressources nécessaires à leur travail » (traduction libre, p. 78), les participantes de tous les groupes ont élaboré sur le manque de ressources, notamment le manque de ressources humaines et matérielles dans les milieux. En ce qui a trait aux changements souhaités, on recense le désir de pouvoir travailler dans un environnement sécuritaire où les infirmières s'y trouvent en nombre suffisant et disposent des ressources dont

elles ont besoin pour faire leur travail. Pour que ces ressources soient mises à leur disposition, les groupes en sont arrivés à la conclusion que les infirmières doivent identifier leurs besoins, prendre position en communiquant ces besoins et croire fermement qu'elles méritent qu'on tienne compte de ces besoins.

Relativement au troisième thème associé à la deuxième question de recherche de Chinn (2003), « gagner notre propre respect et celui des autres » (traduction libre de Jarrin, 2006, p. 78), Jarrin souligne que les participantes ont souhaité que de meilleurs salaires et une plus grande reconnaissance soient conférés aux infirmières soignantes, mais qu'elles ont surtout formulé le souhait d'être entendues, d'être prises en charge de façon plus concrète dans le cadre de leur travail et d'être partie prenante à la prise de décision au sein des organisations où elles exercent. Certains groupes ont élevé d'un cran la réflexion, en avançant que les infirmières ne peuvent compter que sur elles-mêmes pour provoquer les changements désirés, qu'elles doivent prendre leurs responsabilités et agir par elles-mêmes sans attendre que les institutions ou les bureaucraties montrent leur capacité à prendre soin d'elles et à les respecter. Quant au quatrième et dernier thème lié à la seconde question de recherche, « trouver notre voix, notre identité » (traduction libre de Jarrin, p. 79), les infirmières qui ont participé à cette étude ont souligné l'importance de mieux faire connaître le travail des infirmières au grand public et ont souhaité que l'opinion des infirmières soit prise en compte dans l'élaboration des politiques de santé qui affectent tant les patients que les infirmières elles-mêmes. L'unification des voies d'entrée à la profession a également été soulevée par les participantes, sans que Jarrin ne précise exactement le contexte de cette proposition qui, on peut le supposer, serait susceptible d'amener les infirmières à se sentir davantage unies et à développer un plus grand sentiment d'appartenance, tout en contribuant à la clarification de l'*identité infirmière*. Quoiqu'il en soit, plusieurs groupes ont fait valoir la pertinence de l'*engagement* des infirmières, et ce, tant au sein d'organisations professionnelles que syndicales, les amenant à unir leurs forces et à être entendues.

Bien que Chinn (2003) souligne que les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à toutes les infirmières, nous croyons que les infirmières québécoises vivent certaines expériences apparentées à celles décrites dans le cadre de cette étude. De même,

nous estimons que les perceptions des infirmières québécoises face à ces expériences présentent des similitudes avec celles qui ont été rapportées dans l'analyse de Jarrin (2006). Nous retenons notamment de cette étude émancipatrice qu'elle aura provoqué des questionnements chez les infirmières participantes quant à certaines modalités de transformation du *statu quo*. De ce point de vue, Chinn nous offre ainsi de solides résultats sur lesquels appuyer des comparaisons fécondes avec les résultats des première et deuxième questions de recherche de la présente étude.

Jacobs, Fontana, Kehoe, Matarese et Chinn

Parmi les études émancipatrices que nous avons recensées, l'étude états-unienne de Jacobs et coll. (2005) est probablement celle qui présente le plus d'affinités avec la nôtre. Bien que Chinn cosigne l'étude, cette dernière se distingue de celle que nous exposons ci-dessus en ce qu'elle aborde l'exploration et la description des actions individuelles et collectives qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser la transformation de l'exercice de la profession infirmière. Elle présente de la sorte une affinité certaine avec notre troisième question de recherche. S'inscrivant dans une perspective féministe, cette étude au devis émancipateur avait pour but d'explorer les perceptions des infirmières en regard de leur vie au travail et de décrire le processus leur permettant d'instaurer des changements relatifs aux circonstances dans lesquelles elles évoluent. Dans un élan similaire au nôtre, ces chercheuses ont misé sur les groupes de discussion⁴⁰ pour mener à bien leur projet de recherche. Leur approche se distingue toutefois de la nôtre du fait, notamment, qu'elles ont recruté des infirmières n'étant pas spécialement engagées d'un point de vue politique. De plus, seules des femmes ont été appelées à former leur échantillon⁴¹, avec le double objectif explicite d'explorer le processus

⁴⁰ Notons, par contre, que ces chercheuses ont rencontré les groupes à toutes les semaines sur une période de six à dix semaines, ce qui, à notre avis, donne une grande force émancipatrice à cette étude. Il convient par ailleurs de noter que les chercheuses n'ont pas procédé à des entrevues individuelles de façon, notamment, à aborder des sujets plus délicats qu'une certaine intimité rend plus faciles d'approche.

⁴¹ Comme l'effectif infirmier est composé d'hommes même s'ils demeurent minoritaires, pour notre part nous nous sommes assurés de recueillir leur point de vue, cela est également en accord avec la perspective postmoderne dans laquelle nous nous inscrivons qui propose une épistémologie qui favorise les échanges impurs et s'éloigne des représentations totalisantes et classifications homogénéisantes (Oprea, 2008). Si Jacobs et coll. (2005) soulignent que leur projet de recherche s'inscrit dans une perspective féministe émancipatrice, il apparaît selon nous que ce choix épistémologique serait plus en accord avec une perspective féministe radicale qu'avec une perspective féministe postmoderne par exemple.

de changement chez les femmes et d'éliminer dans le cadre de cette étude les inégalités entre les sexes pouvant agir comme un facteur de confusion⁴².

Les résultats de cette étude peuvent être regroupés sous six thèmes différents. D'abord, le « manque de contrôle » (traduction libre de Jacobs & coll., 2005, p. 10) des infirmières face à leur propre profession fut rapporté au sein de tous les groupes de discussion et constitue le thème dominant. Bien qu'elles s'estiment capables de donner des soins de qualité, les infirmières ont l'impression de ne pouvoir *mettre un terme* à ce qu'elles considèrent comme la détérioration des soins donnés aux patients, notamment en raison des contraintes associées à leur environnement de travail, qui sont telles qu'elles les en empêchent. Les infirmières participantes se sont également demandées pourquoi les orientations liées à ce qu'elles ont le droit de faire et de ne pas faire dans l'exercice de leur profession sont dictées par des personnes nécessairement extérieures à leur propre groupe. Jacobs et coll. soulignent également que, dans le cadre de cette étude émancipatrice, les infirmières se sont rendues compte qu'elles sont contrôlées par de puissantes forces extérieures et que, dans la foulée de cette prise de conscience, elles ont initié une démarche leur permettant d'identifier ceux qui les contrôlent. Un deuxième thème, « la dévaluation des infirmières et le manque de respect à leur égard » (traduction libre, p. 10), a émergé des données recueillies. Les participantes ont indiqué avoir l'impression que leur travail demeure invisible au sein de la société, d'où le sentiment d'une faible valorisation en tant que personne y évoluant. Des participantes ont énoncé, à titre de représentation symbolique de cette situation d'invisibilité, avoir l'impression qu'elles sont littéralement *ensevelies, enterrées* dans le sable et que, bien qu'elles se débattent sans relâche pour s'extirper de cette situation, leur lutte ne les amène qu'à s'enfoncer davantage, comme dans des sables mouvants. Les infirmières participantes ont également révélé que les tensions et le stress qu'elles vivent au quotidien les portent à se percevoir elles-mêmes comme des *élastiques étirés de toutes parts*, qui sont sur le point de céder, et ont retenu le thème de « l'hyperextension » (traduction libre, p. 11) pour décrire le phénomène. Tant l'administration, les patients, que les pairs concourraient à cette hyperextension de

⁴² Cet argumentaire nous apparaît incohérent avec le paradigme de recherche dans lequel cette étude s'inscrit.

l'infirmière. Cela étant, les impératifs économiques et la réduction des effectifs infirmiers au sein des milieux de soins demeurent, pour les infirmières participantes, les causes principales de ce phénomène.

Le thème de la « fragmentation/frustration » (traduction libre de Jacobs & coll., 2005, p. 11) a également fait surface dans le cadre de cette étude. S'agissant de la frustration, les infirmières ont raconté leur sentiment d'exercer constamment dans une course contre la montre et, à l'instar des constats relevés dans l'étude de Chinn (2003), ont souligné le fait que le système dans lequel elles évoluent ne semble faire que peu de cas des priorités des infirmières. En continuité, tous les groupes de discussion ont conclu à une *fragmentation* des infirmières, jugée préjudiciable à leur regroupement comme force des milieux de soins, laquelle toutefois comporte une contrepartie positive dans la « diversité professionnelle » (traduction libre de Jacobs & coll., p. 11) dont elles soulignent qu'elle les caractérise comme groupe. Elles ont exprimé le souhait d'en apprendre plus sur ce que font leurs collègues et ont précisé que les infirmières ont *besoin de s'engager* les unes envers les autres. De ce consensus, un dernier thème est ressorti : la « solidarité » (traduction libre, p. 11). Parmi les témoignages les plus instructifs de cette thématique figure celui d'une infirmière ayant admis ressentir de la jalousie face à l'esprit d'équipe régnant au sein du département d'oncologie du CH où elle exerce. Au fil des rencontres de groupe, celle-ci en est venue à réaliser qu'elle et ses collègues de l'urgence avaient pourtant la *possibilité* de créer, elles aussi, un sentiment de communauté fort au sein de leur unité et que s'en remettre à l'initiative de l'établissement pour y arriver les conduisait à *abdiquer leur responsabilité* d'y favoriser *d'elles-mêmes et pour elles-mêmes* une plus grande solidarité.

Le processus réflexif dans lequel se sont immergées les infirmières qui ont participé à cette étude a également permis d'isoler cinq thèmes émancipateurs⁴³, qui se révèlent structurants en regard de notre projet de recherche et, plus particulièrement, en ce qui a trait à notre troisième question de recherche. « L'élargissement du spectre des intérêts infirmiers »

⁴³ Les idées regroupées sous certains de ces thèmes relèvent souvent du domaine de la résolution de problèmes fonctionnels sans qu'elles soient forcément émancipatrices. Nous avons tout de même choisi de présenter ces idées, puisque les études qui ont permis de répertorier ce type de données sont très rares et qu'elles demeurent néanmoins dans le spectre de notre conceptualisation de l'émancipation.

(traduction libre de Jacobs & coll., 2005, p. 12) constitue l'un de ces thèmes émancipateurs. Du point de vue des participantes, il apparaît, par exemple, important que les infirmières ne s'attardent pas uniquement aux éléments qui sont relatifs aux soins, mais s'intéressent davantage aux contextes sociopolitiques qui les influencent directement. Le fait « d'accroître la visibilité des infirmières » (traduction libre, p. 12) est aussi ressorti comme un thème émancipateur. Les participantes ont entre autres souligné l'importance de faire connaître les expériences vécues des infirmières par l'entremise des médias, mais également par le bouche-à-oreille. Une participante a également suggéré la création d'une série littéraire qui susciterait l'intérêt des jeunes – un peu à la manière de la série *Harry Potter* – et qui les initierait à toute la « magie » rattachée à la profession infirmière et à l'éventail de ses aspects positifs. Autre thème émancipateur, « des infirmières qui prennent soin d'autres infirmières » (traduction libre, p. 12) est ressorti des groupes de discussion sous la forme d'une multitude de mécanismes, tant formels qu'informels, qui favoriseraient le soutien mutuel entre infirmières tout en faisant face aux facteurs de stress inhérents à la profession. La création d'équipes au sein desquelles infirmières expertes et novices évolueraient conjointement figure parmi les mécanismes suggérés par des participantes. Un autre thème émancipateur de cette étude consiste en « l'expansion de l'engagement des infirmières dans toutes les sphères des soins de santé » (traduction libre, p. 12). Sur cette question, des participantes ont suggéré que des infirmières fassent partie de l'équipe des ressources humaines et que la présence d'infirmières soignantes serait d'une grande utilité lors d'entrevues d'embauche. Un dernier thème émancipateur, « le fait de valoriser davantage les infirmières » (traduction libre, p. 12) s'impose enfin à partir des données recueillies. Des suggestions diversifiées sont liées à ce thème : la possibilité de rémunérer convenablement les infirmières qui possèdent une expertise particulière; l'amélioration des mécanismes de communication entre le personnel et le corps administratif; l'attention toute particulière méritant d'être portée aux besoins psychologiques et émotionnels des infirmières.

Les infirmières ayant participé à cette étude ont été à même de *s'affirmer*, de *dénoncer* les circonstances dans lesquelles elles évoluent et de *revendiquer* des changements relatifs à ces circonstances, ce qui, en soi, présente une portée émancipatrice certaine. Grâce au

dialogue instauré au sein des groupes de discussion et au partage de codifications permettant l'émergence de thèmes, les infirmières participantes ont pu remettre en question le *statu quo* infirmier et élever leur conscience au-dessus du tumulte quotidien de la profession pour s'attarder à certaines réflexions critiques. Ces infirmières se sont elles-mêmes perçues comme étant *capables de transformer* une situation désavantageuse du point de vue de l'exercice de la profession infirmière, et ce, tant par leur *jugement critique* que par leur *créativité*. Selon Jacobs et coll. (2005), ce simple fait les a rendues plus *libres*, plus disposées à s'émanciper des contraintes imposées par un système de santé dominé par une sacrosainte économie.

Rose et Glass

S'inspirant elles aussi d'une épistémologie féministe, Rose et Glass (2008a, 2008b, 2009a, 2009b) ont mis en place une étude qualitative à partir d'une approche émancipatrice qui leur a permis de donner une voix à des infirmières australiennes de santé communautaire œuvrant en soins palliatifs, et ce, en mettant un accent tout particulier sur le lien essentiel existant entre le bien-être émotionnel de ces infirmières et la façon dont s'articule leur pratique professionnelle. Bien que ces infirmières soignantes n'exerçaient pas en CH, nous croyons que les résultats de cette étude émancipatrice s'avèrent particulièrement pertinents pour notre projet de recherche. Par ailleurs, plusieurs de ces résultats seraient, à notre avis, transférables à la réalité des CH.

Les infirmières ayant participé à cette étude émancipatrice par le biais d'entrevues individuelles ont signalé de nombreux problèmes associés à leurs conditions d'exercice et de façon plus marquée par rapport aux milieux de soins dans lesquels elles travaillent qui, à leur avis, ont une influence considérable sur leur bien-être émotionnel. La surcharge de travail et le manque de ressources humaines et financières ont été évoqués à de nombreuses reprises. Comme le mentionne Haley, une de ces infirmières, « nous travaillons en sous-effectif tout le temps : il est très difficile de prendre soin de soi en ayant à accomplir tout ce qu'on nous demande de faire » (traduction libre de Rose & Glass, 2009b, p. 1410). Les chercheuses précisent d'ailleurs que le terme « frustration », qui avait été identifié comme thème pour l'étude de Jacobs et coll. (2005), a souvent été employé par les infirmières dans le cadre de

cette étude, et ce, plus précisément en lien avec le manque de financement et de personnel au sein des milieux de soins, mais également en lien avec les problèmes de communication interpersonnelle vécus par les infirmières (Rose & Glass, 2008b). Les infirmières ont fait référence à des interactions avec des médecins condescendants et méprisants d'une façon beaucoup plus marquée que ce qui a été rapporté dans le cadre de l'étude de Chinn (2003). Parmi les situations portées à l'attention des chercheuses, signalons ce témoignage où le rejet, par un médecin, du jugement clinique d'une infirmière a entraîné des répercussions négatives qui auraient pu être évitées chez un patient. Rose et Glass (2009b) précisent que les infirmières croient généralement que, dans nombre de situations, les médecins mettent leur ego et la façon dont ils sont perçus par les autres au-devant des intérêts des patients, ce qui les « consterne », littéralement.

Les relations de pouvoir et de contrôle – les aspects politiques qui prennent place au sein des milieux de soins – préoccupaient clairement les infirmières qui ont participé à cette étude. Les chercheuses indiquent que ce ne sont pas toutes les infirmières qui sont prêtes à exprimer ouvertement leurs préoccupations au sein de la culture oppressante de ces milieux de travail, par peur de représailles. Elles s'expliquent ce phénomène par la marginalisation induite tant par leur statut de femme que par leur statut d'infirmière. Selon les chercheuses, les aspects politiques du soin, plus spécifiquement relatif aux milieux où exercent les infirmières, ont un impact négatif avéré sur leur bien-être émotionnel. Ces dimensions politiques seraient rattachées à des actions destructrices déployées par les organisations, ainsi qu'à des comportements de blocage chez certains individus, qui ont été identifiés par les participantes comme incompatibles avec la prestation « équitable » de soins. Comme le souligne la participante Rosemary, « ce sont ces aspects politiques qui nous drainent, ce ne sont pas les patients : ce sont ces petites guerres de pouvoir avec tout le monde... Je trouve ça difficile » (traduction libre de Rose & Glass, 2009b, p. 343). L'intimidation et la violence qui règnent au sein des milieux de soins ont été signalées par certaines participantes. Il en est de même du lien de causalité entre le stress vécu par les infirmières et leur propension à l'épuisement professionnel. Toutes les infirmières ayant participé à cette étude ont également souligné le peu de supervision offert dans le cadre de leur exercice professionnel, plusieurs d'entre elles

ayant mentionné le manque de reconnaissance des institutions de santé à l'égard du travail des infirmières.

Les résultats de cette étude démontrent que les infirmières participantes ont développé des stratégies d'autosoins et d'*empowerment* leur permettant d'atteindre un plus grand bien-être, un constat des plus intéressants en lien avec la présente thèse. Sur la question plus spécifique des stratégies d'*empowerment* développées, l'affirmation de soi, le fait de développer leur assurance et de valider leurs expériences vécues, notamment auprès de collègues, ont été identifiés comme ayant été salutaires. Certaines participantes ont également souligné avoir mis à profit le programme d'assistance des employés, tout en précisant qu'elles l'avaient fait de façon à résoudre des conflits au sein du milieu de travail et non en lien avec les soins palliatifs qu'elles dispensent.

Dans le cadre de cette étude, les chercheuses en arrivent à la conclusion que les infirmières devraient prendre davantage soin d'elles-mêmes, et ce, de façon à mieux prendre soin des patients. Pour ce faire, elles ont un rôle effectif à jouer relativement à leur propre bien-être, ce qui n'enlève rien à la responsabilité des organisations de prendre soin de leur personnel. L'argumentaire présenté par Rose et Glass (2008b) justifiant l'intérêt des organisations de soins de santé de prendre davantage soin de leur personnel s'appuie essentiellement sur les gains que cela engendrait pour les patients. Dans le même sens que nous l'avons souligné préalablement, nous estimons que l'exacerbation du seul bien-être des infirmières devrait être suffisante pour amener les organisations à changer leurs pratiques dans le sens des recommandations émises par ces chercheuses. Nous déplorons, certes, l'utilisation de ce type d'argumentaire, mais croyons, sans avoir la possibilité de le confirmer, que Rose et Glass n'ont malheureusement eu d'autre choix que d'adopter le discours de ces organisations, sans quoi elles ne n'auraient probablement pas été entendues. Le bien-être des infirmières ayant vraisemblablement moins d'importance que celui des patients aux yeux des organisations, ce type d'argumentaire devient, à notre avis, difficile à éluder.

Nonobstant ces réserves, nous notons que, selon ces chercheuses, une plus grande *collaboration* doit notamment régner entre les infirmières qui œuvrent en santé communautaire et les organisations au sein desquelles elles exercent. Ainsi, ces organisations

doivent impérativement se mettre à l'écoute des infirmières, ce qui ne serait pas le cas actuellement. Selon Rose et Glass (2008b), ce qui se passe au sein des organisations de santé communautaire a été admirablement décrit par Lee, une participante de l'étude :

Il y a une stigmatisation et je n'en démords pas, quoi qu'on en dise. Je crois qu'elle est ainsi perceptible... « ne montrez surtout pas votre niveau de détresse, supportez-vous une l'autre et assurez-vous d'être fonctionnelles »... Ce que nous faisons c'est de mettre un couvercle sur la marmite, mais en définitive, pour nous toutes, les problèmes ne tardent pas à se manifester (traduction libre de Rose et Glass, p. 346).

D'après les chercheuses, les infirmières doivent ainsi s'appuyer sur les résultats de cette étude, de façon à créer de nouvelles occasions d'émancipation face aux contraintes vécues, le tout favorisant leur bien-être.

MacLoed et Zimmer

MacLoed et Zimmer (2005) ont mis sur pied un projet de recherche-action de type interprétatif, une étude émancipatrice qui avait pour but l'élaboration d'un plan d'action permettant d'aboutir à des changements relatifs à la pratique des infirmières participantes. Ces changements devaient, en grande partie, être portés par les 24 infirmières exerçant au sein de trois petits CH ruraux de la Colombie-Britannique qui composaient l'échantillon. Conjointement avec des infirmières participantes, MacLoed a élaboré trois questions de recherche destinées à l'investigation des significations de l'exercice de leur pratique auprès d'une population diverse, ce qui facilite ou entrave cette pratique ainsi que les stratégies susceptibles d'être efficaces pour accroître la « flexibilité » et la « réactivité » de la pratique des infirmières dans de petits CH. Même si nous avons choisi de ne pas miser sur la recherche-action à titre de méthode pour notre étude, nous croyons que celle de MacLoed et Zimmer apporte un éclairage pertinent à notre projet de recherche, et ce, notamment parce qu'elle a été réalisée en CH. En effet, des infirmières soignantes exerçant dans de petits CH ruraux un peu partout au Québec font partie de notre échantillon de recherche. Cette étude nous permet de mieux comprendre leur réalité, notamment en ce qui a trait à leur capacité d'agir pour ébranler le *statu quo* hospitalier. Les infirmières ayant participé à cette étude ont également fait

connaître leurs souhaits relativement au développement de leur pratique professionnelle. Ainsi, elles ont statué quant aux conditions dans lesquelles elles souhaiteraient exercer, cet exercice convergeant avec notre deuxième question de recherche et nous a donné, ici encore, un avant-goût des résultats auxquels nous pouvions nous attendre à ce sujet.

Dans le cadre de cette étude, les participantes ont identifié quatre facteurs pouvant faciliter ou entraver le développement de leur pratique à titre d'infirmière : le travail d'équipe, le soutien dans la prise de décision, la formation ainsi que le soutien administratif et clinique. En ce qui a trait au travail d'équipe, les participantes ont rapporté nombre de situations dans lesquelles elles ont perçu un manque de respect à l'égard des infirmières. Elles ont avancé différentes raisons expliquant les difficultés rencontrées dans le cadre plus spécifique du travail qu'elles effectuent en collaboration avec les médecins, dont le roulement incessant du personnel au sein des unités de soins des CH, le roulement des médecins, mais également celui des infirmières. Tous ces éléments minent la possibilité que chacune puisse mieux se connaître et, ainsi, développer une certaine confiance en l'autre et en son jugement clinique. Les *statuts* différents qui sont conférés aux médecins et aux infirmières à l'extérieur de l'hôpital, au sein de la communauté, ont également été identifiés par les infirmières participantes comme contribuant à ces difficultés. À titre de facteur entravant le développement de leur pratique professionnelle, les infirmières participantes ont de plus identifié le manque de soutien, notamment par le recours à des protocoles préétablis, lorsqu'elles doivent initier des traitements mineurs en l'absence du médecin. D'après elles, ce peu de soutien et ce flou protocolaire entraînent un manque de constance, une trop grande variabilité dans la façon dont chaque infirmière est appelée à intervenir auprès des patients, ce qui engendre des conflits entre infirmières et médecins, mais également entre infirmières. Sur la question de la formation, les infirmières qui exerçaient toutes au sein de petits CH ruraux ont souligné qu'elles aimeraient avoir la possibilité de quitter sporadiquement leur milieu, de façon à bénéficier de formations offertes dans des CH régionaux ou provinciaux. D'une importance encore plus grande à leurs yeux, elles ont mentionné la nécessité d'obtenir du soutien et de l'encouragement lorsqu'elles utilisent les savoirs qui leur sont propres et qu'elles tentent de les incorporer à l'exercice de leur profession. Comme facteur facilitant le développement de leur

pratique professionnelle, les participantes ont aussi manifesté le souhait de bénéficier d'un plus grand soutien administratif et clinique. Le fait d'être encadrées par une personne ayant un grand *leadership* clinique et avec laquelle elles auraient la possibilité de travailler directement sur le terrain est apparu aux yeux des chercheuses comme un des éléments les plus importants au registre des préoccupations des participantes.

A priori, les chercheuses s'attendaient à ce que cette étude émancipatrice amène les infirmières participantes à appréhender leur pratique professionnelle et leurs expériences vécues au travail sous un nouvel angle. Elles s'attendaient à ce que l'exercice les conscientiserait d'une certaine manière et que, par conséquent, elles s'engageraient concrètement dans des actions permettant de remédier, ne serait-ce qu'en partie, les problèmes qu'elles avaient signifiés, pour ainsi tendre vers ce qui leur apparaissaient souhaitable. Pourtant, d'après MacLoed et Zimmer (2005), même si dans le cours de cette étude les infirmières participantes ont effectivement atteint un niveau de conscientisation pouvant mener à l'action, qu'elles s'attendaient à devoir agir concrètement dans le cadre de cette recherche-action et qu'elles étaient prêtes à le faire, elles auraient toutes rapidement changé d'avis à partir du moment où elles ont commencé à percevoir les problèmes prioritaires qu'elles avaient identifiés comme étant d'ordre organisationnel et structurel, des champs d'intervention sur lesquels elles n'avaient pas d'influence directe. Ces infirmières ont d'ailleurs toutes systématiquement refusé de mettre en place des actions et même de tester différentes stratégies qui auraient pu favoriser l'atteinte de certains objectifs qu'elles avaient elles-mêmes enchâssés dans la finalité de cette étude.

Différentes raisons permettant d'expliquer ce phénomène ont été avancées par les chercheuses. Le fait que plusieurs des participantes, dont certaines étaient des *leaders* informels au sein de leur milieu, aient, par le passé essayé de corriger des situations d'ordres organisationnel et structurel, et ce, sans succès, les aurait amenées à ne plus croire en leur capacité d'initier, à titre d'infirmières, des changements susceptibles de perdurer à long terme. Le caractère rural des petits CH au sein desquels exerçaient les infirmières participantes aurait également eu une grande influence sur leur refus d'agir. En effet, d'après les chercheuses, les infirmières qui exercent dans ces petits CH ruraux peuvent subir d'énormes répercussions, par

exemple, à titre de voisin et de membre d'une petite communauté, si elles mettent en place les actions nécessaires à l'avènement de changements organisationnels et structuraux. Ainsi, des actions que l'on pourrait qualifier de *prudentes*, des actions qui apparaissent comme étant sans danger selon les infirmières qui exercent dans de plus grands CH, peuvent paraître risquées pour les infirmières évoluant en milieu rural. Les gains qu'elles entrevoient à la suite d'actions qu'elles prévoient entreprendre doivent être considérables, sans quoi elles ne se risqueront pas à agir. Comme le soulignent les chercheuses, ces infirmières ont beaucoup plus à perdre que leur emploi, de là leur grande retenue dans l'établissement de leur priorité d'action.

Considérant le refus des participantes d'agir par elles-mêmes pour transformer certaines situations intenable, et considérant le moindre risque d'agir encouru par les chercheuses, les participantes à cette recherche-action ont demandé aux chercheuses de parler en leur nom et d'essayer de faire changer les choses au sein de leurs milieux respectifs, convaincues que leur voix serait mieux reçue et mieux entendue par l'intermédiaire des chercheuses. Ces dernières ont acquiescé à cette demande. Si MacLoed et Zimmer (2005) croient que les infirmières participantes ont atteint un niveau de conscience plus élevé dans le cadre de cette étude, elles refusent tout de même d'affirmer que les infirmières participantes se sont émancipées ou qu'elles ont atteint un plus grand niveau d'*empowerment*, principalement parce qu'elles ont *refusé d'agir par elles-mêmes* pour mettre fin aux contraintes et à l'oppression qu'elles vivaient.

Ce survol des études émancipatrices issues de la discipline infirmière nous inspire quelques grands constats balisant notre étude. Certaines contraintes dominantes – parmi un ensemble plus vaste – caractérisent les conditions d'exercice des infirmières : la surcharge de travail, le manque récurrent de ressources humaines infirmières au sein des milieux de soins, le manque de contrôle sur leur propre profession ainsi que le manque de reconnaissance et de respect à l'égard des infirmières. Divers éléments relatifs à la façon dont elles souhaitent pratiquer, mais également certaines stratégies émancipatrices ou ouvrant la porte à la résolution de problèmes fonctionnels rencontrés au quotidien constituent des savoirs précieux, rares et, de la sorte, essentiels à l'élaboration de notre projet de recherche. Pouvoir, résistance et émancipation... Que ce soit à partir du champ des sciences sociales, de la philosophie ou

des sciences infirmières, l'articulation de cette triade dans l'espace politique que constitue le milieu des CH est, dans le sillage de notre recension des écrits, désormais bien installée et prête pour la mise à l'épreuve de nos questions de recherche.

Chapitre 3 : Considérations méthodologiques

Le troisième chapitre aborde la méthode sélectionnée pour décrire et bien saisir, à partir de la perspective d'infirmières soignantes politiquement engagées qui exercent dans les centres hospitaliers (CH), ce qu'il en est de l'exercice de la profession infirmière, la façon dont il serait souhaitable que cet exercice s'articule dans le futur, ainsi que les actions individuelles et collectives qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser la transformation de l'exercice infirmier contemporain dans ces milieux. Le devis de recherche, le positionnement épistémologique, les critères d'inclusion de l'échantillon, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participantes, le profil général des participantes, le milieu de l'étude, le déroulement général de la collecte des données, les techniques de collecte des données, la méthode d'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques y sont présentés.

3.1 - Devis de recherche

Un devis qualitatif avec analyse thématique a été privilégié pour mener à bien cette étude. Ce devis reconnaît la nécessité d'explorer et de mettre en valeur le point de vue des infirmières participantes sur ce qu'elles vivent au quotidien, sur ce qu'elles souhaitent voir advenir comme transformation des rapports sociaux au sein des CH et sur les modalités d'action nécessaires à une plus grande justice et à une plus grande équité dans l'exercice de leurs fonctions.

3.2 - Positionnement épistémologique

Le devis qualitatif adhère aux assises ontologiques et épistémologiques qui sous-tendent la théorie critique. Selon Guba et Lincoln (1998), la théorie critique s'appuie sur des préceptes ontologiques d'une réalité transformable et construite historiquement par différents facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques et de genres. Holmes (2001) précise qu'il s'agit d'une réalité « construite [...] incorporée dans les discours philosophiques, philanthropiques, idéologiques, théoriques et scientifiques, mais aussi dans les institutions sociales existantes à une époque donnée », comme cela est le cas au sein des institutions

hospitalières. Selon De Munk (2009), la théorie critique fait partie de l'architecture générale d'un programme de sociologie critique qu'il définit ainsi :

un programme de sociologie critique peut être composé sur trois bases distinctes : une base épistémologique, qui renvoie à son intention de décrire et d'expliquer le réel social; une base normative, qui renvoie à sa visée d'évaluation normative de la réalité; et une base de critique sociale, qui articule souffrance sociale et critique justifiée et débouche, sous certaines conditions, sur une action transformatrice (mouvements sociaux). Un programme de sociologie critique doit articuler ces trois bases de manière cohérente sans pour autant réduire l'une à l'autre (p. 3).

C'est Horkheimer qui baptisera, dès 1930, de « théorie critique », la substance théorique de l'École de Francfort⁴⁴ dont il fut l'un des fondateurs. Cette École s'attaquera surtout à la structure idéologique du capitalisme afin d'en saisir les rouages systémiques. À la suite de l'expérience des totalitarismes et de la montée du fascisme, la critique du capitalisme deviendra celle du rationalisme occidental qui, contrairement aux visées émancipatrices annoncées, aboutira à une objectivation totale du sujet moderne entièrement soumis à la rationalité instrumentale et également à une remise en question des courants naissants, dont l'idéalisme, la philosophie analytique, le positivisme logique et la phénoménologie.

C'est dans ce contexte historique et intellectuel qu'Horkheimer élabore sa réflexion sur les composantes épistémologiques de la théorie critique, dont certains paramètres seront résumés, dans cette section du chapitre 3, à partir de l'ouvrage classique d'Horkheimer intitulé *Théorie traditionnelle et théorie critique*, réédité en 1996. Selon Horkheimer (1996), la théorie traditionnelle qu'il associe à la science moderne est fondée sur le positivisme comme épistémologie de la vérité. Le positivisme, issue du cartésianisme, isole l'objet de recherche du tout auquel il appartient. En imitant les sciences de la nature et en prétendant à un « sentiment d'indépendance axiologique » (p. 141), les résultats positifs de la science moderne sont « un facteur d'autoconservation et de reproduction permanente de l'ordre établi » (p. 25). Non

⁴⁴ Selon Durand-Gasselín (2012), l'expression *théorie critique* désigne un certain type de théorie et non pas une théorie particulière. De même, les mots *École de Francfort* renvoient davantage à un projet qui s'est renouvelé au fil des générations plutôt qu'à une École définie dans le temps. Selon cet auteur, il est difficile de repérer les traits constitutifs de cette École, en raison des nombreux penseurs qui y ont contribué et de la variété et polarités respectives de leurs productions théoriques. Pour lui, de nombreux programmes critiques issus du projet d'Horkheimer auront été produits, témoignant de sa solidité et de sa pertinence.

seulement le positivisme apparaissait comme l'aboutissement d'un certain rationalisme moderne ignorant son enracinement social et la complexité des problèmes sociaux, mais il devenait le point d'aboutissement d'une raison réduite à ce qu' Horkheimer nommera la « raison instrumentale » (Durand-Gassel, 2012, p.185), laquelle est restreinte à la dimension intellectuelle de l'adaptation et de l'efficacité. La théorie traditionnelle se définit pour celui-ci par sa soumission à ce qui est, c'est-à-dire à une sorte de « puissance naturelle immuable, de destin transcendant à l'humanité » (Horkheimer, 1996, p.34), dans une société qui n'envisage, à aucun moment, la possibilité d'émancipation. Sur le plan épistémologique, Horkheimer associe ce mode de fonctionnement à une forme de « mécanisme naturel » (p. 67), notion centrale du déterminisme causal et probabiliste dans sa version positiviste, laquelle détermine la position des individus à titre de « simples spectateurs, comme participants impliqués passivement dans un immense devenir historique qu'il est peut-être possible de prévoir, mais non de dominer » (p. 68), dans cette société commandée par la seule logique capitaliste. Le possible est ainsi limité à la capacité de l'individu à se conformer aux exigences de la société appréhendée comme des « faits purs et simples » (p. 41). Dans cette ligne de pensée, le chercheur est réduit à un encodeur anonyme et apathique, privé de toute idiosyncrasie idéologique, puisqu'en rupture totale avec les problèmes de l'intentionnalité et des significations qui constituent la subjectivité humaine (Zima, 2005).

Dans *Théorie traditionnelle et théorie critique*, Horkheimer (1996) redéfinit la nécessité/liberté en mettant au jour la « portée critique » (p. 67) des événements sociaux comme pouvant être dominés par « ce que veulent les hommes » (p. 66), cela permettant le déploiement d'une liberté possible par la *raison*, une liberté qui n'existe pas encore. Il s'agit donc d'une conceptualisation ontologique différente de celle que l'on retrouve dans la théorie traditionnelle. D'une société composée d'êtres humains passifs et soumis à ce qui est caractéristique de la théorie traditionnelle, la théorie critique s'appuie sur une ontologie d'êtres *libres* ayant « toutes leurs possibilités » (p. 84), des êtres capables de faire des choix et de se réapproprier, dans le contexte des forces productives liées au travail, une « nouvelle organisation » (p. 41) de ce travail. Cette finalité est celle d'une transformation émancipatrice des processus sociaux conçus comme le résultat non seulement d'une praxis sociale, mais

également d'un présupposé fondamental : l'idée « de l'avenir dont la pensée critique se préoccupe » (p. 50). Le possible ne peut ainsi avoir de signification critique que s'il est saisi à partir d'une expérience sociale réelle, par les acteurs sociaux « de la plus profonde compréhension du présent » (p. 54). Si la théorie est essentielle à la connaissance, Horkheimer montre qu'elle peut rester figée dans l'histoire, c'est-à-dire dans l'idée d'une vérité permanente ou idéale qui peut devenir une « lamentable impuissance » (p. 42). La pensée critique est donc nécessaire pour mettre au jour une immanence du possible. Selon Horkheimer, le but de la critique réside dans la libération des hommes de leur asservissement à diverses conceptions et conduites proposées ou exigées par les institutions. Celui-ci insiste par ailleurs sur l'importance de réaliser un effort intellectuel, de façon à refuser ces modes d'action insidieux. Ainsi, l'examen des modes complexes de domination des individus à travers les relations sociales demeure encore aujourd'hui au cœur des différentes approches épistémologiques associées à la théorie critique. Cela implique que nous devions, dans le cadre de cette étude, adopter une posture d'intellectuel transformationnel (*transformative intellectual*) et d'activiste se portant à la défense des intérêts (*advocacy*) d'un groupe (Guba & Lincoln, 2005).

Au fil du temps, la théorie critique en arrivera à rejeter graduellement la demande d'une base scientifique critique ancrée dans ce que Bohman (2005) désigne comme une théorie à large spectre (*grand theory*), comme elle avait été pensée à l'origine, ce qui attirera la contestation. Honneth (2008) y voit, par surcroît, dans l'idée du possible pensé, quelque chose de l'idéalisme historique que la théorie cherchait au départ à écarter. Cette idée d'un accomplissement de la raison dans et par l'histoire s'inscrivait dans une perspective téléologique d'un sens de l'histoire permettant d'envisager le présent à partir d'une fin pensée comme devant se réaliser, thèse d'une autoréalisation de la raison dans l'histoire, telle qu'élaborée par Hegel. Selon Honneth (2000), le possible élaboré par l'exercice de la pensée critique des acteurs dans une structure de la praxis sociale, tel que défini par Horkheimer (1996), ne permettait pas vraiment de situer les lieux et les assises du potentiel émancipateur. D'après Honneth (2008), le possible ne réside pas tant au sein du travail productif, mais bien dans l'action communicationnelle, telle qu'initialement décrite par Habermas (1987a, 1987b).

C'est pourquoi Honneth (2008) propose de penser le modèle du possible dans ce qu'il nomme *le modèle d'une lutte pour la reconnaissance*. La pensée issue de la théorie critique a le mérite de nous proposer la nécessité de recourir à la philosophie et aux sciences sociales et politiques, afin de dresser un diagnostic du présent et de ce qui pose un obstacle aux pratiques émancipatrices. Même si le programme initial de la théorie critique de l'École de Francfort ne mériterait plus d'être développé dans le cadre d'une seule théorie – entre autres, parce que la réalité contemporaine est devenue trop complexe et qu'elle est aussi susceptible de changer très rapidement (Honneth) –, l'héritage de la théorie critique a généré le fourmillement d'une multitude de théories et de mouvements qui y sont inextricablement connectés, comme le postmodernisme, le féminisme, le poststructuralisme et le postcolonialisme.

Le devis qualitatif utilisé pour mener à bien cette thèse s'est articulé avec le cadre théorique⁴⁵ et l'approche méthodologique postmoderniste⁴⁶ proposés par Boisvert (1997), qui préconisent une approche critique et interprétative permettant, à partir de la diversité et de la complexité des expériences recueillies, la juxtaposition de différentes théories – postmoderniste, poststructuraliste, postcolonialiste, féministe et autres – de façon à multiplier les interprétations possibles. L'analyse postmoderniste de Boisvert ne constitue pas une approche proposant de partir d'hypothèses théoriques pour les tester et les valider. Elle facilite plutôt la compréhension des phénomènes sociopolitiques complexes, notamment parce qu'elle permet de contrecarrer le déphasage méthodologique d'instruments d'analyse qui n'ont pas été conçus pour saisir un monde en plein bouleversement, en pleine mutation, tel le monde contemporain dans lequel les infirmières soignantes évoluent. Épistémologiquement parlant, l'analyse postmoderniste proposée par Boisvert postule le rejet de la certitude théorique, la mort du « fantasme de l'expert » (p. 78) qui, par l'imposition de son savoir, devient l'instigateur de réalisations détachées de la réalité des acteurs. Elle préconise plutôt le statut

⁴⁵ Comme décrit dans le premier chapitre de cette thèse.

⁴⁶ Le postmodernisme, a été, et est encore aujourd'hui, associé à une diversité de significations, qui peuvent être résumées comme suit : une période chronologique, un style particulier en art contemporain, en architecture ou en littérature, une propriété conférée à la structure sociale, un changement dans les valeurs de certaines sociétés, ainsi qu'une façon spécifique de penser et de théoriser en ce qui a trait au langage, au savoir, ou à l'identité (Heise, 2004). Malgré cette diversité manifeste, et nonobstant les attributs de *fourre-tout* dont il est souvent taxé, nous croyons, et ce, au même titre que Boisvert (2007), que le postmodernisme est un courant de pensée possédant des bases cohérentes et logiques qui s'articulent autour d'un schéma théorique et d'une conception particuliers du travail intellectuel.

égalitaire des diverses interprétations qui doivent toutes être considérées comme étant socialement utiles à la compréhension des phénomènes sociaux et politiques complexes. Elle encourage la confrontation des idées divergentes et embrasse la « multiplication des prises de paroles » (p. 85).

L'ouverture caractérisant l'épistémologie associée à l'analyse postmoderniste que nous avons mise à profit pour mener à bien notre projet de recherche nous a, par exemple, permis de juxtaposer des réflexions poststructuralistes et des interprétations issues de théories organisationnelles, de façon à favoriser l'émergence d'une logique tacite pouvant les lier. Nous avons également porté une attention particulière à une conceptualisation poststructuraliste de la réflexivité. Ce type de conceptualisation, qui s'inspire particulièrement des travaux de Foucault, nous a menés à considérer la réflexivité comme étant beaucoup plus qu'un simple concept de validité qualitatif où le chercheur se questionne quant à l'influence de sa propre subjectivité sur la qualité des résultats obtenus dans le cadre du processus de recherche (McCabe & Holmes, 2009). Nous avons ainsi conceptualisé la réflexivité comme un outil permettant l'atteinte d'un but émancipateur qui, lui, est intrinsèque à la recherche qualitative réalisée dans le paradigme de la théorie critique. Nous avons donc exploré la nature des relations de pouvoir qui ont pris place dans le cadre particulier de la recherche, de façon à mieux comprendre ce qui était susceptible de provoquer le rehaussement de la conscience sociale des sujets en lien avec l'objet de recherche, et ce, en accord avec les recommandations émises par McCabe et Holmes.

Nous avons aussi mis à profit les possibilités méthodologiques qu'offre le poststructuralisme, de façon à ébranler ce qui est considéré comme des *vérités* (Hardin, 2001), ce qui est actuellement *tenu pour acquis*, de façon à déconstruire les phénomènes complexes menant à la précarité des conditions de travail dans lesquelles les infirmières doivent présentement évoluer au sein du système de santé publique québécois. Cela nous a entre autres permis de mieux identifier par qui les choix menant à cette précarité ont été faits, à qui le statut de groupes *opprimés* (Roberts, 1983, 2000) *et dominés* (Collière, 1982 ; Paley, 2002) que l'on attribue aux infirmières profite majoritairement et pourquoi les actions qui ont consolidé ces conditions précaires ont historiquement été perpétuées (stratégie

épistémologique d'historicisation poststructuraliste). Comme le poststructuralisme postule un caractère politique intrinsèque à tout discours (Grant & Giddings, 2002), il est à noter que nous avons aussi porté une attention spéciale aux données obtenues lors des interviews, de façon à favoriser l'émission de recommandations concrètes permettant la consolidation d'un activisme infirmier plus efficacement déployé.

En conformité avec les préceptes ontologiques et épistémologiques de la théorie critique, nous avons utilisé une approche méthodologique qui conjugue les notions de dialogue, de dialectique et de praxis, comme le suggère la sociologie critique dans la conduite de toute recherche. Le chercheur désirant expliquer les choix qui sont effectués par les êtres humains se doit de faire le choix épistémologique de l'engagement personnel dans un dialogue avec ceux-ci et devrait s'investir dans une relation intersubjective profonde à caractère herméneutique, gouvernée par les principes d'une rationalité communicative (Braaten, 1991) et non instrumentale. D'un point de vue épistémologique, le positionnement paradigmatique auquel nous adhérons nous a mené, à titre de chercheur, à être lié de façon interactive à notre objet de recherche. Ainsi, nos valeurs ont inévitablement teinté le cours de la recherche. La dialectique est le questionnement des phénomènes par la démonstration de leur interdépendance, en particulier par rapport à l'ensemble social, de façon à en saisir les processus de développement incessants dans l'espace et dans le temps. La dialectique est essentiellement antidogmatique (Gurvitch, 1962). La notion de praxis est consubstantielle à celle de l'émancipation et constitue l'articulation nécessaire entre la théorie et la réalité, la connaissance et l'action, l'existence et la conscience, les faits et les valeurs. Selon Rioux (1978), « la théorie ne fait qu'élucider les mouvements du social-historique[;] la vérité n'est pas révélée par la théorie et ensuite appliquée au réel; c'est le réel, au contraire qui nourrit la théorie. Ce qui oblige l'analyse à déceler dans la réalité les mouvements, conduites et groupes qui sont porteurs de nouveauté et d'émancipation » (p. 59).

3.3 - Critères d'inclusion de l'échantillon

Les infirmières ayant participé à cette étude devaient répondre aux critères de sélection suivants : être infirmière⁴⁷ soignante, exercer au sein d'un CH à titre d'infirmière technicienne ou clinicienne, y être à l'emploi depuis au moins six mois, se considérer comme étant engagée politiquement, s'exprimer en français, se sentir confortables à s'exprimer sur le sujet à l'étude et avoir un intérêt à y participer. Afin d'atteindre une certaine hétérogénéité⁴⁸ de l'échantillon, nous avons cherché à recruter des infirmières issues de différents CH à travers le Québec et présentant divers niveaux d'expérience, tant au chapitre des années d'exercice cumulées qu'à ceux de formation acquise et de statut de poste. Nous avons également veillé à inclure des infirmières qui appartenaient à différentes générations et qui provenaient de divers groupes ethnoculturels. Quant au désir de recruter des infirmières politiquement engagées, il s'est naturellement imposé. En effet, nous assumions que de telles infirmières seraient plus conscientisées et mieux renseignées en ce qui a trait aux difficultés vécues par les infirmières soignantes, les prédisposant à interpréter de façon plus critique ce qui peut expliquer les maux et les contraintes du monde du travail infirmier. Nous posions comme hypothèse de travail que des infirmières engagées seraient mieux habilitées à prendre du recul par rapport à leurs propres convictions et à tenter de saisir la réalité dans sa complexité, tout en renonçant à des simplifications ou à des illusions confortables. Nous assumions également qu'elles seraient davantage en mesure de nous confier ce qu'elles avaient comme idées ou ce qu'elles avaient déjà mobilisé comme actions individuelles et collectives pour transformer l'exercice de leur profession.

En accord avec le cadre théorique postmoderniste proposé par Boisvert (1997), nous nous devions d'aborder notre objet d'étude de manière *internaliste*, c'est-à-dire à partir de la quotidienneté des infirmières, du caractère modeste et ordinaire de leur réalité, de façon à

⁴⁷ Les infirmières incluent les infirmiers tout au long de la présente thèse.

⁴⁸ Nous avons le désir de former un échantillon hétérogène pour avoir accès à une diversité de points de vue, et ce, en accord avec le cadre théorique postmoderniste élaboré par Boisvert (1997). Comme nous le verrons subséquemment, la composition des groupes de discussion doit toutefois se faire à travers une certaine homogénéité, de façon à en faciliter le déroulement. Pour tendre vers une plus grande hétérogénéité de l'échantillon, nous nous sommes donc assurés que les groupes soient hétérogènes les uns par rapport aux autres.

mieux saisir le monde qu'elles se représentent. En prenant en compte ces préceptes méthodologiques, il aurait ainsi été hasardeux de tenir pour acquise l'orientation normative de propos, d'explications, de critiques émises par des infirmières participantes n'exerçant aucunement à titre d'infirmières soignantes sur le terrain, et ce, même si elles avaient été très engagées à titre d'infirmières. Les infirmières que nous avons recrutées pour former notre échantillon se devaient donc d'exercer sur le terrain à titre d'*infirmières soignantes*. Dans l'éventualité où nous aurions recruté une majorité d'infirmières n'exerçant pas sur le terrain, nous aurions été dans l'obligation d'aller valider leurs dires auprès d'autres infirmières qui, elles, y exercent toujours⁴⁹. De plus, comme les infirmières soignantes qui exercent en CH représentent la plus grande partie de l'effectif infirmier au Québec, c'est expressément de leur réalité que nous voulions nous enquérir.

3.4 - Stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participantes

Nous avons utilisé une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné, connue sous le vocable « d'échantillonnage intentionnel » qui, d'après Maxwell (2005), est la stratégie d'échantillonnage privilégiée en recherche qualitative. Ce type de stratégie d'échantillonnage permet de sélectionner les personnes qui participeront potentiellement à l'étude à partir de critères précis, lesquels découlent des objectifs de la recherche et du jugement du chercheur dans le choix des participantes à sélectionner. Voici la façon dont nous avons procédé.

Une prise de contact avec les hauts dirigeants des deux principaux syndicats représentant la majorité des infirmières exerçant en CH au Québec, à savoir la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et la Confédération des syndicats nationaux (CSN)⁵⁰, a d'abord été effectuée par courriel pour les informer succinctement du projet de

⁴⁹ Précisons que nous avons accepté la présence d'une infirmière libérée à temps complet par son syndicat dans chacun des deux premiers groupes de discussion que nous avons réalisés, notamment parce que, dans le cadre de ces entrevues de groupe, leurs dires pouvaient rapidement être confirmés ou infirmés par d'autres infirmières qui, elles, exerçaient sur le terrain. Il est également à noter qu'avant d'être libérées à temps complet par leur syndicat, tant Édith (052EG1) que Lisa (057EG2) exerçaient en CH à titre d'infirmières soignantes.

⁵⁰ La FIQ est l'organisation syndicale qui représente la majorité des infirmières québécoises, comptant plus de 42 000 infirmières. Pour sa part, la CSN, représente plus de 8 000 infirmières à travers le Québec.

recherche et les solliciter pour une rencontre avec le chercheur. Par la suite, nous avons contacté ces personnes par téléphone, afin de les renseigner de façon plus exhaustive sur le projet de recherche et ses objectifs, sur la population infirmière visée, les critères de sélection de l'échantillon et des processus de recrutement et la collecte des données. Par la même occasion, il a été question de la contribution minimale attendue de ces différentes organisations, c'est-à-dire de nous permettre d'accéder aux listes des infirmières représentées, afin que nous puissions sélectionner des infirmières soignantes et, éventuellement, les inviter à participer à l'étude. Les hauts dirigeants de la CSN ont été les premiers à montrer un intérêt à collaborer avec nous. Les hauts dirigeants de la FIQ, qui étaient en pleine négociation avec la partie patronale au moment de notre prise de contact, n'ont pas tardé à nous signifier leur intérêt. Dans les jours qui ont suivi, nous avons d'abord été convoqués à une rencontre avec la vice-présidente responsable de la recherche et du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires à la Fédération de la santé et des services sociaux-CSN. Quelques jours plus tard, nous avons été invités à rencontrer la coordonnatrice du secteur vie syndicale et responsable de la logistique des instances à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ.

Ces deux personnes ont, à leur tour, reçu de l'information générale au sujet du projet de recherche et nous ont, par la suite, offert un support logistique qui a largement dépassé nos attentes. Elles nous ont permis de consulter les listes des infirmières représentées par leurs institutions syndicales respectives. Nous avons d'ailleurs été agréablement surpris de leur excellente connaissance de l'effectif infirmier qu'elles représentaient. Par la suite, il a été possible de constituer une banque d'informateurs clefs susceptibles d'identifier des infirmières reconnues par leurs pairs pour leur engagement politique, et leurs noms et coordonnées nous ont été transmis. Ces informateurs clefs étaient composés de responsables de la CSN et de la FIQ, de présidentes de syndicats d'établissements hospitaliers, ainsi que d'infirmières déléguées syndicales au sein même d'unités de soins. Les infirmières soignantes identifiées à partir de ce processus – qui n'étaient d'ailleurs pas nécessairement engagées dans leur

syndicat – ont ensuite été contactées par téléphone pour que nous puissions déterminer de façon plus précise si les critères de sélection s’appliquaient à chacune d’entre elles.

Après avoir bien validé auprès de ces participantes potentielles si elles répondaient bel et bien aux critères de sélection de l’échantillon, cette question leur était posée : vous considérez-vous comme étant engagée politiquement, comme exerçant, dans une certaine continuité, une action politique ou sociale quelconque en vue de changer les choses au sein de votre milieu de travail ou ailleurs, mais en lien avec la profession infirmière et les conditions d'exercice de la profession infirmière? De cette façon, nous avons pu confirmer si les candidates se considéraient elles-mêmes comme des infirmières soignantes politiquement engagées après avoir été identifiées comme telles par leurs pairs. Après avoir investigué plus en profondeur la teneur de leur engagement, nous avons validé leur intérêt à recevoir, que ce soit par courriel ou par la poste, le formulaire d’information et de consentement à l’étude (annexes 4 et 5), conçu à leur attention. Il est à noter que chacune d’entre elles bénéficiait de 72 heures ou plus de réflexion pour consentir à participer à cette étude. Le formulaire dûment signé fut récupéré auprès des infirmières participantes lors des entrevues individuelles et de groupe qui ont suivi.

Selon Morse et Richards (2002) et Patton (2002), il n’existe aucune règle formelle pour déterminer de façon exacte la taille d’un échantillon pour une étude qualitative. L’important est de sélectionner un échantillon permettant d’obtenir des données offrant le plus de richesse possible (Patton). Nous devons également tenir compte du contexte et de la disponibilité de chacune des participantes, de même que de l’échéancier prévu et des différentes stratégies de collecte de données. Comme nous le verrons plus en détail ultérieurement, nous avons opté pour des entrevues individuelles et des entrevues de groupe auprès de trois groupes de discussion (*focus groups*). Les participantes à ces trois groupes de discussion étaient distinctes de celles qui ont été interviewées individuellement. En accord avec les recommandations de Morse (2000) qui considère qu’il est préférable de surestimer l’échantillon plutôt que de le sous-estimer, et ce, de façon à permettre la collecte de l’ensemble des données nécessaires, nous avons prévu solliciter 23 infirmières soignantes pour les entrevues individuelles. Or, vu

la redondance des données recueillies, nous avons pris la décision de cesser le recrutement suite à l'entrevue auprès de la vingt-et-unième participante.

En ce qui a trait au nombre idéal de personnes pour la composition d'un groupe de discussion, les auteurs recensés rapportent différents points de vue. Pour Kitzinger (1995), la taille idéale pour des entrevues de groupes de discussion se situe entre quatre et huit personnes. Selon les recommandations de Morgan (1998), les groupes de six sont particulièrement indiqués lorsque le sujet abordé est complexe, qu'il soulève de nombreuses et vives interactions et que les personnes participantes se sentent personnellement et émotionnellement interpellées. Toujours en accord avec les recommandations de Morse (2000), qui estime qu'il est préférable de surestimer le nombre de personnes à recruter, il s'avérait raisonnable et prudent de solliciter sept participantes pour chacun des trois groupes de discussion que nous voulions mettre en place. Nous savions qu'il n'est pas rare de devoir conjuguer avec des imprévus de dernière minute et devons également prendre en considération la difficulté de réunir au même moment des infirmières soignantes qui exercent à différents quarts de travail et qui ont des horaires très chargés. Au final, six, sept et cinq infirmières soignantes politiquement engagées ont respectivement participé au premier, deuxième et troisième groupes de discussion. L'échantillon total pour cette étude était donc composé de 39 infirmières, dont 21 ont été interviewées individuellement et 18 en groupe.

3.5 - Profil général des participantes

Les infirmières soignantes⁵¹ politiquement engagées qui ont participé à cette étude étaient âgées de 23 à 68 ans et la moyenne d'âge de celles-ci était de 39 ans, se situant à un niveau inférieur à la moyenne provinciale (OIIQ, 2014b). Une majorité de femmes ont participé à cette étude qui comptait onze hommes, lesquels représentaient 28 % de notre échantillon, un taux de beaucoup supérieur à la proportion de 11 % des hommes exerçant la profession infirmière au Québec (OIIQ). Malgré les efforts que nous avons déployés pour

⁵¹ Pour plus de détails relativement au profil sociodémographique des infirmières participantes, se référer à l'annexe 9.

inclure dans notre échantillon des participantes issues de différents groupes ethnoculturels, seulement quatre membres de ces groupes ont pu être recrutées. 23 infirmières participantes détenaient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. Parmi celles-ci, trois infirmières participantes étaient détentrices de certificats universitaires, deux avaient étudié dans d'autres domaines que les soins infirmiers et un infirmier participant complétait un baccalauréat. Parmi les 16 infirmières participantes détentrices d'un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières, un infirmier était également détenteur d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en sciences infirmières et deux infirmières complétaient une maîtrise.

En ce qui a trait à la localisation des CH de provenance des participantes, la répartition va comme suit : 15 exerçaient dans des CH de la région de Montréal, huit dans des CH de la région de la Capitale-Nationale, trois dans des CH de la Montérégie, quatre dans des CH du Saguenay Lac-Saint-Jean, deux dans des CH de l'Outaouais, deux dans des CH des Laurentides et 5 autres infirmières participantes exerçaient respectivement dans Lanaudière, au Centre-du-Québec, en Mauricie, au Bas-Saint-Laurent et en Estrie. En moyenne, les infirmières ayant participé à cette étude exerçaient dans le même CH depuis 14 ans et avaient à leur actif entre une et 36 années d'expérience dans ces milieux. En moyenne, elles exerçaient au sein de la même unité de soins d'un CH depuis les huit dernières années. 28 des 39 infirmières interviewées exerçaient leur profession à temps plein, pour une moyenne de 72 % de l'échantillon, un taux supérieur à la moyenne provinciale qui n'est que de 50 % (OIIQ, 2014b).

Parmi toutes les infirmières soignantes ayant participé à cette étude, 29 agissaient, lors de la collecte des données, à titre de déléguées syndicales, représentant 74 % de l'échantillon. Parmi ces infirmières soignantes qui agissaient à titre de déléguées syndicales, plusieurs étaient présidentes de leur syndicat local, d'autres étaient représentantes syndicales au sein de leurs unités de soins ou siégeaient à différents comités syndicaux ou paritaires. De plus, plusieurs de ces infirmières participantes agissant à titre de déléguées syndicales ont indiqué qu'elles étaient engagées politiquement dans d'autres sphères que la sphère syndicale, qu'il s'agisse de la sphère communautaire, professionnelle, civique ou artistique. Par exemple,

certaines faisaient partie de différents comités jeunesse mis en place par les divisions régionales de leur ordre professionnel, certaines siégeaient à des conseils d'administration de différents groupes de femmes, d'autres étaient engagées dans des regroupements d'aide aux locataires et une était aussi engagée avec certaines de ses collègues de travail à titre de cinéaste amateur.

En ce qui a trait aux infirmières interviewées n'agissant pas à titre de déléguée syndicale lors de la collecte des données, certaines militaient pour le développement de la profession infirmière, pour des mouvements féministes, civiques et communautaires. Ces femmes étaient engagées politiquement et socialement, notamment dans le but de favoriser un enseignement de qualité, d'accroître la participation citoyenne, de lutter contre la privatisation des soins de santé ou contre l'occupation palestinienne. Certaines de ces participantes siégeaient au conseil d'administration du CH où elles exerçaient, avaient écrit des articles dans des quotidiens et journaux scientifiques, donnaient des conférences, avaient pris la parole à la télévision et dans les médias sociaux.

3.6 - Milieu de l'étude

Cette étude a pris place dans des locaux de l'Université de Montréal, de façon à limiter au minimum toute impression induite d'allégeance du chercheur aux différents syndicats et aux divers CH au sein desquels exerçaient les participantes, ainsi que pour limiter les impacts que cela aurait été susceptible de produire au moment de leur participation à l'étude. Comme nous tenions à favoriser au maximum la liberté d'expression chez les participantes, nous avons le désir qu'elles n'associent pas le milieu où était réalisée l'étude à celui dans lequel elles travaillaient, ni même au syndicat qui les représentait. Les locaux qui ont été mis à notre disposition par l'Université de Montréal nous ont offert la neutralité recherchée pour mener à bien les entrevues individuelles et de groupes que nous proposons de réaliser. Plusieurs des entrevues ont été réalisées au pavillon Marguerite-D'Youville de l'Université de Montréal, mais nous avons également pu bénéficier des locaux que l'université possède au campus de Saint-Hyacinthe. Comme la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal est

située à Saint-Hyacinthe et que plusieurs événements syndicaux y sont organisés pour faciliter la venue d'un maximum de syndiqués provenant de régions diverses, les locaux de l'Université de Montréal nous ont permis d'interviewer des infirmières soignantes de partout à travers la province. Comme nous voulions à tout prix éviter de dresser un portrait montréalocentriste de la réalité hospitalière québécoise, ce choix nous a permis de recueillir des propos extrêmement diversifiés et de mieux appréhender cette réalité dans son ensemble.

3.7 - Déroulement général de la collecte de données

La collecte des données s'est déroulée en deux grandes étapes. Nous avons d'abord procédé par des rencontres et entrevues individuelles auprès de 21 infirmières. Par la suite, nous avons formé trois groupes de discussion avec les autres 18 infirmières et procédé ainsi à des entrevues de groupe.

L'idée de former des groupes de discussion a été motivée par deux principales raisons. Comme le recommandent Frey et Fontana (1993), nous avons utilisé ces groupes de discussion comme source de validation et de précision des données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles, que nous avons réalisées préalablement aux groupes de discussion. Comme nous sommes conscients que certaines personnes sont parfois réticentes à s'exprimer et qu'elles peuvent se sentir intimidées lors d'une entrevue individuelle avec un chercheur, nous avons profité de l'effet d'entraînement généré par le groupe de discussion, de façon à éviter cette limite inhérente aux entrevues semi-structurées individuelles. Le groupe de discussion a aussi l'avantage de réduire l'influence du chercheur sur le processus de recherche en général (Denzin & Lincoln, 2005). Comme les groupes de discussion favorisent une plus grande liberté d'expression chez les personnes participantes (Kamberelis & Dimitriadis, 2005), ce processus a conféré une plus grande autorité à chacune d'entre elles et a contribué à la reconnaissance de leur intelligence. Les groupes de discussion ont aussi offert un espace où pouvaient cohabiter divers positionnements contradictoires, en parfait accord avec le cadre théorique postmoderniste à travers lequel la cohabitation des contraires est encouragée pour favoriser l'émergence de nouvelles perspectives. En plus d'encourager la cohabitation des

positionnements contradictoires chez les participantes, les groupes de discussion ont permis leur expression critique. Selon Watts et Ebbutt (1986), les groupes de discussion sont d'ailleurs susceptibles de générer plus d'expression critique que les entrevues individuelles. Il est à noter que, dans une perspective postmoderne, l'expression critique des participantes est extrêmement recherchée, puisqu'elle favorise la négociation, la résistance et la transformation de rapports de pouvoir qui sont tenus pour acquis (David, 2000).

En accord avec les écrits de Morgan (1998), nous avons également porté une attention toute particulière à l'homogénéité de chacun des trois groupes de discussion, de façon à ce que les personnes formant chacun de ces groupes soient *compatibles* les unes avec les autres, ce qui a notamment permis aux participantes de passer moins de temps à expliquer qui elles étaient et plus de temps à dialoguer entre elles. Comme nous l'avons indiqué précédemment, puisque nous n'avons fait appel qu'à des infirmières soignantes politiquement engagées exerçant en CH pour former notre échantillon, une certaine homogénéité, notamment associée à l'occupation des participantes, était présente dans la composition de chacun des groupes. Mais nous avons tenté de favoriser encore plus la compatibilité des participantes, entre autres sur la base de certaines données sociodémographiques comme le genre, l'âge et le lieu de résidence.

Puisqu'il nous a été plus difficile, dans le cadre du premier groupe de discussion, d'inclure des personnes provenant de régions rapprochées les unes des autres, nous avons renforcé l'homogénéité de ce groupe en nous assurant qu'il ne soit composé que de femmes. Étant par la suite dans l'impossibilité de constituer des groupes de personnes ayant le même genre, nous avons composé un groupe à dominance féminine pour ce qui est du deuxième groupe et un groupe à dominance masculine pour ce qui est du troisième et dernier groupe de discussion que nous avons réalisé. Enfin, en ce qui a trait spécifiquement à l'âge des participantes, pour des questions de disponibilité et de logistique, nous avons été dans l'impossibilité de réaliser des groupes composés uniquement de jeunes infirmières ou des groupes constitués uniquement d'infirmières d'expérience. Afin de ne pas créer un déséquilibre susceptible d'entraîner le mutisme de participantes qui auraient été minoritaires en fonction de leur âge, nous nous sommes assurés d'intégrer suffisamment de jeunes

infirmières et d'infirmières d'expérience dans chacun des groupes que nous avons mis en place, ce qui a également permis un échange intergénérationnel menant à la collecte de données inédites.

Le but de la rencontre, mais aussi celui de la recherche, ont été expliqués à chacune des infirmières ayant participé aux entrevues semi-structurées. Après avoir obtenu le consentement de celles-ci, les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, de façon à ce que leur contenu puisse être retranscrit selon le système de notation de Silverman (1993). Il est également à noter que nous avons pu bénéficier d'un encadrement plus serré de la part de la directrice et du codirecteur de recherche lors des premières entrevues. Les premières bandes audio obtenues leur ont d'ailleurs été transmises. Cela nous a permis d'apporter rapidement les correctifs nécessaires relativement à la façon dont les entrevues étaient conduites. Par ailleurs, toutes ces entrevues ont été réalisées par le chercheur.

3.8 - Techniques de collecte des données

Des entrevues semi-structurées individuelles et de groupe, des guides d'entrevue, un questionnaire de données sociodémographiques et un journal de terrain ont été utilisés afin de mener à bien la collecte de données. La conjonction entre le groupe de discussion et les autres techniques de collecte de données que nous avons mises à profit est d'ailleurs largement utilisée en recherche qualitative (Fontana & Frey, 2005 ; Kitzinger, 1995). Il est également à noter que la transcription des bandes audio a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entrevues, de façon à ce que nous puissions être au fait de la redondance de certains concepts clefs ayant fait office d'indicateurs de saturation.

Les entrevues semi-structurées individuelles

Des entrevues semi-structurées individuelles ont été réalisées et un guide d'entrevue a été élaboré pour mener à bien ces entrevues (annexe 7). Les questions qui figuraient dans le guide d'entrevue découlaient des questions de recherche. En accord avec les recommandations de Morse et Richards (2002), ces questions regroupées sous différents thèmes ont été

organisées selon un ordre logique particulier qui pouvait être modifié en fonction des réponses fournies par chacune des participantes. Les entrevues semi-structurées individuelles ont notamment été mises à profit de façon à ce que nous puissions poser des questions à caractère plus personnel requérant une certaine confidentialité. Comme notre objet de recherche est associé à des questions et sujets de conversation qui peuvent être considérés comme étant plus délicats, les entrevues individuelles nous ont été essentielles afin de les aborder en profondeur. Cela nous a permis d'éviter la limite induite par les groupes de discussion, lesquels ne permettent pas aux participantes d'approfondir certains sujets sensibles. Ces entrevues ont duré entre 60 et 90 minutes.

En accord avec les indications de Fontana (2002), tout a été mis en œuvre pour faciliter la collaboration entre les participantes et le chercheur. Dans le sens de ce que suggère Denzin (1997), nous nous sommes assurés d'établir un climat de confiance avec les infirmières participantes, nous leur avons également montré que nous étions politiquement engagés auprès d'elles et que nous les considérons comme des partenaires dans le cadre de cette étude (Denzin). Dans le même ordre d'idées, nous avons gardé en tête le caractère patriarcal qui teinte traditionnellement la relation qui prend place lors d'entrevues (Fontana). Nous avons donc tenté de le contrecarrer au maximum en nous assurant que les participantes occupent une place privilégiée dans des échanges où leur représentation du monde était respectée. Nous nous sommes assurés que chacune des infirmières interviewées comprenne bien l'importance de sa contribution et la valeur de son opinion pour le processus de recherche. C'est à travers cet *espace de reconnaissance* que, comme l'indique si bien Fontana, nous avons rendu audibles des points de vue qui demeurent habituellement inarticulés. Par ailleurs, si des questions ouvertes ont été posées dans le cadre de ces entrevues semi-structurées, il est à noter que les participantes pouvaient s'exprimer en toute liberté sur chacune des questions qui leur étaient soumises, mais aussi quant à différents sujets qui gravitaient autour de ces questions.

Les entretiens auprès des groupes de discussion

Comme pour les entretiens semi-structurés individuels, un guide a été élaboré selon les questions de recherche pour assurer le bon déroulement des groupes de discussion (annexe 8). Les questions qui figuraient dans ce guide étaient regroupées sous différents types, dans une logique inspirée des écrits de Krueger (1998) : question d'ouverture, questions d'introduction, questions de transition, questions clefs et questions de conclusion. Chacune de ces questions avait un rôle spécifique à jouer dans le processus inhérent aux groupes de discussion, la question d'ouverture permettant, par exemple, à toutes les participantes de prendre la parole précocement dans le cours de cette stratégie de collecte de données. Chacun des trois groupes de discussion que nous avons réalisés avait une durée se situant entre 90 et 120 minutes. Ces trois groupes de discussion ont été animés par le chercheur. Notre rôle, en tant qu'animateur, consistait tout d'abord à mettre les participantes en confiance. Par la suite, nous nous sommes efforcés de créer et de maintenir une dynamique de groupe favorable à la collecte de données tout en nous assurant que chacun des débats ayant eu cours au sein des groupes de discussion soit lié aux thèmes préalablement sélectionnés.

En accord avec la méthodologie interprétative dans laquelle s'inscrit ce projet de recherche, les groupes de discussion ont *a priori* été mis à profit pour favoriser l'interaction entre les participantes. Les infirmières qui exercent en CH ayant rarement la possibilité d'échanger quant aux préoccupations qui leur sont propres, nous avons eu le désir de favoriser le dialogue entre des infirmières soignantes qui exercent dans ces milieux afin qu'elles puissent y percevoir des liens entre les difficultés qu'elles vivent et celles d'autres infirmières et, ainsi, se créer de nouvelles explications, de nouvelles façons de théoriser ce qu'elles vivent, et ce, dans le même sens que ce que suggère Henderson (1995) pour favoriser la conscientisation des infirmières.

Le questionnaire sociodémographique

Certaines données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un formulaire rempli par chacune des infirmières participantes au début de chaque entrevue ainsi qu'au début des groupes de discussion. Ces données ont permis d'informer le chercheur quant au profil de chacune des infirmières soignantes sélectionnées pour participer à cette étude. Des questions sur l'âge, le genre, l'état civil, le nombre d'années d'études complétées et le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ont été regroupées dans ce questionnaire (annexe 6).

Le journal de terrain

Le journal de terrain consiste en un journal de bord où nous avons noté, jour après jour, les différents événements de l'enquête, l'évolution de la recherche. Ce journal de terrain constitue en quelque sorte un cheminement accompagné de diverses réflexions. La démarche épistémologique ayant permis la constitution de ce journal s'apparente à la définition que Nous et Laplantine (2001) donnent de l'épistémologie postmoderne, celle-ci s'inscrivant dans « une opération de la rupture permanente, un questionnement constamment reconduit, une inquiétude, une vigilance qui oblige à ne jamais rester à la même place, à ne jamais succomber à la certitude » (p. 53-54). Ce journal a donc été envisagé comme un processus et les idées qui y ont été répertoriées étaient toujours propices au changement.

Nous avons réalisé le journal de terrain en deux parties distinctes, mais étroitement liées. Sur chacune des pages de droite figurait le journal d'enquête, tandis que les pages de gauche constituaient le journal de recherche, et ce, conformément aux directives de Beaud et Weber (2003). Chaque page du journal d'enquête a été réalisée dans un lieu spécifique. Ce lieu, ainsi que la date à laquelle les pages ont été écrites, apparaissent en haut de chacune de ces pages. Si, par exemple, une conversation a été rapportée, le nom de la personne avec laquelle le chercheur a entretenu cette conversation a aussi impérativement été noté. Les pages de droite (journal d'enquête) ont accueilli une suite de notations ayant trait, entre autres, aux impressions et aux descriptions du chercheur sur le déroulement des entrevues. Les données

non verbales recueillies y ont par ailleurs été consignées. Nous verrons aussi subséquemment que la notification des traits du visage et du langage corporel des infirmières participantes ont contribué à accentuer la rigueur scientifique de l'étude. Des articles de presse, des articles scientifiques et de recherches, des livres, des photos et œuvres d'art, des poèmes, des références personnelles ainsi que des conversations avec des amis ont également été intégrés dans ce journal d'enquête.

Divers questionnements et analyses ayant trait au journal d'enquête ont été consignés dans le journal de recherche, c'est-à-dire chacune des pages de gauche. Ces questionnements et analyses ont généralement pris la forme de texte continu. Comme Beaud et Weber (2003) l'indiquent, ces courts textes ont constitué les premiers embryons du plan de rédaction. Chacun de ces textes était susceptible d'être modifié, majoré ou tout simplement soustrait de la rédaction finale de cette thèse. Le journal de terrain a également fait office d'arme de distanciation où la réflexivité a été privilégiée. À travers cet exercice de distanciation, le chercheur s'est lui-même soumis à un interrogatoire approfondi. Il s'est questionné sur ses motivations à mener cette recherche, sur sa propre position quant aux différents sujets abordés, sur ce qu'il pensait du groupe sous investigation, sur sa dépendance à ses propres collègues, sur les liens qu'il a entretenus avec ceux-ci et sur les individus qui lui étaient sympathiques ou antipathiques (Beaud & Weber), ce qui lui a permis de réajuster sa posture normative dans le cadre de ce projet de recherche.

3.9 - La méthode d'analyse des données

L'analyse thématique des données recueillies est la méthode d'analyse que nous avons retenue pour mener à bien cette étude. Comme le rappellent Paillé et Muchielli (2008), toute analyse qualitative passe nécessairement par une forme de thématization qui consiste en « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatif du contenu analysé » (p. 162). L'approche postmoderne, critique et interprétative que nous avons sélectionnée pour réaliser ce projet de recherche ne fait pas exception à cette règle. Ainsi, avant de faire intervenir dans notre démarche analytique la juxtaposition de différentes

réflexions théoriques, nous avons procédé à une analyse thématique approfondie. C'est plus particulièrement en nous inspirant du modèle d'analyse thématique élaboré par Paillé et Muchielli que nous avons procédé à la thématisation des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche. Pour ces deux auteurs, « l'analyse thématique consiste [...] au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (p.162). En d'autres mots, pour Paillé et Muchielli, accomplir une analyse thématique, c'est repérer ce qui est essentiel dans un matériau donné et lui assigner une succession de courtes expressions que l'on appelle des thèmes, tout en tenant compte de leurs fréquences d'apparition et des liens qui existent eux. De façon plus concrète, ces auteurs confèrent deux fonctions principales à l'analyse thématique, à savoir le repérage et la documentation.

La première [de ces] fonction[s] concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences, des regroupements, etc. (p. 162).

Relativement au repérage thématique à partir du corpus des données, nous avons suivi la recommandation des auteurs de déterminer la technique utilisée en prenant en considération trois principaux éléments : « la nature du support matériel, le mode d'inscription des thèmes et le type de démarche de thématisation » (Paillé & Muchielli, 2008, p. 164). Pour ce qui est de la nature du support matériel utilisé, puisque le corpus à analyser était volumineux, nous avons priorisé le support logiciel, tout en excluant l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative spécialisée, et ce, de façon à limiter le plus possible la rigidité du cadre de travail permettant l'analyse thématique. Comme les transcriptions intégrales des enregistrements audionumériques des entrevues individuelles et de groupe que nous avons réalisées ont été effectuées dans un format commun à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, après avoir réalisé des lectures répétées de chacune de ces transcriptions, nous avons mis à profit le mode d'inscription en marge de ce même logiciel pour y annoter chacun des thèmes. Le caractère volumineux du corpus à analyser nous a également mené à choisir une démarche de

thématisation séquencée à travers de laquelle nous avons *a priori* sélectionné cinq transcriptions qui ont été utilisées pour construire une fiche thématique, à savoir une liste de thèmes qui a, par la suite, été utilisée pour thématiser l'ensemble des transcriptions du corpus, et ce, bien que nous ayons ajouté certains thèmes à cette liste en cours d'analyse. Ainsi, en début de processus d'analyse thématique, chaque fois que nous inscrivions un thème dans la marge des documents numériques de ces cinq transcriptions *étalons*, nous inscrivions également celui-ci dans la fiche thématique à partir de laquelle nous avons graduellement pu fusionner certains thèmes, les regrouper, les subdiviser, en plus de noter leur récurrence et de les hiérarchiser.

De façon à nous assurer de la validité de notre démarche de thématisation, la presque totalité des transcriptions dont les thèmes pertinents avaient été relevés par le chercheur – et notamment l'ensemble des cinq premières transcriptions « étalons » – ont été envoyées à la directrice et au codirecteur de recherche qui, après les avoir lus et avoir pris connaissance des thèmes qui y étaient rattachés, ont utilisé un support papier traditionnel pour faire ressortir des noyaux de sens ou significations qui n'avaient pas été pris en compte, ainsi que pour émettre des suggestions relatives au choix de certains thèmes. Ces annotations papier nous ont par la suite été transmises et nous avons effectué les corrections en découplant à même le support logiciel. Par ailleurs, trouver le juste thème en filiation avec l'extrait du corpus analysé est une tâche complexe et, comme le rappellent Paillé et Muchielli (2008), nous avons dû résister à la tentation « de plaquer [des] concept[s] théorique[s] sur [les] discours » (p. 176) tenus par les infirmières participantes. Ainsi, lorsque nous n'avons pas mis à profit les mots directement utilisés par les personnes interviewées, nous avons souvent eu recours à nos propres mots pour définir un thème, mais nous nous sommes toutefois assurés que ces mots demeurent collés à l'extrait thématifié.

Toujours en accord avec les recommandations de Paillé et Muchielli (2008), dans le cadre de l'analyse thématique que nous avons réalisée, nous avons également préféré générer plusieurs thèmes bien précis ayant des niveaux d'inférence faible, de façon à ce que nous puissions, en temps voulu, les réunir sous des regroupements thématiques et axes thématiques

présentant un niveau inférentiel et conceptuel plus élevé. Comme nous le verrons dans le cadre du quatrième chapitre de cette thèse consacré à la présentation des résultats, quatre unités d'enregistrement différentes, de la plus abstraite à la plus précise, ont été utilisées pour mener à bien notre analyse thématique : l'axe thématique, le regroupement thématique et le thème et le sous-thème.

3.10 - Critères de rigueur scientifique

Cette section présente les critères de rigueur scientifique auxquels nous adhérons et qui sont propres aux études qualitatives. Il est d'ailleurs à noter qu'au même titre que Kincheloe et McLaren (2003), nous sommes d'avis que la recherche de tradition critique gagnerait à reconnaître davantage leur importance.

Crédibilité

La crédibilité consiste en la garantie que le chercheur doit fournir quant à la qualité des observations qu'il a effectuées dans le cours de la recherche, ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'il a établies entre ces diverses observations au regard de l'interprétation qu'il en a fait (D'Amour, 1997). Nous avons ainsi mis à profit les recommandations visant la notification des traits du visage et du langage corporel associée à l'approche reconstructive pragmatique de Carspecken (1996), puisque le sens de l'action passe par ces états. De plus, en accord avec le cadre théorique postmoderniste, qui encourage le débat entre les idées divergentes ainsi que la cohabitation des éléments contraires (Boisvert, 2007), nous avons mis un accent particulier sur une technique proposée par Fortin (2010), qui consiste en la recherche d'explications divergentes. Les échanges avec d'autres chercheurs sur les résultats obtenus (*debriefing*), la restitution de la transcription des *verbatim*s des entrevues individuelles auprès de chacune des participantes, ainsi que le fait d'avoir présenté, lors des entrevues de groupe, une synthèse des données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles pour validation auprès de ces participantes, nous ont également permis de favoriser la rigueur scientifique de cette étude au regard du critère de crédibilité.

Transférabilité

La transférabilité consiste en la possibilité d'application des conclusions d'une étude à d'autres contextes qui se rapprochent de celui dans lequel une recherche a été réalisée (Fortin, 2010). Comme le mentionne d'ailleurs Fortin en s'appuyant sur les écrits de Lincoln et Guba (1985), il est à noter que la seule transférabilité possible relativement aux études interprétatives demeure une *transférabilité analytique*, puisque l'inférence en fonction de la population demeure impossible. En ce qui a trait spécifiquement à ce critère de rigueur scientifique, nous avons porté une attention toute particulière aux indicateurs de saturation émergeant de la redondance de certains concepts clefs à la lecture de chacune des transcriptions réalisée au fur et à mesure de l'avancement de la collecte des données.

Fiabilité

D'après Pourtois et Desmet (1989), pour assurer le critère de fiabilité, les résultats doivent laisser transparaître une certaine indépendance quant aux allégeances idéologiques et théoriques du chercheur. De façon à favoriser la fiabilité dans le cadre de cette étude, le chercheur s'est assuré de faire connaître, mais aussi de bien prendre conscience de tous ses biais. Comme nous l'avons décrit précédemment, ces biais, ainsi que les réflexions qu'ils ont entraînées, ont été consignés dans le journal de terrain et ont par la suite été révélés.

3.11 - Considérations éthiques

Cette recherche a obtenu l'accord du comité de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal (CERSS) avant de passer en mode terrain. Le consentement libre et éclairé de chacune des participantes à l'étude a aussi été obtenu, et ce, de façon écrite. À cet effet, le but de l'étude a été convenablement expliqué aux participantes et celles-ci ont, par le fait même, été informées de la possibilité qu'elles avaient de se retirer de l'étude à tout moment. En accord avec les recommandations émises par Field et Morse (1994), nous avons par ailleurs insisté sur le fait qu'un retrait n'infligerait aucun préjudice et qu'advenant que cette situation se produise, aucune justification ne serait nécessaire. Nous avons aussi informé

chacune des participantes que leurs propos seraient enregistrés lors des entrevues semi-structurées individuelles et des groupes de discussion. Les raisons de cet enregistrement ont aussi clairement été explicitées aux participantes. L'anonymat de celles-ci a été préservé grâce à l'utilisation de pseudonymes. De plus, toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude ont été conservées sous clef et détruites par le chercheur à la fin du processus de recherche. Si des participantes avaient ressenti le besoin d'initier une démarche psychologique ou avaient ressenti le besoin d'un soutien particulier, nous avons également mis en place une procédure facilitatrice de façon à les diriger vers le professionnel approprié, ce qui ne s'est toutefois pas révélé nécessaire.

Telles sont les balises que nous nous sommes données pour favoriser l'émergence, chez les infirmières participantes, de témoignages authentiques sur leur vécu en CH, de réflexions et de remises en question prospectives sur leur place dans le réseau de santé québécois, d'idées et d'actions concrètes visant à faire advenir justice, égalité et solidarité dans l'exercice de leur profession. Comme le révèlent les résultats de notre recherche présentés au quatrième chapitre de cette thèse, la route vers ces idéaux est aussi longue que tortueuse et exigeante, pavée de bureaucratie et de déficits démocratiques, de surcharge et de peurs, mais également de résistance et de victoires, petites et grandes.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Dès les balbutiements de ce projet de recherche, notre intérêt premier a été d'explorer et de décrire les actions individuelles et collectives qui pourraient être déployées par des infirmières soignantes exerçant dans des centres hospitaliers (CH), afin de favoriser la transformation de leurs conditions d'exercice. Cet intérêt découle de la rareté des études scientifiques rapportant les idées et les actions mises de l'avant par les infirmières en vue de s'affranchir des torts et des injustices vécus dans le cadre du quotidien de leur travail. Si ces différents éléments font l'objet de plus en plus d'écrits théoriques d'auteurs et de chercheuses infirmières, dans les faits, peu est connu quant à *ce qui se pense* et *ce qui se passe* au sein des différents milieux de soins dans le sens d'une transformation des conditions d'exercice de la profession infirmière. En accord avec les préceptes des nouvelles théories critiques proposées par Rancièr (1995), Honneth (2008) et Keucheyan (2010), le présent projet de recherche visait à investiguer ces idées des infirmières participantes et les actions qu'elles avaient déjà mises de l'avant ou qu'elles aimeraient déployer, à partir de leur vécu au travail, en les amenant à réfléchir et à s'exprimer, d'abord sur *ce qui est* – notamment en les questionnant sur les maux et contraintes du monde du travail infirmier –, mais aussi quant à *ce qui serait souhaitable* en fait de conditions idéales d'exercice professionnel. Ce n'est que par la suite que nous nous sommes enquis de ce qu'elles avaient déjà mis en œuvre et de ce qu'elles pensaient mettre en œuvre pour se libérer à la fois de ces maux et contraintes vécus et de certains états de domination caractérisant leur milieu de travail.

En dépit du fait que les participantes que nous avons sollicitées étaient politiquement engagées et avaient déjà amorcé une certaine prise de conscience, relative notamment aux difficultés vécues par les infirmières soignantes, la collecte des données a servi, plus que nous l'aurions cru *a priori*, de vecteur de conscientisation. Cette opération s'est effectivement avérée une expérience amenant les infirmières participantes à se percevoir différemment, et ce, par l'entremise du dialogue dans lequel elles se sont immergées, qu'il s'agisse du dialogue avec le chercheur dans le cadre d'entrevues individuelles ou du dialogue avec leurs collègues et le chercheur dans le cadre des groupes de discussion. Les infirmières ont perçu, dans ce dialogue, des liens entre leurs propres difficultés à titre d'infirmières soignantes et celles des autres participantes; elles ont parfois découvert de nouvelles façons de théoriser leur vécu et

d'expliquer une vaste gamme de phénomènes. Elles ont d'ailleurs été nombreuses à nous le signifier. Elles ont donné libre cours à une parole dissidente, ce qui est en soi un acte politique pouvant avoir des effets émancipateurs. Elles ont dévoilé les failles de certaines pratiques managériales; elles ont aussi déniché de nouveaux points d'appui leur permettant de réfléchir à la possibilité de mettre en place des stratégies émancipatrices et différents actes de résistance. À partir des questions qui leur étaient posées et auxquelles nous croyons qu'elles avaient besoin d'être confrontées, le désir qu'elles avaient en elles de lutter pour améliorer le sort des infirmières soignantes s'est affermi, selon plusieurs des témoignages que nous avons recueillis. Les entrevues se sont ainsi révélées un exercice praxéologique en soi : elles ont été émancipatrices et ont contribué à la réflexivité des infirmières soignantes qui y ont participé.

À partir des préceptes de la méthode d'analyse thématique suggérée par Paillé et Muchielli (2008), nous avons dégagé des *verbatim* de ces entrevues trois axes thématiques majeurs sous lesquels se trouvent différents regroupements de thèmes. Ces axes⁵² sont les suivants :

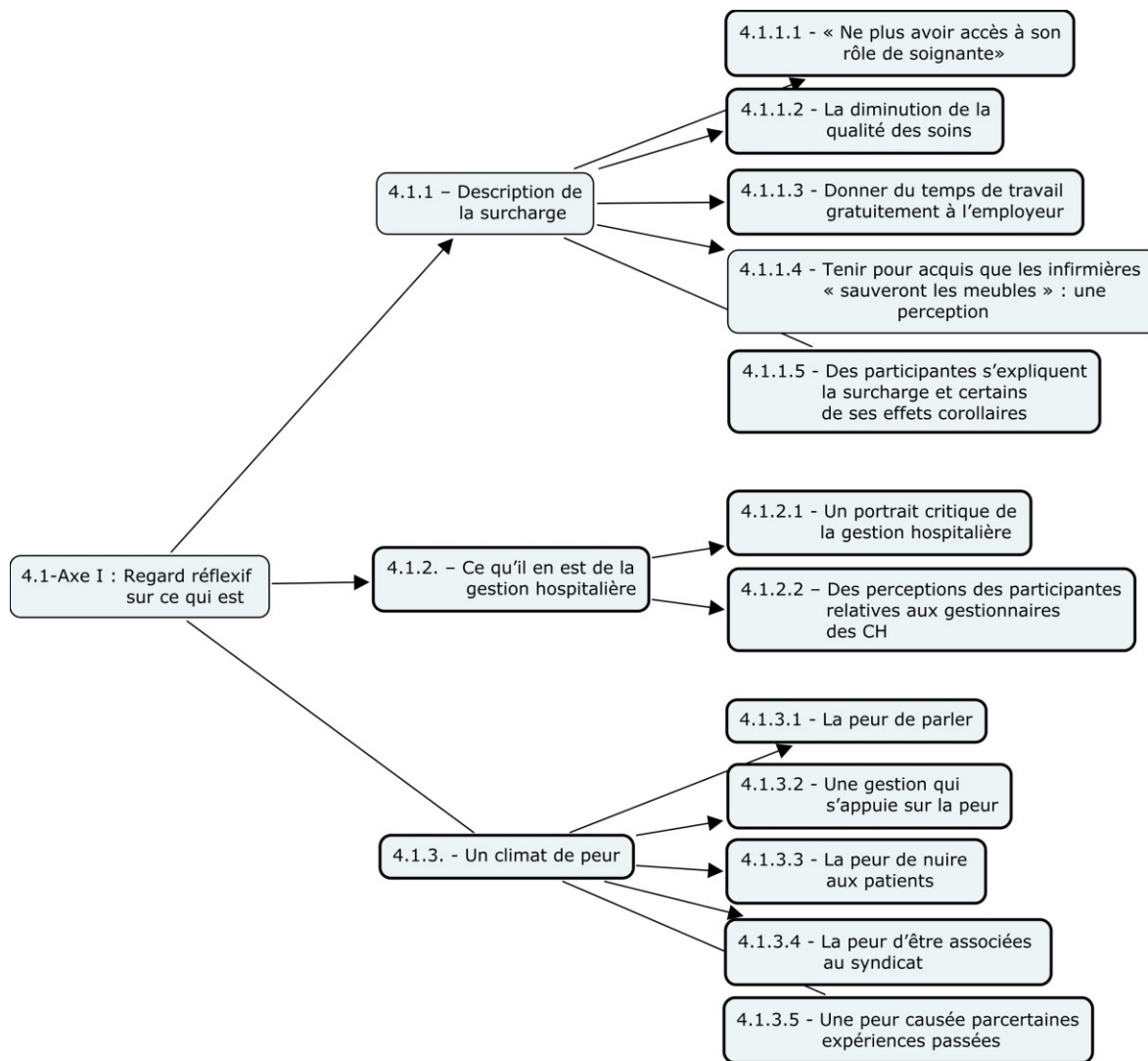
- Axe I : Regard réflexif sur ce qui est
- Axe II : Ce que souhaitent les participantes
- Axe III : De la résistance infirmière

Même si nous avons choisi de présenter les données recueillies dans le cadre de cette étude selon cette structure, il est à noter que pour faire surgir ces données lors des entrevues, nous avons fait plonger les infirmières participantes dans un processus de réflexion et de remise en question qui ne se sépare pas en morceaux, un processus qui est en lui-même indivisible. Il en est de même pour les données recueillies : ces dernières font référence à des phénomènes complexes qui sont inextricablement rattachés les uns aux autres. Ainsi, ces données ont été traitées avec rigueur, de façon holistique, et doivent être prises en compte dans leur globalité pour faire ressortir toute la complexité de la situation des infirmières soignantes exerçant en

⁵² Le lecteur notera que les trois axes que nous avons dégagés des données recueillies correspondent également à chacune de nos trois questions de recherche, et ce, parce que nous avons articulé notre questionnement en fonction de ces trois questions.

CH. À partir de chacun de ces trois axes thématiques, certains regroupements de thèmes les composant se dégagent des extraits de *verbatim* desquels ils sont issus.

4.1 - Axe I : Regard réflexif sur *ce qui est*



Dans le cadre de cette étude, beaucoup de données ont été recueillies relativement à *ce qu'il en est* de l'exercice de la profession infirmière en CH, du point de vue des participantes. Ces dernières ont notamment montré un vif intérêt aux questions de l'heure concernant les conditions d'exercice de la profession infirmière, une vaste gamme de phénomènes engendrés

par ces conditions, la place du soin infirmier dans les hôpitaux et les rapports sociaux qui ont cours dans les CH et les affectent particulièrement. Les infirmières soignantes ayant participé à cette étude en avaient également long à dire sur les maux du monde du travail infirmier, sur les contraintes systémiques qu'elles vivent quotidiennement, sur les dispositifs gestionnaires qui les gardent captives d'un système sur lequel elles n'ont que peu de prise et à travers duquel on les empêche de dire ce qu'elles pensent, de dénoncer des situations intenable et de prendre les dispositions leur permettant de faire advenir certains changements.

À notre avis, il existe différentes raisons qui permettent d'expliquer la grande propension des participantes à décrire leurs expériences vécues et l'ordre social existant au regard des conditions d'exercice de la profession infirmière. *A priori*, cet exercice descriptif demandait un niveau de réflexion moins grand que celui nécessaire aux deuxième et troisième temps de notre questionnement, ce qui, à notre point de vue, a favorisé la collecte des données que nous avons regroupées sous ce premier axe thématique. Ainsi, même lorsque nous cherchions à obtenir de l'information relativement à ce qui serait souhaitable pour les participantes au regard des conditions d'exercice (deuxième temps de notre questionnement) ou que nous nous enquérions de la façon dont celles-ci croyaient qu'il serait possible de le faire advenir (troisième temps de notre questionnement), à de nombreuses occasions, des infirmières participantes revenaient à la description de leur réalité, cela ayant pour effet de favoriser la surreprésentation des données que nous avons prévu collecter au premier temps de notre questionnement. D'autre part, plusieurs participantes nous ont indiqué avoir rarement – et même jamais – eu l'occasion de s'exprimer à l'égard des conditions dans lesquelles elles exercent, à l'endroit de ce qui constitue le *statu quo* hospitalier. *Ipsa facto*, nous croyons qu'elles ont voulu bénéficier au maximum de l'espace de liberté qui avait été ouvert dans le cadre des entrevues pour nous confier des expériences vécues au quotidien et les contextes dans lesquels elles sont contraintes d'évoluer. Nous croyons que le caractère thérapeutique⁵³ associé à une expression libre de toutes contraintes a également contribué à faciliter la collecte des données relatives à ce premier axe thématique.

⁵³ Pour en savoir plus quant au caractère thérapeutique des entrevues qualitatives réalisées dans le cadre de projets de recherche comme le nôtre, se référer à l'article de Jacobs et coll. (2005).

En accord avec la démarche critique dans laquelle s'inscrit cette étude, les données recueillies relatives à *ce qu'il en est* de l'exercice de la profession infirmière en CH se sont révélées une mise en évidence macrosociologique⁵⁴ de certains états de domination au sein desquels évoluent les infirmières soignantes. En s'exprimant librement dans le cadre des entrevues, en mettant en mots leurs expériences vécues, les participantes nous ont indiqué où logent l'injustice et l'oppression au sein des arrangements sociaux hospitaliers. La vision d'ensemble qu'elles se sont faite de leurs propres conditions d'exercice à la suite du premier temps de notre questionnement les a également menées à se questionner elles-mêmes, tant sur les causes profondes des injustices qu'elles vivent, que sur les façons de les combattre⁵⁵, ces différentes étapes étant nécessaires à la « démarche de recomposition plus égalitaire des rapports sociaux⁵⁶ » qu'elles entretiennent au sein des CH (Lamoureux, 2013, p. 60). Parmi les données recueillies, trois regroupements de thèmes ont émergé sous l'axe thématique du *regard réflexif sur ce qui est* : les thèmes associés à la surcharge de travail, à la description de ce phénomène, à ses effets collatéraux⁵⁷ et aux explications qui y sont relatives, les thèmes qui réfèrent à *ce qu'il en est* de la gestion hospitalière et, enfin, ceux qui ont trait au climat de peur qui règne dans de nombreux CH. À partir de nos trois regroupements thématiques, chacun des thèmes est résumé par les extraits de *verbatim*s que nous avons retenus, parce qu'ils décrivent adéquatement le point de vue des infirmières participantes nous ayant accordé une entrevue.

⁵⁴Si certaines études ont porté sur des éléments spécifiques ayant trait aux conditions d'exercice de la profession infirmière (à l'instar de Deneault [2011], nous pourrions qualifier certaines de ces études de micrologie), à notre connaissance, peu d'études ont permis de dresser un portrait d'ensemble de *ce qu'il en est* de l'exercice de la profession infirmière en CH.

⁵⁵ Ces derniers éléments ont été consignés sous le troisième et dernier axe thématique composant le présent chapitre.

⁵⁶ C'est à l'émancipation des infirmières soignantes que nous faisons référence en empruntant cette formulation de Lamoureux (2013).

⁵⁷Des infirmières participantes ont, à plusieurs reprises, fait allusion aux problèmes de santé mentale et physique d'infirmières soignantes. Il s'agit, certes, d'un phénomène central lorsqu'il est question de la surcharge de travail des infirmières soignantes, et le lecteur notera que celui-ci est présent à travers certains des extraits de *verbatim*s dont il est question sous ce premier axe thématique. Nous n'avons pas procédé à une analyse détaillée de ce phénomène au sein de cette thèse puisque celui-ci a été l'objet de nombreuses études comme celles d'Alderson (2008), de Baumann et coll. (2001), de Bourbonnais et coll. (1997), de Bourbonnais, Comeau & Vézina (1999), de Shields & Wilkins (2006) et de Soares (2010). Nous tenons cependant à spécifier que ce phénomène a effectivement été identifié par les participantes comme un effet collatéral de la surcharge de travail qui affecte particulièrement les infirmières soignantes.

4.1.1 - Description de la surcharge : effets, perceptions et explications

Les différents thèmes relatifs à la surcharge, que nous avons réunis sous le présent regroupement thématique, font partie des thèmes qui ont été le plus abordés par les participantes dans le cadre de cette étude. Nous avons donc décidé de présenter l'essentiel de ces résultats au tout début de ce quatrième chapitre. Selon nous, l'omniprésence de ce phénomène inhérent à l'exercice de la profession infirmière en CH explique, en grande partie, pourquoi les infirmières participantes ont eu une aussi grande propension à faire référence aux thèmes et sous-thèmes qui y sont associés. Si la nature même de la surcharge vécue par les participantes diffère selon les points de vue que nous avons recueillis, il apparaît, à l'analyse, que de nombreuses convergences ressortent des données. Ainsi, nous avons constaté que toutes les infirmières soignantes qui nous ont accordé une entrevue doivent évoluer, à des degrés divers, dans un contexte de surcharge de travail. Cette surcharge de travail se révèle souvent récurrente, voire constante, mais sporadique dans de rares cas, notamment dans des milieux ultraspecialisés et privilégiés comme les soins intensifs.

La surcharge de travail des infirmières soignantes est un phénomène complexe qui a de multiples effets collatéraux, tant sur les infirmières elles-mêmes que sur les patients qui sont à leur charge. C'est plus particulièrement à travers ces effets collatéraux de la surcharge que les participantes nous ont décrit ce phénomène. Ainsi, nous présenterons les données relatives à la surcharge de travail des infirmières soignantes de la même façon que nous les avons recueillies, c'est-à-dire en faisant particulièrement référence aux effets collatéraux de la surcharge qui se sont révélés les plus importants aux yeux des infirmières participantes. Cette façon de procéder nous permettra de mieux saisir le phénomène de la surcharge de travail vécu par les participantes à partir de leur point de vue, de certaines de leurs perceptions et des préoccupations qui leur sont propres.

Parmi les effets collatéraux de la surcharge, les infirmières interviewées ont fait référence à une vaste gamme de phénomènes qui les amènent à *ne plus avoir accès à leur rôle de soignantes*, c'est-à-dire à répondre à des impératifs qui, de leur avis, ne sont plus en filiation avec le *soin infirmier* et les valeurs éthiques et professionnelles qui leur sont propres.

Nous nous pencherons tout d'abord sur ces différents phénomènes avant de nous attarder à ce que nombre de participantes ont décrit comme *la diminution de la qualité des soins* offerts aux patients consécutivement à la surcharge dans laquelle elles évoluent. Nous nous intéresserons par la suite à un autre effet collatéral de la surcharge de travail, ce que des infirmières participantes ont identifié comme une injustice, à savoir, le fait de *donner du temps de travail à l'employeur*. Par la suite, nous présenterons les données relatives à une perception partagée par des participantes qui croient pertinemment que plusieurs intervenants de la santé tiennent pour acquis que *les infirmières soignantes sont capables de passer au travers de n'importe quelle situation de surcharge*. En chute de section, nous verrons également que les infirmières soignantes qui ont participé à cette étude ne se sont pas contentées de décrire la surcharge et ses effets collatéraux, mais qu'elles nous ont également exposé la façon dont elles s'expliquent ce phénomène.

4.1.1.1 - Ne plus avoir accès à son rôle de soignante

À titre d'effets collatéraux de la surcharge dans laquelle elles évoluent, des infirmières participantes ont énoncé une multitude de phénomènes qui, somme toute, leur donnent l'impression de *ne plus avoir accès à leur rôle de soignantes*, de *ne plus soigner comme elles le voudraient, comme elles ont appris à le faire* ou de *ne plus soigner du tout*, bref, d'avoir le sentiment qu'elles ont perdu *l'essence du soin infirmier* dans le travail qu'elles effectuent au quotidien. Parmi ces phénomènes auxquels plusieurs participantes ont fait allusion, notons le fait d'avoir constamment l'impression *d'éteindre des feux*, de se voir contraintes d'*omettre certains soins* qui sont pourtant *essentiels*, de devoir *prioriser* des soins par rapport à d'autres, de *ne plus être en mesure de faire face aux imprévus* qui sont inhérents à l'exercice de la profession infirmière et de *ne plus pouvoir interagir avec les patients* dont elles prennent soin.

4.1.1.1.1 - Éteindre des feux/prioriser/ne plus soigner

Dans le cadre des entrevues individuelles et de groupes que nous avons réalisées, huit infirmières participantes ont utilisé le terme *éteindre des feux* pour qualifier la façon dont elles

exercent quotidiennement la profession infirmière. En faisant allusion au même phénomène, plusieurs participantes ont indiqué devoir constamment *prioriser* certains soins par rapport à d'autres. Chaque fois qu'elles ont emprunté ces différents termes, les participantes ont fait référence à l'état de surcharge dans lequel elles sont contraintes d'évoluer. Voici ce que Roméo (061EG3) avait à dire sur ce sujet :

l'infirmière se retrouve à faire des tâches du préposé... C'[est] une façon aussi un peu d'économiser. Mais c'est toujours présenté de la façon où... « ben, écoutez, il n'y en a pas de personnel [...] » ou « aujourd'hui, je n'ai pas d'infirmière auxiliaire à te donner en substitution. » Pis, souvent, c'est justement l'infirmière qui doit couvrir cette zone-là : « ben, écoutez, on va remplir le trou laissé par l'infirmière manquante et on va essayer d'étirer la sauce pour que justement tout se passe bien pendant le quart et qu'on arrive à éteindre le feu qui est en train de se créer. » On demande à l'infirmière d'essayer d'absorber les coûts en santé qui augmentent de façon exponentielle par le fait qu'on lui demande de plus en plus de choses à faire. (Roméo, 061EG3)

D'après Roméo (061EG3), c'est expressément parce que les dirigeants des CH désirent réaliser des économies en réduisant le personnel qu'on en demande toujours plus aux infirmières. Selon lui, mais aussi selon plusieurs participantes, ce serait sur le dos des infirmières, mais également au détriment de leur santé, que ces économies sont réalisées au nom d'une plus grande rentabilité, d'une plus grande efficacité.

Lorsqu'elles *éteignent des feux* de la sorte, des infirmières participantes nous ont indiqué qu'elles négligent nécessairement certains soins et/ou interventions infirmiers jugés essentiels. Parfois, comme l'indique Josée (035EI), elles évitent de donner certains soins, mais cela ne paraît pas nécessairement, car les patients ne se rendent pas compte qu'ils n'ont pas reçu l'attention qu'ils auraient pu recevoir.

C'est arrivé à un moment donné qu'une patiente me demande un Ativan, pis que là [...], je l'ai pris le temps, [...] je suis allée jaser avec elle et finalement elle n'en a pas eu besoin, parce qu'elle a pu [...] se vider le cœur et pleurer [...]. Quelqu'un d'autre aurait pu dire : « [...] j'y donne de l'Ativan [...]. » Ce n'est pas du mauvais vouloir, c'est juste la conjoncture qui fait qu'on est obligé d'aller au plus pressant. J'appelle ça éteindre des feux. Les patients disent : « ah, j'ai été super bien soigné et tout s'est bien passé. » Mais [...] ils ne savent pas qu'ils auraient pu avoir encore plus. (Josée, 035EI)

Si les patients ne se rendent pas compte qu'ils auraient pu bénéficier de meilleurs soins, comme nous le verrons ultérieurement, l'état de surcharge dans lequel évoluent les infirmières fait en sorte qu'à de nombreuses occasions, la qualité des soins diminue tellement consécutivement à cette surcharge, que les patients ne peuvent éventuellement que s'en rendre compte. Comme l'explique Josée (035EI), à partir de cet exemple, l'administration d'un anxiolytique aurait en quelque sorte pu pallier le manque de temps occasionné par l'état de surcharge dans lequel elle se trouvait. Si le fait qu'une infirmière ait choisi de donner de la médication à un patient, de façon à ce qu'elle puisse aller à ce qu'il y a de *plus pressant*, apparaît comme étant tout à fait bénin, il est à noter que de se soumettre de la sorte aux impératifs organisationnels ne favorise pas la résolution des problèmes vécus par les patients, en plus de provoquer dans certain cas de nouveaux problèmes de santé notamment associés à certains effets secondaires des médicaments administrés. En effet, dans le cas présent, il convient de noter que les benzodiazépines sont réputés provoquer une très forte dépendance chez ceux qui en consomment. En accord avec les dires de Josée (035EI), Didier (047EI) indique, lui aussi, que la pression induite par l'état de surcharge dans lequel des infirmières soignantes sont contraintes d'exercer les amène à omettre délibérément certains soins.

Les infirmières [...] sentent la pression de part et d'autre et, notamment, sur les prescriptions médicales. J'en ai été témoin [...] – pas mensuellement, mais quotidiennement – de prescriptions non remplies. Une prise de sang [...], elle est prescrite et les infirmières ne la feront pas. Ou un pansement, [...] on ne le fait pas trois fois par jour, on le fait deux fois par jour et, [...] au-delà de la prescription, on va le faire une fois par jour. Ce qui fait que les infirmières sont prises [...] à faire des manquements professionnels dans leur devoir de respecter les prescriptions. (Didier, 047EI)

Si Josée (035EI) a fait référence à des soins non prescrits qui sont souvent omis par surcharge, comme de prendre le temps d'interagir avec les patients et de s'enquérir de ce qui les affecte, Didier (047EI) précise que les infirmières soignantes omettent souvent de prodiguer des soins qui *ont* été prescrits, des omissions délibérées qu'il qualifie de *manquements professionnels*. Il est important de spécifier que du point de vue de Didier (047EI), les infirmières sont « *prises [...] à faire [c]es manquements professionnels* », ce qui signifie qu'à ses yeux, les infirmières soignantes n'ont, à toutes fins pratiques, pas le choix d'agir de la sorte, parce qu'il leur est

impossible de réaliser tout le travail qui leur est demandé dans une journée. À « *éteindre des feux* » et à « *aller au plus pressant* », comme l'indique Josée (035EI), des infirmières soignantes ne font donc pas que de remettre à plus tard des soins moins prioritaires, elles se voient aussi dans l'obligation de mettre certains soins de côté, de ne pas accomplir toutes les tâches qu'on leur demande d'effectuer.

Plusieurs participantes, en plus d'utiliser l'expression *éteindre des feux*, ont exprimé devoir *prioriser* certains soins par rapport à d'autres. À travers ce court extrait, Agnès (048EG1) donne quelques explications relatives à l'organisation du travail par priorité :

Chaque infirmière va prioriser ce qu'elle pense qui est le plus important. Si on va dans la technique et qu'on le fait exactement comme le protocole le dit et tout ça, ben on va couper dans l'enseignement. Si on fait l'enseignement, pour éviter le patient qui revient, ben après ça [...], mon pansement, si jamais [...] ça s'infecte, ce sera peut-être à cause de moi parce que j'ai été un petit peu trop vite [...]. Ce qui fait que [...] la plupart des gens sont toujours tirillés parce que moi, dans ma journée, si je fais tout ce qui a à faire, si je m'occupe des patients comme je le veux et ce pourquoi je suis infirmière, je n'ai pas le temps de le faire. (Agnès, 048EG1)

En accord avec les propos de Didier (047EI) qui affirme que les infirmières soignantes n'ont pas le choix de *prioriser* certains soins et que cela les amène à abdiquer professionnellement, à négliger leurs responsabilités professionnelles, Julie (039EI) précise également qu'elle aimerait pouvoir réaliser toutes les interventions et les soins qu'elle considère importants, mais qu'elle se voit contrainte de *prioriser* par manque de temps. D'ailleurs, l'intervention qu'elle doit le plus souvent mettre de côté ou ne réaliser qu'en partie est loin d'être superflue, il s'agit de l'évaluation initiale des patients, une intervention des plus importantes pour leur sécurité.

Ce qui me manque à l'hôpital, c'est d'avoir le temps d'évaluer mes clients comme du monde. T'es à la belle course avec ta machine à signes vitaux, tes pilules. Là, tu regardes tes signes neurovasculaires et tu te dépêches de t'en aller. Comme l'auscultation pulmonaire [...] : ça, j'adorerais faire ça à l'hôpital, mais... J'ai [même] eu une infirmière qui m'a déjà dit qu'elle s'était faite regarder tout croche parce qu'elle auscultait ses patients le matin [...] : « hey, t'es pas médecin, toi! » Elle s'est fait dire ça [...] par une infirmière plus ancienne. On apprend plein de choses et, quand on les met en pratique, on se fait faire des reproches... ce qui fait qu'à un moment donné, on rentre dans le moule et on ne dit pas un mot. (Julie, 039EI)

Selon Isabelle (027EI), l'employeur est bien au fait que les infirmières soignantes doivent agir par priorité. D'après celle-ci, c'est l'employeur lui-même qui demande aux infirmières soignantes de prioriser certains soins en mettant d'autres interventions et soins importants de côté comme l'évaluation des patients, et ce, à travers une situation de surcharge qui devient graduellement la norme.

On est passé [...] de 15 à 20 [patients] à dépasser nos quotas. Là, 33, c'est normal. Ce n'est pas normal, on a 13 civières. L'autre fois on a eu 41 patients ! Dans ce temps-là, on fait une demande en surplus d'infirmières. Mais on ne les a pas, les trois quarts du temps. Ce qui fait que moins trois (un manque de trois infirmières), sur une unité d'urgence psychiatrique, ce n'est pas drôle, là. Quand tu commences [...] avec six ou sept patients décompensés et que tu as trois admissions dans ta soirée, [...] ça devient très lourd. Là, tu n'as plus l'impression que tu peux avoir accès à ton rôle de soignante... En fait, ça ne se fait pas ! Puis, le message de l'employeur souvent c'est d'aller aux priorités. Moi, l'essence de mon travail, c'est de faire des entrevues et d'évaluer mon patient [...]. Donc : « ne fais pas ton entrevue, Isabelle », c'est ça que j'entends comme solution. « Va à la priorité et s'il veut se couper les veines, arrête-le, t'sais, mais fais-en pas plus aujourd'hui. » Ça, ça devient choquant à long terme. (Isabelle, 027EI)

Au même titre qu'Isabelle (027EI), d'autres participantes, comme Julie (039EI) et Agnès (048EG1), ont l'impression de *ne plus avoir accès à leur rôle de soignante* et de devoir constamment *aller aux priorités*. Si, pour Agnès (048EG1), cette situation l'amène à devoir conjuguer avec un sentiment chronique de tiraillement, Isabelle (027EI) et Julie (039EI) ressentent pour leur part de la frustration, une frustration qui s'abreuve, tant de l'impossibilité de pouvoir soigner comme elles le devraient que des conséquences que cela a nécessairement sur la qualité des soins offerts aux patients qui sont à leur charge⁵⁸. Isabelle (027EI) en arrive donc au même constat que Yuan (041EI) : qui souligne que dans cet état de surcharge à travers lequel doivent évoluer les infirmières soignantes, lorsqu'il n'y a que « *la priorité qui compte. Malheureusement, c'est des fois la qualité des soins qui en souffre...* »

⁵⁸ Nous aborderons plus en détails, ultérieurement, la question de la diminution de la qualité des soins offerts aux patients.

4.1.1.1.2 - Ne plus être en mesure de faire face aux imprévus

Dans un contexte de surcharge, nombreuses sont les participantes qui nous ont indiqué qu'elles n'étaient *pas en mesure de faire face aux imprévus* qui peuvent survenir dans le cadre de leur travail et qui sont la source de bien de frustrations chez les infirmières soignantes, qui se doivent de performer dans un contexte où elles n'ont pratiquement aucune marge de manœuvre. Éric (060EG2), Charles (036EI) et Martha (054EG2) décrivent le mieux cet état de fait :

quand il arrive une bad luck, on est vraiment dans schnoutte, là. On ne peut pas arriver sur les 8 heures et demie... (Éric, 060EG2)

Le nombre de patients a augmenté et la charge de travail aussi. Donc, il faut aller de plus en plus vite, pis nos rôles sont bien prescrits, donc, il ne faut pas déroger de ça. Et on le voit aussitôt qu'il y a un pépin ou que quelqu'un qui retarde, eh ben, ça retarde le reste, pis là, ça bloque, et c'est là qu'il peut y avoir des frustrations. Parce que c'est un travail de performance, en réalité. (Charles, 036EI)

Il ne faut pas qu'il arrive de problèmes pendant le traitement, parce que je ne suis pas capable de m'occuper des problèmes des patients [...]. Le travail est tellement compté, que si ça va bien et que c'est un traitement standard, ça va, mais aussitôt que tu sors du traitement standard, ben là [...], tu as de la misère à t'en occuper. (Martha, 054EG2)

Selon Martha (054EG2), certains soins sont donc priorisés lorsque des imprévus surviennent tandis que d'autres ne sont tout simplement pas prodigués, et ce, même s'ils apparaissent tout de même importants aux yeux des infirmières. Devant cette incapacité à faire face aux imprévus, plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué que les patients sont les premiers à en subir les répercussions. Comme l'indique Linda (030EI), en situation de surcharge, les requêtes des patientes en obstétrique deviennent souvent des imprévus qui forcent les infirmières soignantes à leur imposer des choix qui ne sont pas les leurs.

Une femme qui vient pour accoucher [...] : « Linda, moi, j'aimerais ça faire ça naturel. » [...] Ça, ça veut dire massage, [...] de l'huile, de la musique, et envoie tout le kit. Je n'ai pas le temps : « je m'excuse madame, je vais essayer de faire le plus possible selon votre plan de naissance [...], mais, si vous avez mal... vous avez le droit à l'épidurale, ça, par exemple. » Parce que si elle [prend] l'épidurale, j'ai pas besoin de lui masser le dos, je n'ai pas besoin de rien faire d'autre, parce que j'ai une autre

patiente qui s'en vient. C'est ça le malaise : [...] un moment donné, oui, on est pris certainement en otage [...]. Peut-être qu'il faut simplement réajuster notre vision des soins? (Linda, 030EI)

Ainsi, du point de vue de Linda (030EI), la surcharge de travail contraint non seulement les infirmières soignantes à adhérer à une certaine médicalisation des soins infirmiers offerts⁵⁹, cette surcharge les contraint également à contribuer elles-mêmes à une autre dynamique de domination, à savoir, celle de l'assujettissement des patientes aux pratiques ambiantes.

4.1.1.1.3 - Ne plus interagir avec les patients

La presque totalité des participantes que nous avons rencontrées précisent ne plus avoir le temps d'interagir avec les patients qui sont à leur charge. Celles qui pratiquent déjà depuis plusieurs années font état d'un dépérissement incontestable des conditions d'exercice de la profession infirmière, qui les amène à devoir pratiquer à travers une cadence imposée qui ne leur permet pas de s'enquérir du bien-être des patients dont elles prennent soin. Toutes ces infirmières interviewées spécifient qu'elles manquent de temps pour entrer en relation avec leurs patients, les accompagner et être sensibles à leur souffrance, des éléments qu'elles décrivent comme étant à la base du soin. Nombre d'entre elles ont affirmé que les interactions qu'elles ont avec les patients, activités qu'elles identifient pour la plupart comme étant ce qui les satisfait le plus dans le cadre de leur travail, sont les premières à être écartées lorsqu'elles font face à une situation de surcharge. À travers une certaine abdication, d'autres ont tout simplement choisi de baisser les bras face à la diminution des possibilités d'interagir avec les patients dont elles prennent soin.

Nombre d'infirmières participantes pratiquant déjà depuis plusieurs années nous ont indiqué que la relation d'aide et la proximité qu'elles avaient autrefois avec les patients dont elles prenaient soin n'est vraiment plus la même, et ce, particulièrement à cause de la surcharge de travail et du manque de temps que celle-ci engendre.

⁵⁹ À travers cette situation portée à notre attention par Linda (030EI), les soins infirmiers apparaissent soumis à une double domination : celle du discours biomédical, mais également celle du discours néolibéral de la rationalisation économique et du primat de la rentabilité.

Pour ce qui est de la relation d'aide, moi, personnellement, c'est rare que j'ai le temps. C'est très, très, très rare, très rare. L'exécution de mes soins, depuis quelques années, c'est plutôt un travail à la chaîne, comme une courroie, là : c'est ça, c'est « prends la pression; donne le médicament : next, suivant », c'est ça. (Laurier, 032EI)

Donc, au départ ce n'était pas ça? (Chercheur)

[C'est] très différent de ce que j'ai vécu au début de ma carrière. On n'a pas le temps, c'est la course [...]. C'est une grande source de frustration [...]. C'est des soins vite faits. C'est pas fait avec attention, [et] je me dis à chaque fois quand [...] je m'en retourne à la maison : je révise toujours, veut ou ne veut pas, parce que j'ai peur; parce que je suis inquiet [...]. J'aurais dû faire ça au lieu de faire ça. Une telle, j'ai pas eu le temps et elle aurait aimé ça peut-être de jaser [...], pis là je me dis : « maudit que mes profs seraient pas fiers de moi! » (Laurier, 032EI)

Puis, c'est une réalité qui est quotidienne? C'est comme ça? (Chercheur)

Tous les jours. C'est tous les jours, tous, tous, tous les jours. (Laurier, 032EI)

Pour Linda (030EI), il n'est tout simplement plus possible d'être auprès du patient dans le cadre de son travail d'infirmière soignante. Elle stipule également que les transformations de l'exercice de la profession infirmière, depuis les dernières années, l'amènent à considérer le travail des infirmières comme n'étant plus du tout ce qu'il était, ce qu'il devrait être.

Tu roules non-stop et tout, et plus ta paperasse, et plus tout le kit ; c'est pour ça que je dis que ce n'est pas possible de l'être, auprès du patient. Je veux dire que l'on a oublié le but [de la profession]. En 20 ans, ce que je m'étais fait de l'idée de la profession d'infirmière, c'est vraiment, complètement, dégradé. C'est que ça n'a plus rien à voir avec ce que c'est d'être infirmière. (Linda, 030EI)

Dans le même ordre d'idée que ce qu'avance Linda (030EI), Julie (039EI) et Josée (035EI) n'ont tout simplement plus l'impression d'agir à titre de soignantes. Selon la définition qu'elles ont toutes deux du soin, elles estiment, dans bien des cas, ne plus être à même de soigner.

D'être soignante pour moi, c'est toujours de prendre soin. [Mais] c'est rendu qu'il faut mesurer combien de temps que ça prend, tel geste ou tel geste. Puis, les patrons, eux autres, on dirait qu'ils ne savent pas que des fois, on a besoin de parler à nos

patients [...], surtout quand j'étais à l'urgence [...]. On a le temps d'aller faire la prise de sang, mais s'ils ne vont pas bien on n'a pas le temps de leur parler. Ils pleurent, pis on s'en va. On dit : « je suis désolée, je suis pressée. » Et ça, c'est un petit peu frustrant. Mais, pour moi, être soignante, c'est d'avoir le temps de tout faire ce que je considère qu'une infirmière devrait faire, présentement, je n'ai pas le temps. (Julie, 039EI)

Vous avez de la difficulté de prendre soin? (Chercheur)

Oui, je n'ai pas l'impression de réussir ce que je devrais faire. (Julie, 039EI)

Josée (035EI) abonde dans le même sens :

On a moins de temps qu'on aimerait pour être auprès du patient, [...] le côté comme plus humain. Le patient [...], il a le goût de jaser puis, t'sais, c'est important. Des fois, ils filent pas et ils vivent des grosses choses, là; ils ont des deuils à faire, puis là, toi, t'es là avec ton plateau de médicaments et pis, t'es proche de la porte et tu t'avances parce que tu sais que si tu prends dix minutes à parler, tu n'arriveras pas à la fin de ta soirée [...]. C'est plate, là, parce que pour moi, de soigner, c'est pas ça. (Josée, 035EI)

Ces deux participantes font référence à l'importance d'entrer en relation avec les patients, de les accompagner en étant sensibles à leur souffrance. Pour sa part, Julie (039EI) croit que ses patrons oublient qu'il est nécessaire pour les infirmières soignantes de prendre du temps pour interagir avec les patients qui sont à leur charge. Tant pour Julie (039EI), pour Josée (035EI) que pour Cécile (029EI), la conjoncture actuelle engendre déception et frustration. Ces quelques exemples donnés par Cécile (029EI), d'épreuves vécues par les patients hospitalisés dont prennent soin les infirmières soignantes, mettent en relief toute l'importance de la relation d'aide :

moi, je pourrais passer des journées à donner des soins aux patients et les faire verbaliser quand ils ne vont pas bien. C'est qu'on n'a plus le temps [...]. Souvent, ils ont des problèmes, veux ou ne veux pas, c'est un gars qui se fait couper une jambe là, je m'excuse, mais il n'aura plus la même vie. La femme qui a eu le cancer du sein, elle n'aura plus la même vie. Je trouve ça un peu difficile. (Cécile, 029EI)

Pour Laurie (059EG2), la tendance actuelle à *compartimenter* les soins, aussi connue sous le vocable de *catégorisation des soins*, a en quelque sorte pour effet de *marginaliser* la relation d'aide. Comme s'il était admis que les sentiments des patients, ainsi que la possibilité de s'enquérir de ce qu'ils vivent devaient être relégués au second plan.

J'ajouterais que le soin est compartimenté. Ce n'est plus un soin global. Malgré mon jeune âge, moi, on m'a appris le soin global [...]. Pis, là, c'est un soin, deux soins. Tu ne regardes pas la personne dans son ensemble. Mais la vraie définition des soins, c'est ça. Donc, tu dois faire ton pansement et tu dois soigner ça, ça, ça [...], et ça devient de plus en plus difficile de soigner la personne dans un tout. Pis, le côté relation d'aide, c'est celui qui saute en premier. Donc, pour moi, c'est ça. Il y a une place [pour le] soin, mais un soin étant un seul soin. (Laurie, 059EG2)

Devant se soumettre à la catégorisation des soins⁶⁰ à titre d'impératif organisationnel, plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué être forcées de renoncer à la façon dont elles appréhendent le soin.

4.1.1.2 - La diminution de la qualité des soins

Nombreuses ont été les participantes qui nous ont affirmé avoir constaté une diminution de la qualité des soins offerts aux patients au sein des CH où elles exercent. Ainsi, à partir du témoignage d'un infirmier participant d'expérience⁶¹, nous décrirons ci-dessous ce phénomène plus en détails. Par la suite, nous nous intéresserons à une perception à laquelle nombre d'infirmières participantes ont fait allusion, à savoir de porter l'odieux du déperissement de la qualité des soins qu'elles attribuent à la surcharge, et ce, même si elles ne sont pas à l'origine de choix qui ont été faits sans leur aval et qui contribuent à cette situation dans laquelle elles sont contraintes d'évoluer. En terminant, nous nous attarderons aux témoignages de plusieurs participantes qui nous ont affirmé que la surcharge qui afflige les infirmières soignantes les amène à commettre des erreurs dans le cadre de leur travail, lesquelles affectent la santé des patients.

⁶⁰ Notons que la catégorisation des soins s'apparente à la catégorisation axée sur la pathologie, qui est inhérente au modèle biomédical.

⁶¹ Notons que bien nous ayons fait le choix de décrire ce phénomène à partir du témoignage d'un infirmier soignant d'expérience, nombre de jeunes participantes n'ayant que peu d'années de pratique à leur actif nous ont également indiqué avoir été témoins d'un déclin de la qualité des soins depuis le début de leur exercice.

4.1.1.2.1 - Diminution de la qualité des soins : description du phénomène par un participant

Sylvain (043EI) a, entre autres, beaucoup insisté sur cette diminution de la qualité des soins offerts aux patients lors de l'entrevue individuelle qu'il nous a accordée, une situation qu'il attribue à la tendance qu'ont les gestionnaires à vouloir constamment augmenter le nombre de patients pris en charge par chaque infirmière soignante, cette pratique étant en accord avec l'idéologie managériale qui les mène directement à la surcharge de travail.

La performance, tout ce qu'ils cherchent, c'est d'augmenter les quotas. Augmenter le nombre de patients/infirmière, puis [...], on a beau leur dire [...] : « r'garde moi, j'ai un rôle de moniteur clinique, supervision du [...] personnel, recrutement, suivi de compétence. » On a beau leur dire : « ben, tu coupes mon poste, eh ben, les soins au niveau des patients et au niveau de la société vont diminuer. » « Non, non, on a des programmes pour surveiller. » Mais c'est clair que la qualité baisse. Depuis 23 ans que je suis entré, je m'aperçois que la qualité baisse beaucoup, beaucoup. Même que ça devient dangereux au niveau de la soignante aussi, l'infirmière. (Sylvain, 043EI)

Il n'y a aucun doute pour Sylvain (043EI) : la qualité des soins qui sont conférés aux patients est en diminution depuis qu'il a débuté l'exercice de la profession infirmière il y a 23 ans. Pour Sylvain (043EI), cette situation n'est pas seulement dangereuse pour les patients, elle l'est aussi pour les infirmières, qui doivent évoluer dans ces conditions. Il n'est pas le seul à avoir indiqué que les infirmières soignantes s'exposent à des dangers et mettent notamment leur santé en jeu. Par contre, nous avons noté que les infirmières ont une plus grande propension à décrire les effets collatéraux de la surcharge vécue par les patients que ceux qu'elles vivent elles-mêmes. Pour Sylvain (043EI), c'est aussi particulièrement des soins de base que les infirmières soignantes ne sont plus capables de donner aux patients consécutivement à la surcharge à travers laquelle elles exercent – notamment des soins qui permettent d'assurer leur confort.

Le patient [à] l'urgence, il est couché 24 heures dans le corridor, à la lumière, ce qui fait que les soins de base, je dirais que souvent... Ils n'ont pas été lavés, ils n'ont pas eu la possibilité d'aller [faire leur toilette]... Écoute, à l'urgence, on a 54 patients au permis, donc, on a des moyennes de 70 à 80 patients. On a trois chambres de bain pour les patients, dont une qui est complète avec une douche. C'est un peu ridicule, juste de base, ils ne sont pas satisfaits, là. À partir de là, tous les autres soins, l'interrelation, ça devient malheureusement un numéro de civière. Et même pour nos

gestionnaires, nos assistants, c'est [des] numéros de civières : « libère-moi cette civière-là! » (Sylvain, 043EI)

Pour Sylvain (043EI), à la base, les infrastructures du CH où il exerce ne permettent pas de satisfaire les besoins d'hygiène des patients. Lorsqu'on ajoute la surcharge et le manque de temps qui l'accompagne, les patients qui sont en situation de vulnérabilité, comme ceux qui ont une mobilité réduite, sont souvent ceux qui souffrent le plus de cette conjoncture déshumanisante et éthiquement questionnable.

Ce qu'on réussit à donner [...], c'est un minimum. Les patients qui ne sont plus capables de bouger dans leurs lits [...], il faudrait les bouger aux deux heures, mais ça ne se fait plus. Quand j'ai commencé, on le faisait, ça [...]. Depuis [...], on n'a plus le temps de les lever. On leur met des [...] culottes d'incontinence, pour sauver du temps. J'ai même déjà vu de contentionner des personnes [...], parce qu'ils veulent juste aller aux toilettes! On n'est même plus capable de donner des soins de base. C'est déprimant et décourageant. Toutes les infirmières ont à cœur les soins pour les personnes, mais [...] on n'est pas capable de tout donner. On a beau le dire à nos administrateurs mais, non, ils ne le voient pas : « non, non, les soins sont bons. » Moi-même, j'ai [accompagné] de la famille [en CH], pis, câline, les soins se sont vraiment dégradés. (Sylvain, 043EI)

Ainsi, d'après Sylvain (043EI), la diminution de la qualité des soins en CH serait accompagnée d'un *aveuglement volontaire de la part des administrateurs*.

4.1.1.2.2 - Les infirmières portent l'odieux de la piètre qualité des soins

Certaines participantes nous ont indiqué que ce sont les infirmières soignantes qui sont généralement tenues responsables de la diminution de la qualité des soins induite par la surcharge de travail. À travers ses dires, Roméo (061EG3) aborde le fait que les patients ont tendance à faire *porter le chapeau* aux infirmières :

par rapport à ça – la surcharge –, [il y a] aussi l'impact au niveau du patient [...] : il n'aura peut-être pas les soins optimaux [...] et c'est de l'insatisfaction [...] qui se reflète directement sur l'infirmière. L'infirmière va devoir prendre les commentaires désobligeants de la part des patients qui ont attendu un petit peu plus longtemps pour avoir leurs calmants pour la douleur [...]. Ou, ont attendu un petit peu plus longtemps dans leur culotte souillée parce qu'il n'y a jamais personne pour répondre à la cloche d'appel. C'est des choses auxquelles on pourrait s'attendre comme des soins de base [...], mais à cause de la [...] pénurie d'infirmière, à ce moment-là : « ben écoutez, c'est

la raison pourquoi je n'ai pas pu vous répondre avant. » *T'sais, ça devient comme une phrase prémâchée [...] qui, justement, justifie peut-être un manque de nouvelles solutions [...]. Je pense qu'il ne faut pas s'asseoir là-dessus [...], il faut essayer de trouver des [...] solutions nouvelles pour changer les choses.* (Roméo, 061EG3)

Derechef, Roméo (061EG3) confirme que les infirmières manquent de temps pour effectuer des soins de base, des soins qui ont un impact direct sur le confort des patients, ce qui les amène à avoir des commentaires désobligeants à l'endroit des infirmières soignantes qui, d'après les résultats qui se dégagent de cette étude, aimeraient pourtant bénéficier du temps nécessaire pour prodiguer ces soins. Dans cette conjoncture, les infirmières auraient aussi tendance, selon Roméo (061EG3), à utiliser le discours de la pénurie, pour ainsi se dégager des responsabilités ayant trait à la diminution de la qualité des soins donnés aux patients, une habitude qui, d'après lui, confine les infirmières soignantes dans un rôle de victime, ce qui a pour effet de pérenniser la situation. Ce discours qui, comme nous verrons ultérieurement, est aussi ardemment utilisé par les gestionnaires des unités de soins, de façon à justifier le manque de personnel et la surcharge qui en découle, aurait en quelque sorte été récupéré par les infirmières soignantes. D'après Sylvain (043EI), lorsque la diminution de la qualité des soins offerts aux patients amène ceux-ci à formuler des plaintes, c'est généralement les infirmières qui sont blâmées et non le CH où elles exercent.

Dans l'augmentation des quotas patients/infirmières, c'est sûr qu'ils coupent au niveau [des] salaires à payer] et tout ça, s'il y a moins d'infirmières. Sauf, qu'ils se préoccupent peu ou pas des soins donnés : « ah, ça va bien, il n'y a pas de plaintes. » Quand il y a des plaintes, ben, c'est sûr que ce n'est pas sur le CH que ça retombe, mais presque toujours au niveau de l'infirmière. [Le syndicat] ne le dit pas que l'infirmière a une surcharge de travail. « Ah, elle n'a juste pas fait sa job comme il faut », [et] les Ordres professionnels s'en vont dans le même sens. Sauf que les conditions, elles? Elle était avec dix patients ou [...] toute seule avec 31 patients dans l'heure des repas? (Sylvain, 043EI)

Sylvain (043EI) déplore aussi l'immobilisme de grandes institutions syndicales et professionnelles qui, à son avis, font fi de la surcharge de travail vécue par les infirmières soignantes, ces institutions se rendant en quelques sortes complices de ces pratiques managériales.

Pour certaines participantes, dont Adèle (058EG), les infirmières ne portent pas seulement l'odieux de leurs propres omissions ou des accidents qui surviennent consécutivement à la surcharge dans laquelle elles évoluent quotidiennement, elles sont aussi tenues responsables des erreurs commises par les infirmières auxiliaires.

J'avais une préposée [...], le soir, de 4 h à 8 h, et après ça elle quittait. Moi, je suis assistante et j'ai dix patients en plus, et l'autre fille [...], elle a dix patients avec chacune une infirmière auxiliaire. C'était un département [avec] des personnes en perte d'autonomie qui ont chuté pis, on avait deux bell check qui sont tout le temps en train de sonner [...], un système que quand [le patient se] lève, ça sonne. [Mais] on fait [quand même] des rapports de chutes à tour de bras. Quand la boss arrive : « mais [...] pourquoi il chutait? » « Ben là, c'est parce qu'il s'est levé. » « Comment ça il y avait pas le bell check? » « Mais [c'est] parce qu'[on] était toutes les deux indisponibles. » « Mais vous ne l'avez pas surveillé? » « On est quatre pour 20, là, et c'est sur l'heure du repas... » [Et dès que] ton infirmière auxiliaire fait une erreur de médicaments, elle venait te voir : « pourquoi que t'as fait une erreur? », « ben, vas lui demander [à elle]! » (Adèle, 058EG)

4.1.1.2.3 - La surcharge et les erreurs commises

Plusieurs infirmières participantes, telles Linda (030EI), Laurier (032EI), Danielle (040EI), Adèle (058EG) et Éric (060EG2), ont clairement identifié la surcharge à travers laquelle elles doivent évoluer comme étant directement responsable des erreurs qu'elles commettent dans le cadre de leur travail. Pour Laurier (032EI), le lien de causalité qui existe entre ces deux phénomènes est sans équivoque : « [avec] une trop grande charge de travail, un moment donné c'est immanquable que tu passes par-dessus des choses. De un, ça peut être dangereux là. Tu peux oublier un médicament, oublier [plein de choses]... » Comme plusieurs participantes, Laurier (032EI) fait référence au fait qu'il est fréquent que des infirmières oublient d'administrer certains médicaments ou se trompent dans le dosage parce que leur charge de travail est trop grande. Au même titre que Laurier (032EI), Didier (047EI) est d'avis que ce ne sont pas que des médicaments que les infirmières oublient dans le cadre de leur travail au sein des différents CH. Celui-ci indique que les infirmières font fréquemment des erreurs et oublient parfois de prodiguer des soins qui se révèlent essentiels aux patients dont elles prennent soin :

Chez nous, [pour le] nombre d'accidents, d'incidents, [...] on est le double de la moyenne provinciale [...]. Notre directeur s'est défendu [...] : « écoutez, nous autres, [...] on est un centre régional de santé mentale donc, les accidents [sont] plus élevés. » On veut bien y croire, [mais] chez nous, et probablement ailleurs, au-delà du temps supplémentaire obligatoire (TSO), il y a des travailleurs en soins qui sont contraints de travailler dans des conditions de travail, d'exécution de leurs tâches trop rapides, par manque de personnel, et qui est susceptible de leur faire faire des erreurs [...]. Et on en a la preuve, il y a des gens [...] qui parce qu'ils étaient over, trop, trop de patients, difficultés de concentration, pis qui l'échappaient [...]. [Et] pas nécessairement au niveau de la médication, mais [...] oublier des choses qui étaient essentielles. Donc, les travailleurs en soins, chez nous, sont contraints de par la structure [...], à aller vers l'essentiel plutôt que l'excellence. Et là, on a un discours pro-excellence chez nous et qui apparaît de plus en plus dans un contexte [...] qui ne permet pas cette excellence. (Didier, 047EI)

En ce qui a trait spécifiquement aux incidents ou aux accidents qui sont déclarés par les infirmières au sein du CSSS où il exerce, Didier (047EI) indique que c'est plus particulièrement d'erreurs de médicaments ou de chutes de patients dont il est question. Sans préciser exactement de quels soins il s'agit, celui-ci précise aussi que des soins essentiels sont parfois omis par les infirmières soignantes. Dans un contexte où le discours de l'excellence est de plus en plus mis de l'avant au sein du CSSS où il exerce, Didier (047EI) affirme qu'il est impossible pour les infirmières soignantes d'atteindre cette excellence dans de pareilles conditions de travail.

Pour Linda (030EI), combinées à la surcharge, les tâches administratives que doivent réaliser les infirmières concourent tant à occulter le but premier de la présence des infirmières soignantes au sein des unités de soins qu'à augmenter le risque que celles-ci commettent des erreurs :

Alors, la tâche administrative et toutes les petites affaires autour fait que le but premier de donner les soins au patient... il reçoit ses soins, mais, tu es tellement occupée que tu vas faire une erreur. « Eh bien, là, n'oublie pas de remplir ton formulaire d'accident/incident. » T'sais, parce que ça, c'est important, parce que ça, ça va passer dans un comité. (Linda, 030EI)

Comme l'indique Linda (030EI), lorsqu'un accident ou un incident survient dans le cadre du travail effectué par une infirmière soignante, celle-ci a l'obligation de compléter un formulaire

d'accident/incident qui est aussi désigné par le code *formulaire AH 223*. À travers les témoignages de plusieurs participantes dont celui de Linda (030EI), nous avons réalisé qu'il est était extrêmement important, du point de vue des gestionnaires d'unités, que ce formulaire soit rempli par les infirmières soignantes. Sans remettre en doute l'importance de ce formulaire, nous avons cherché à savoir si les infirmières interviewées considéraient que le fait de le compléter était important et utile. Voici donc une conversation qui s'est déroulée dans le cadre du deuxième groupe de discussion, où plusieurs éléments relatifs à ce formulaire ont été soulevés.

Trouvez-vous que c'est utile de remplir un rapport d'incidents/accidents? (Chercheur)

Non. (Océane, 055EG2)

Moi, je trouve que oui. (Laure, 056EG2)

J'aimerais entendre les deux avis. (Chercheur)

Moi, je trouve qu'on n'a pas le temps de les remplir... Là, t'écris ça et ça prend au moins 20 minutes pour te rappeler l'événement. Moi, je trouve que ça me fait perdre mon temps... Je pourrais être auprès du patient à finaliser quelques trucs au lieu de remplir ce rapport-là. C'est sûr que c'est important, mais ça ne serait pas à moi à remplir ça. (Laurie, 059EG2)

Sauf que c'est la seule façon pour prouver que tu n'as pas le temps de faire toutes tes affaires. C'est la seule façon de prouver à l'employeur que, regarde, t'en as fait des erreurs... (Laure, 056EG2)

[Ça témoigne] du fardeau de tâches. (Lisa, 057EG2)

C'est un indicateur. (Laure, 056EG2)

C'est pour ça que, moi, je le dis et je le sais que c'est quasiment du bénévolat, mais c'est tellement important que je te demande de prendre 15 minutes après ton quart de travail pour le remplir. Pars avec la feuille chez vous, fais ce que tu veux, mais écris. (Laure, 056EG2)

Ce n'est pas tout le monde qui a le dévouement pour ça. (Éric, 060EG2)

Ce n'est pas un dévouement. C'est pour eux autres et il faut qu'elles comprennent. (Laure, 056EG2)

Le monde s'en fout, des fois... (Éric, 060EG2)

C'est pour la sécurité du patient aussi. Par la suite, s'il y a d'autres cas, si ça va en cour ou quoi que ce soit et si tu ne l'as pas déclaré, tu es dans la marde. (Océane, EG2)

Parce que dans son bilan des ressources humaines, l'employeur a toujours son pourcentage de... (Laure, 056EG2)

Ah oui! (Laurie, 059EG2)

Pis ils ont l'obligation de rentrer ça pour le ministère. (Océane, 055EG2)

C'est une obligation. Ce qui fait que là pour cette année 2011-2012, il y a diminution de 25 %... (Laure, 056EG2)

Le problème c'est qu'il y a beaucoup de gens qui vont minimiser... parce que [...] tu peux avoir eu un incident, et que t'as mis un filet de sécurité et tu l'as rattrapé. Pis les gens ne comprennent pas toujours quand est-ce que c'est le temps de les remplir et les gens minimisent. Oui, je trouve que c'est un outil vraiment important et qu'on devrait tout le temps le faire peu importe ce qui est arrivé [...]. C'est une manière de prouver qu'il y a des problèmes. (Martha, 054EG2)

D'après moi, le monde ne le fait pas, parce qu'ils ne savent pas l'impact que ça peut apporter. Moi, je le fais, rappeler, mais je ne suis pas là de jour et je ne suis pas là de soir; je suis là de nuit. Mais c'est important de leur rappeler ça que ça a un impact sur eux autres et sur les patients, surtout. (Éric, 060EG2)

Si plusieurs infirmières participantes considèrent l'obligation de remplir ce formulaire comme une perte de temps, voire comme un châtimeut imposé après avoir commis une faute, nombreuses sont les participantes qui ont indiqué reconnaître l'importance de ce formulaire, certaines allant jusqu'à affirmer qu'il s'agit de la seule façon de prouver à leur employeur que, consécutivement à la surcharge, les infirmières n'ont pas le temps d'effectuer toutes les tâches qu'elles doivent réaliser et que cela les amène à faire des erreurs. Pourquoi les formulaires que les infirmières soignantes doivent remplir afin d'être rémunérées pour les heures supplémentaires qu'elles ont réalisées – le plus souvent parce qu'elles étaient surchargées et incapables de terminer leur quart de travail à l'heure prescrite – ne témoignent-ils pas

adéquatement du fait qu'elles manquent de temps? Les données recueillies dans le cadre de cette étude ne permettent pas de répondre à cette question. Peut-être est-ce parce que les infirmières soignantes qui remplissent ces formulaires sont souvent perçues par les gestionnaires comme ayant des problèmes d'organisation et que cela les amène à ne pas les remplir? Du moins, nombre d'infirmières nous ont confié avoir été accusées par des gestionnaires d'un manque d'organisation après avoir rempli un tel formulaire qui leur permet pourtant d'être rémunérées pour les heures supplémentaires effectuées. Ici, encore une fois, des infirmières soignantes portent l'odieuse charge de la surcharge de travail qui les afflige.

En définitive, le formulaire d'incidents/accidents témoignerait du fardeau de tâches des infirmières soignantes, voilà pourquoi son importance serait capitale pour certaines participantes. Pourtant, le fait de remplir ce formulaire est identifié comme un fardeau en soit par plusieurs de celles-ci, Laurie (059EG2) considérant d'ailleurs qu'elle ne devrait pas être celle qui porte l'obligation de remplir ce formulaire. Laure (056EG2), qui est d'avis que toutes les infirmières devraient savoir que le formulaire d'incidents/accidents leur est salutaire à différents niveaux, convient que les infirmières doivent souvent le remplir après leur quart de travail – ce qui constitue en quelque sorte une forme de *bénévolat*. Comme nous le verrons subséquemment dans le présent chapitre, les infirmières participantes indiquent donner déjà énormément d'heures à leur employeur, il apparaît donc compréhensible que celles-ci hésitent encore à donner de leur temps pour remplir ledit formulaire, et ce, même si elles réalisaient qu'elles gagneraient *collectivement* à le compléter.

4.1.1.3 - Donner du temps de travail gratuitement à l'employeur

De nombreuses participantes nous ont indiqué devoir travailler régulièrement sans être rémunérées, et ce, le plus souvent en raison de la situation de surcharge dans laquelle elles doivent évoluer. Que ce soit en commençant à travailler plus tôt ou en terminant leur quart de travail plus tard, en ne prenant pas leurs pauses ou en écourtant leurs heures de repas, chacune des ces participantes nous a indiqué qu'elles donnent, sous l'une ou plusieurs de ces formes, du temps gratuitement à leur employeur. De plus, la vaste majorité de ces infirmières

participantes nous ont signifié subir différentes formes de réprobation de la part des gestionnaires d'unités de soins, mais aussi de la part de leurs propres collègues, si elles ne débutent pas leur quart de travail bien avant l'heure où elles commencent à être rémunérées ou si elles prolongent leur quart de travail pour compléter leurs tâches. La réprobation venant des gestionnaires des unités de soins au sein desquelles elles exercent est d'autant plus grande si elles demandent, après coup, d'être rémunérées pour ces heures supplémentaires.

4.1.1.3.1 - *Ne pas prendre ses pauses*

Il est fréquent que des infirmières soignantes aient « *de la misère à avoir des pauses* » (Dominic, 038EI). Si plusieurs infirmières soignantes ayant participé à cette étude nous ont indiqué ne pas être en mesure de prendre leurs pauses, certaines d'entre elles, comme Julie (039EI), qui agit également à titre d'infirmière de liaison, se demandent pourquoi d'autres professionnels de la santé, qui sont pourtant assignés à une tâche similaire à la leur, réussissent à trouver du temps pour les prendre :

on n'a pas le temps de prendre nos breaks. Mais, là, ils ont mis une travailleuse sociale et, techniquement, ça devrait décharger un peu l'infirmière de liaison qui s'occupe de l'urgence [...]. Mais elle, elle a le temps de prendre ses pauses [...] (rires). Moi, ça me fascine... [...], je ne sais pas pourquoi, mais, il y a du monde qui ont le temps de prendre leur break! Ça, c'est fascinant, pour moi. (Julie, 039EI)

Cet extrait du *verbatim* de l'entrevue réalisé auprès de Julie (039EI) soulève un point important : bien que la surcharge de travail soit identifiée par une majorité des participantes comme étant responsable du fait qu'elles demeurent souvent incapables de prendre des pauses, les infirmières auraient tout de même la possibilité de les prendre, au même titre que certains autres professionnels. Il existe donc des raisons bien précises pour lesquelles des infirmières ne prennent pas leurs pauses. D'après les données que nous avons recueillies, les infirmières soignantes ont une forte tendance à faire passer le bien-être des patients avant le leur, ce discours est profondément ancré en elles et est, à notre avis, issu d'une longue tradition historique qui sert les institutions hospitalières encore aujourd'hui. Même si prendre des pauses favorise leur bien-être, les infirmières n'hésiteront pas à sacrifier leur temps de repos en priorisant le bien-être des patients. Nous reviendrons sur cet élément en plus d'y faire

référence dans la section du présent chapitre consacré à la peur, mais les infirmières savent également qu'elles s'exposeront à des représailles si elles ne terminent pas leur travail à temps. Bien qu'il soit mal vu qu'elles n'aient pas le temps de prendre leurs pauses et que cela est problématique pour l'organisation du travail avec leurs collègues, il est extrêmement mal vu pour une infirmière de ne pas terminer son quart de travail à temps. Elles préféreront évidemment ne pas prendre de pause que de terminer leur quart de travail après l'heure prescrite.

Du point de vue de Louise (044EI), le fait de ne pas prendre de pause est un choix qu'elle fait parce qu'elle désire prendre du temps pour échanger avec les patients qui sont à sa charge :

vous avez dit tantôt : « il y a des gens qui m'identifient comme étant [lente]... » – C'est qui, qui vous dit que vous êtes lente? (Chercheur)

Ah, les collègues! (Louise, 044EI)

C'est les collègues? (Chercheur)

Je le dis, alors, ce n'est pas un problème [...] je suis plus vieille, je suis moins shlack, shlack, shlack [...]. Moi, je prends du temps. Je parle avec les gens, bon, etc. Alors, des fois, je fais mes rapports après, j'm'en fous, je ne mets pas de temps supplémentaire pour ça pantoute. Moi, je viens du milieu communautaire, hein, or, dans le milieu communautaire [...], la notion de temps n'est pas du tout la même. Alors, ça ne me fait rien, moi, de rester 15 minutes de plus ou de ne pas prendre mon break, j'm'en fous complètement! Mais, je suis consciente que dans un hôpital [conventionnel], tu ne fais pas ça. Tu te trouves à enlever à l'autre la possibilité d'avoir son break [...]. Ça, c'est [la] norme, c'est syndical, c'est correct là. Moi, je ne prends jamais mon break, personne ne me dit rien, si jamais je veux le prendre, je le prendrai. (Louise, 044EI)

Parce qu'en fait, vous ne pourriez pas arriver si vous le preniez? (Chercheur)

Je ne pourrais pas arriver ou, alors, je fais d'autres choses, oui... (Louise, 044EI)

Vous ne pourriez pas faire ce que vous aimez faire, prendre le temps d'interagir avec les patients? (Chercheur)

Oui, c'est ça, t'sais, alors je peux avoir trois patients pis pas arriver, et, je peux avoir un patient pis pas arriver. Je peux en avoir cinq pis arriver, t'sais, ça dépend des fois.
(Louise, 044EI)

S'il apparaît que c'est par choix que Louise (044EI) – une infirmière d'expérience qui est issue du milieu communautaire et qui exerce maintenant au sein d'un hôpital de réadaptation – ne prend aucune de ses pauses, il n'en demeure pas moins que, pour offrir la présence qu'elle considère essentielle au bien-être des patients, elle n'a d'autre choix que de ne jamais les prendre et de prolonger bien souvent ses heures de travail au-delà des limites au sein desquelles l'ensemble de ses tâches devraient être réalisées. Par *conviction*, elle est donc *contrainte d'agir* de la sorte pour offrir des soins éthiques. Elle fait donc passer le bien-être des patients avant le sien en s'opposant systématiquement aux normes établies qui prescrivent de prendre des pauses et de terminer le quart de travail à 16h. D'après les données que nous avons recueillies, une jeune infirmière qui, de la sorte, s'opposerait aux normes ambiantes au sein d'un CH serait rapidement rencontrée par le gestionnaire d'unité⁶² de façon à corriger ce comportement hors-norme.

4.1.1.3.2 - Débuter son quart de travail plus tôt

Pour Julie (039EI), mais aussi pour plusieurs participantes que nous avons rencontrées, la période matinale revêt une importance particulière parce qu'à titre d'infirmières soignantes, si elles prennent du retard en matinée, cela aura des répercussions durant toute la journée de travail, des répercussions qui culmineront dans une impossibilité de terminer leur tâche journalière à temps.

C'est toujours la performance. C'est une course contre la montre tous les matins. Tu vois l'autre fille à côté, elle, elle a fini et elle prend son break. Là, t'es comme « je n'y arrive pas, là », [et] il n'y a pas d'aide. Mettons l'autre a fini, elle vient te voir et dit : « t'as-tu besoin d'aide? » Ça n'arrive pas, ça. Nous, c'est nouveau, on a des chariots de distribution de médicaments [...] depuis vendredi [...]. Avant, c'était toute la

⁶² Il est mal vu de ne jamais prendre de pauses et de terminer son quart de travail plus tard dans des CH que nous qualifierons de plus conventionnels en comparaison à celui où Louise (044EI) exerce. Le discours managérial proscrit ce genre de pratique. Même si cela peut paraître contradictoire, nous croyons que Louise (044EI) agit en quelque sorte à titre d'objectrice de conscience en se permettant d'agir dans une certaine lenteur – une lenteur dont elle fait l'éloge – et en ayant les comportements hors-norme qui en découlent nécessairement. Nous croyons qu'il serait extrêmement difficile, voire dangereux, pour une jeune infirmière d'agir de la sorte au sein d'un CH.

préparation de pilules, pis le monde arrivait à 7 heures et vingt le matin, mais on est payé à partir de 8 heures moins dix. Pis là c'est la course [...] : si tes pilules sont pas prêtes à 8 heures, eh ben, là, t'arrives plus toute la journée [...]. Ça fait que [...] je me sens jugée, mettons, si j'arrive à 8 heures moins dix, mon patron va me regarder. Je ne sais pas, mais on dirait que tu te sens tout le temps regardé. (Julie, 039EI)

Dans le fond il faudrait que vous arriviez à 7 heures et demie? (Chercheur)

7 heures et vingt pour préparer les pilules! Pis à 8 heures moins dix, tu pars avec ton petit plateau [...]. Tu prends tes signes vitaux mais, là, si tu commences à préparer tes pilules à 8 heures, t'as l'air fou là parce que t'arrives plus. Il faut que tu fasses tes bains. Il faut que tu fasses tes pansements. Et que t'aille porter tes patients en physio. Oublie ça, là, tu ne vas pas manger à 11 heures [...]. J'ai l'impression, quand même, que chaque chose est comptée, dans le sens où si t'arrives pas à la fin de ta journée, c'est parce que t'es pas correcte. (Julie, 039EI)

Pour Julie (039EI), le chacun pour soi caractérise les débuts de quarts de travail des infirmières soignantes. Chacune s'efforce de ne pas prendre de retard parce qu'elle sait qu'elle ne bénéficiera d'aucune marge de manœuvre lui permettant de rattraper le temps perdu. Chacune sait aussi, comme nous l'avons vu précédemment à partir des propos d'Éric (060EG2), Charles (036EI), Linda (030EI) et Martha (054EG2), que son travail l'expose nécessairement à des imprévus et qu'elle sera incapable d'y faire face si elle a déjà accusé un retard dès le début de son quart. Comme l'indique Julie (039EI), mais aussi bon nombre de participantes, il est généralement pris pour acquis que les infirmières soignantes se présentent plus tôt au travail. Cela constitue la norme, notamment parce qu'il est, à toutes fins pratiques, impossible qu'elles puissent réaliser tout le travail que l'on attend d'elles si elles débutaient leur quart de travail à l'heure où elles commencent à être rémunérées. Si les infirmières soignantes ne se soumettent pas à cette norme, elles se sentent rapidement pointées du doigt, que ce soit par les gestionnaires d'unités ou par leurs propres collègues, comme nous le verrons subséquemment à travers les propos de Cécile (029EI). Cela amène Julie (039EI) à préciser qu'elle se sent constamment surveillée dans le cadre de son travail d'infirmière soignante.

4.1.1.3.3 - Prolongation de la journée de travail

Toujours du point de vue de Cécile (029EI), mais aussi de celui de nombreuses autres participantes, il apparaît que la surcharge de travail à travers laquelle évoluent les infirmières soignantes les amène souvent à devoir quitter leur lieu de travail bien après la fin de leur quart : « *les infirmières qui s'entêtent à faire tout ce qu'elles voudraient faire, ne finissent pas à la fin de leurs shifts* » (Agnès, 048EG1).

À la salle d'opération [...], ils veulent nous envoyer les patients, mais des fois, nos patients n'ont même pas congé, [alors], évidemment, que l'on dépasse souvent le temps requis. C'est rare que, moi, je vais passer la porte à 4 heures et quart. La prime de chevauchement, [...] est appréciée parce qu'on a été des années à rester pour donner notre rapport ou à arriver avant et partir après, sans être rémunérées. Je suis contente que 21 ans plus tard, on soit reconnues, [plutôt] que de se battre à demander un 15 minutes à une infirmière chef, qui dit : « ouais, as-tu mal organisé ta nuit? » Ce qui fait que tu pars plus tard, et quand tu manges sur le pouce sur le coin du bureau avec un sandwich, parce que tu continues tes dossiers, parce que tu n'arriveras pas à 4 heures et quart, il y a quelque chose qui ne marche pas. (Cécile, 029EI)

Du point de vue de Cécile (029EI), des infirmières soignantes ont souvent l'impression de *devoir se battre* avec leur chef de service lorsqu'elles demandent à ce que l'on rémunère ces heures supplémentaires. Comme nous le verrons dans la section consacrée au thème de la peur du présent chapitre, la rhétorique managériale de l'infirmière qui « *ne sait pas gérer [s]on temps* » (Doris, 051EG1) est très souvent utilisée par les gestionnaires d'unités pour justifier le refus de la rémunération de ces heures supplémentaires. Cécile (029EI) poursuit en ce sens quant à cette injustice soulignée par de nombreuses infirmières participantes :

c'est un peu la réponse qu'on a des chefs de services. Elles nous rencontrent et disent : « ça ne se peut pas que sur dix jours, que huit jours tu n'arrives pas dans ta journée. » Ce qui fait qu'il y en a qui ont comme réponse justement de ne plus le demander parce qu'elles [se font] tellement refuser souvent [d'être rémunérées] et ce n'est pas nécessairement justifié qu'il y a eu plus de patients d'opérés... et qu'il y a eu des patients qui ont eu un problème, là. (Cécile, 029EI)

*Il doit y avoir une justification quant même assez factuelle? (Chercheur)
Oui, oui, oui, oui, oui... (Cécile, 029EI)*

Ok. (Chercheur)

Voyez-vous, je suis partie à 7 heures moins le quart dimanche. Je termine à 4 heures et quart. On a eu une patiente en pré-code toute la journée et jamais personne ne nous a aidé. Ce qui fait que, veux ou ne veux pas, tu passes la moitié de ta journée dans la chambre avec la patiente en pré-code⁶³. (Cécile, 029EI)

Au même titre que le dénote Cécile (029EI), nombreuses sont les participantes à nous avoir indiqué qu'elles n'ont pas tendance à demander à ce que ces heures supplémentaires soient payées.

4.1.1.4 - Tenir pour acquis que les infirmières « sauveront les meubles » : une perception

Comme nous venons de le rapporter, en réaction à la surcharge de travail qui les afflige, les infirmières soignantes sont contraintes d'agir de différentes façons qui, dans l'ensemble, ne les satisfont aucunement, que ce soit en allant à l'encontre du bien-être des patients ou en allant à l'encontre de leur propre bien-être. Comme, de ce fait, elles en arrivent tant bien que mal à accomplir la besogne qui leur est confiée – bien qu'au prix fort – il est de l'avis des participantes que des intervenants de la santé⁶⁴ prennent pour acquis que les infirmières soignantes sont capables de passer au travers n'importe quelle situation de surcharge. Ainsi, plusieurs d'entre elles nous ont indiqué avoir la perception que les gestionnaires savent qu'elles essayeront constamment de limiter au minimum les impacts négatifs de la surcharge sur les patients et que par le fait même, ceux-ci en profitent pour leur en demander toujours plus. Qui plus est, des participantes nous ont également confié avoir l'impression que la surcharge de travail qui incombe aux infirmières soignantes était devenue la norme et que rien n'est fait pour remédier à cette situation, comme si surcharger les infirmières soignantes était devenu un mode de gestion en soi. À l'extrême, certaines d'entre elles en arrivent à désirer qu'une situation grave survienne, afin que l'on réalise une fois pour toute que les infirmières ne peuvent indéfiniment sauver les meubles.

⁶³ Une patiente *en pré-code*, comme l'indique Cécile (029EI) est une patiente dont l'état de santé est précaire, mais dont la condition n'est pas assez critique pour qu'un *code* soit lancé, par exemple un *code bleu*, afin qu'une équipe de réanimation spécialement formée à cet effet prenne la relève.

⁶⁴ Il est question notamment des gestionnaires d'unités de soins, mais également des médecins.

Comme l'a indiqué Danielle (040EI), dont nous rapporterons ultérieurement les propos dans la sous-section de ce chapitre consacrée à la peur, l'organisation du travail au sein des CH serait articulée de façon à ce que les infirmières soignantes absorbent le stress et la pression inhérente à une surcharge omniprésente, en augmentant leur cadence de travail. Laurier (032EI), que nous avons rencontré dans le cadre d'une entrevue individuelle, fait référence à ce phénomène à partir d'une conversation qu'il a eue avec la gestionnaire de l'unité où il exerce :

plusieurs fois, on est allés la trouver pour lui dire : « r'garde, ça prendrait une infirmière de plus [...], [il y a] tant de patients, les cas sont lourds. » Là : « non, non, non ça se fait. » C'est sûr que ça se fait et en courant et avec quels genres de soins? Tout se fait. Mais tu ne peux pas avoir la quantité et la qualité, je regrette là. « Puis, non, non, non, puis le budget, le budget, le budget. » (Laurier, 032EI)

De façon générale, selon leur dire, les infirmières participantes ne sont pas dupes, elles ont réalisé depuis longtemps qu'elles tiennent littéralement les unités de soins et tout « *le réseau à bout de bras* » (Josée, 035EI). Elles ont compris que l'on mise sur le fait qu'elles ne laisseront jamais tomber les patients dont elles prennent soin pour leur en demander toujours plus et, ainsi, réaliser des économies substantielles. Charles (036EI) apporte quelques pistes d'explications sur ce phénomène :

je pense que c'est dans la culture [infirmière], je ne sais pas mais [...], depuis des années, l'infirmière est dédiée dans le fond à la population et tout ça. Donc, je pense que c'est inculqué, même durant nos cours, de pouvoir en prendre plus et tout ça. Donc, c'est en voulant le bien des patients... [qu'] on en prend un peu plus sur nos épaules pour pouvoir leur en donner et pour qu'ils soient bien traités, entre autres. Je pense que ça vient de là, en tout cas. (Charles, 036EI)

Les participantes savent aussi qu'elles sont humaines, qu'elles ont leurs limites, qu'elles ne sont pas infaillibles et que ce genre de pratique institutionnelle de désengagement, à travers laquelle les infirmières doivent tout prendre « *sur [leurs] épaules et [...] se fermer la boîte* » (Suzanne 042EI), a nécessairement des répercussions. Si Laurier (032EI) a fait référence aux effets collatéraux que ces pratiques peuvent avoir sur les soins donnés aux patients, Monique

(034EI) fait aussi référence aux conséquences de ces pratiques sur le travail de l'assistante infirmière-chef (AIC) :

l'AIC [...], c'est pas sa tâche de relever des prescriptions [...] mais ça te donne une idée qu'y manque une infirmière, parce qu'elle est obligée de le faire. Parce qu'elle voit qu'on arrive pas. C'qui fait que le médecin et l'employeur ont les deux yeux fermés et disent : « c'est pas grave, les infirmières vont backer. » T'sais, y a plein d'ouvrage là, on n'a [...] pas de personnel de plus, mais c'est pas grave : y vont arriver pareil. Ils vont faire une heure ou deux de supplémentaire [...], la charge est beaucoup sur l'infirmière. C'est ça t'sais, elles passent toujours au travers de tout.
(Monique, 034EI)

D'après Monique (034EI), le fait que les AIC doivent relever les ordonnances montre à quel point les infirmières soignantes évoluent dans une surcharge continuelle. Ce phénomène récurrent, même s'il permet aux infirmières de joindre les deux bouts, aurait pourtant des effets pervers, notamment quant à l'autonomie professionnelle de celles-ci. De plus, le temps précieux que les AIC investissent pour relever les ordonnances qui devraient être relevées par les infirmières soignantes, qui ont été formées pour réaliser cette tâche, ne peut être investi dans le soutien indispensable que les AIC se doivent de donner à titre de consultantes aux infirmières soignantes et, notamment, à celles qui sont moins expérimentées.

Les dires de Monique (034EI) apportent aussi un éclairage particulier quant au caractère normatif de la surcharge dans laquelle les infirmières soignantes sont contraintes d'évoluer. D'après Monique (034EI), la chronicité de cette surcharge amène les différents intervenants de la santé, notamment les gestionnaires et les médecins, à considérer celle-ci comme étant normale. Du point de vue de Monique (034EI), être une infirmière signifie être constamment en état de surcharge. À l'instar de celle-ci, plusieurs participantes nous ont d'ailleurs indiqué que lorsqu'elles se retrouvent dans une situation où elles ne sont pas en surcharge au sein d'une unité, ou lorsqu'une erreur de planification fait en sorte qu'elles se trouvent en surplus⁶⁵ d'infirmières, il est généralement admis qu'il y a une infirmière de trop

⁶⁵ Il est à noter que la notion de *surplus* est ici relative. Nous croyons que cette notion est issue du discours managérial, lui-même assimilé par les infirmières. *A priori*, la planification des effectifs est à ce point serrée au sein des unités de soins des différents CH que nous considérons l'utilisation de la notion de *surplus* comme étant erronée du fait que, même lorsqu'il n'y a aucune infirmière absente au sein d'une unité de soins, les infirmières soignantes se trouvent tout de même très souvent en situation de surcharge. Ainsi, avec une infirmière soignante en plus, une unité ne se retrouvera pas en *surplus* d'un point de

au sein de cette unité. Celle-ci est donc rapidement dirigée ailleurs dans l'hôpital. Cette situation est extrêmement frustrante pour la majorité des infirmières que nous avons rencontrées parce qu'à l'inverse, lorsqu'une infirmière est absente, par exemple pour des raisons de maladie, il arrive fréquemment qu'elle ne soit pas remplacée et que les infirmières soignantes en place doivent assumer la surcharge induite par cette absence.

D'après plusieurs participantes, les infirmières soignantes évoluent tellement bien dans l'adversité que les gestionnaires des CH n'ont pas à intervenir pour pallier la surcharge de travail. Cette situation amène Laurier (032EI) à penser que ce « *qui devrait arriver [...], c'est qu'à un moment donné, ça pète, [...] qu'on rentre dans le mur* », puisque, d'après celui-ci, ce n'est que de cette façon que les gestionnaires réaliseront qu'ils n'ont « *pas le choix, un moment donné de [s]e faire travailler les méninges, [puis de se demander pourquoi] on est arrivé là et [...] ce qu'on devrait faire* » (Laurier, 032EI). Pour leur part, des participantes appréhendent le moment où cette situation de surcharge tournera mal. Selon Yuan (041EI),

il faudrait presque que quelque chose de négatif arrive [aux] patients. Ce n'est pas qu'on le souhaite, mais c'est comme si juste ça peut les pousser [à agir]. Par contre, si ça touche les patients [...] on va tout faire pour les sauver et [empêcher] l'issue négative. Donc, aujourd'hui, j'ai mis un Band Aid et c'était correct, ben je continue [...]. Mais la journée que quelqu'un va frapper le mur, c'est là que ça va sortir mes amis! Je ne vous dis pas qu'elles ne le disent pas, [les infirmières, que c'est dangereux], elles le disent. Mais c'est à un niveau plus haut qu'ils ont besoin de l'entendre. Un niveau [...] qui a besoin d'avoir toutes les affaires écrites et, souvent [...], ce n'est pas des choses écrites. Un peu comme un enfant qu'on soupçonne qu'il a été battu mais on n'attend pas nécessairement qu'il y ait une affaire écrite. Mais du côté nursing, oui. (Yuan, 041EI)

À travers son témoignage, Yuan (041EI) dénonce le laxisme des gestionnaires des établissements de santé qui n'interviennent que très rarement pour régler une situation problématique liée à la surcharge de travail des infirmières soignantes, à moins que des plaintes écrites soient formulées. Par ailleurs, nombre d'infirmières participantes qui agissent à titre de représentantes syndicales nous ont indiqué que certains gestionnaires, malgré l'absence de plaintes écrites, sont bien au fait de la situation de surcharge dans laquelle les infirmières

vue autre que managérial, mais bien souvent dans une situation *fonctionnelle* permettant aux infirmières soignantes de soigner comme elles le devraient – de soigner comme on leur a enseigné de le faire – comme l'ont souligné nombre de participantes.

soignantes évoluent, en plus de savoir pertinemment que cela a des conséquences à de multiples niveaux. Selon elles, ils attendent que des plaintes écrites soient formulées pour mettre en place des solutions. Des plaintes écrites qui, d'après Yuan (041EI), ne sont pas sur le point d'être rédigées par des infirmières soignantes trop occupées pour les formuler. Ce phénomène serait associé à un déficit d'engagement politique et de solidarité, selon cette même participante :

les infirmières sont épuisées, et n'ont pas le temps d'écrire. Quand on essaye de leur expliquer (aux gestionnaires), c'est un peu comme [si] c'est juste moi qui voit les problématiques comme [...] infirmière représentante [syndicale]. [Ils] disent [que] c'est juste moi qui me plaint pour rien. C'est ce qu'on dit en anglais : « a shit disturber. » Alors, j'ai souvent besoin de l'appui de [...] mes collègues mais, c'est ça qui n'est pas évident. Ils sont trop fatigués. Oui, mais si ça vient de toi, c'est pas assez? Non, ce n'est pas assez, je ne peux pas faire la plainte pour tout l'hôpital. J'ai besoin que les gens écrivent. Quand les gens s'impliquent, là, ça bouge les choses. (Yuan, 041EI)

4.1.1.5 - Des participantes s'expliquent la surcharge et certains de ses effets corollaires

Plusieurs infirmières soignantes ayant participé à cette étude nous ont fait part de ce qui, de leur point de vue, explique tant la situation de surcharge dans laquelle elles sont contraintes d'évoluer, que certaines des conséquences qui découlent de cette situation. Si nombre d'infirmières ont identifié la pénurie comme une des principales causes de la surcharge de travail qui afflige les infirmières soignantes, quelques-unes d'entre elles ont, pour leur part, remis en question le discours même de la pénurie d'infirmières. Certaines ont plongé au cœur des questions relatives aux impératifs économiques qui les gouvernent. Une partie des participantes a également procédé à une analyse de la complexification des soins infirmiers, tout en nous laissant savoir qu'aucune ressource humaine supplémentaire n'a été prévue pour les aider à faire face à cette réalité, ce qui, de leur point de vue, aurait pour effet d'amplifier considérablement la surcharge de travail. Au fil de leur argumentaire, quelques infirmières participantes ont également soumis à notre attention le rôle que des médecins peuvent jouer dans la situation de surcharge qui prévaut actuellement dans plusieurs milieux

de soins. D'autres ont été extrêmement critiques d'une gestion hospitalière qui serait à l'origine de la surcharge de travail des infirmières.

4.1.1.5.1 - La surcharge expliquée par la pénurie d'infirmières

On pensait que la pénurie allait nous avantager [...] : « vous voulez qu'on reste et vous voulez attirer des infirmières, mais il faut [leur] donner plus [...], mon dieu, [rehausser] les conditions de travail! » Mais ça été le contraire : « vous êtes en pénurie, donc, TSO; donc, on augmente le ratio de patients. » T'sais, ça été l'avenue de l'employeur au lieu d'essayer de faire que ce soit plus attractif [...]. Je ne sais pas, là, c'est quoi leur manière de penser. J'appelle ça un peu de la gestion de bouts de chandelle, t'sais, c'est au jour le jour [...]. J'étais dans le syndicat, pis on avait la vision à long terme un peu pour prévoir cette pénurie-là et tout ça. Mais t'sais, encore là, on a beau le dire, mais c'est eux autres qui gèrent. Encore là, il faut écouter et ce qui fait que quand on est arrivé devant la pénurie [...], ils ont pris ces avenues-là de TSO, d'augmentation de tâches, d'augmenter les ratios, ce qui fait que ça, c'est une explication. (Josée, 035EI)

Plusieurs participantes ont attribué à la pénurie d'infirmières les piètres conditions d'exercice et la surcharge à travers lesquelles elles sont contraintes d'évoluer. Voici ce que Michel (037EI) et Linda (030EI) ont exprimé à ce sujet :

je suis sûr qu'on est rendu là à cause principalement de la pénurie, qui a été créée, entre autres, par [de mauvaises décisions politiques], qui avait amené les infirmières à faire des retraites massives, ça a réduit de beaucoup l'effectif [infirmier]. (Michel, 037EI)

Pour Michel (037EI), ces départs massifs à la retraite couplés à ceux qui surviennent de façon constante, consécutivement au vieillissement de l'effectif infirmier au Québec, provoquent une pénurie que les établissements d'enseignement peinent à résoudre par la formation de nouvelles infirmières. Des CH comme celui où il exerce se trouvent donc avec plusieurs postes vacants qu'ils sont incapables de combler. D'après Michel (037EI), la pénurie n'est pas à la veille de se résorber et engendre des répercussions importantes pour les infirmières soignantes comme le dépérissement de leurs conditions de travail. Pour Linda (030EI), les mauvais choix politiques de l'époque ont effectivement provoqué un manque important d'infirmières, une situation qui de son avis est devenue absolument hors de contrôle.

Le manque d'infirmières, là [...] ç'a commencé en 98 et un peu avant. C'est un tsunami qui a été déclenché [...]: « Oh non! Non, non, non, il n'y en a pas de tsunami, y en a pas! » Et là, [...] quand la vague a frappé [...], ceux qui étaient en place – cadres intermédiaires, cadres supérieurs, cadres de portes – tout le monde a été pris dans le piège. Là, même s'ils veulent essayer de rattraper et d'être fins avec les infirmières qui sont sur le terrain, ils sont dépassés [...]. Je pense qu'ils sont tellement occupés à essayer de faire fonctionner les choses, [...] qu'ils sont juste contents quand on rentre au travail et qu'il n'y a pas trop de demandes. Je pense que leur reconnaissance c'est ça : « ah! Phiouf! Il nous manque juste 100 infirmières à matin. Yé! Au lieu de 200! » C'est ça la reconnaissance de l'institution. (Linda, 030EI)

D'après Linda (030EI), le fait que les dirigeants des CH soient complètement dépassés par la pénurie les amène à négliger les infirmières soignantes sur le terrain, notamment en ne se souciant pas des conditions dans lesquelles celles-ci sont contraintes d'exercer et en ne leur offrant aucune reconnaissance pour le travail qu'elles accomplissent. Pour Linda (030EI), les gestionnaires se satisfont généralement que les infirmières ne se plaignent pas trop, donc, qu'elles formulent un minimum de requêtes à leur endroit. D'après Linda (030EI), de toute façon, les infirmières soignantes n'ont plus tendance à formuler quelque requête que ce soit à l'endroit des gestionnaires, parce qu'elles savent pertinemment que rien ne sera entrepris pour pallier les problèmes qu'elles signifient et qu'elles se feront le plus souvent répondre par cette rhétorique qui entraîne nécessairement à leur mutisme : « *si vous avez des solutions, proposez-nous-les*⁶⁶ » (Linda, 030EI). Celle-ci souligne d'ailleurs qu' « *il n'y a plus une infirmière qui est capable d'entendre ça* ».

⁶⁶ Bien que cette ritournelle du : « *qu'est-ce que tu proposes?* » (Roméo, 061EG3 et Serge, 063EI simultanément) se présente généralement sous les nobles attributs de l'inclusion des infirmières dans le processus de résolution de problème, d'après les données que nous avons recueillies, celle-ci a aussi pour effet de museler les infirmières qui auront vite fait de comprendre qu'il est préférable de ne pas déranger les gestionnaires à moins qu'elles aient d'abord trouvé elles-mêmes les solutions aux problèmes qu'elles constatent. Ces deux extraits des *verbatim* de Jacques (028EI) et Didier (047EI) sont conformes aux dires de la presque totalité des infirmières participantes qui se sont prononcées sur le sujet :

Quand on a une plainte à formuler, les gestionnaires nous les reflètent, en nous demandant ce que nous on peut faire pour améliorer la situation. Donc, j'ai l'impression qu'il y a comme un désengagement [...]. En termes théoriques, c'est l'empowerment de l'employé là, mais, sur le terrain c'est de faire un miracle. Il y a une différence entre valoriser le travail de l'employé, puis, de lui demander de faire un miracle. [...] Et si je me rappelle de ma bible : Jésus avait de l'eau pour faire du vin : là, théoriquement, il avait quelque chose pour partir... (Jacques, 028EI)

Quand on fait appel aux soignants [...]: « qu'est-ce que tu ferais toi [...] pour régler telle ou telle situation ? », ben, c'est un discours de sourd [...]. On court après notre queue. Plutôt, allez vous informer, allez à l'académie

Les propos de Sylvain (043EI), que nous avons recueillis dans le cadre de l'entrevue qu'il nous a accordée, font écho à ceux de Michel (037EI) et de Linda (030EI) en ce qui a trait aux répercussions importantes des départs massifs à la retraite sur l'effectif infirmier actuel. Cependant, Sylvain (043EI) fait référence à d'autres éléments qui paraissent exacerber cette pénurie d'infirmières à laquelle plusieurs participantes ont fait allusion comme étant une des principales causes des piètres conditions à travers lesquelles elles sont contraintes d'exercer :

la mise en retraite de [1998], ç'a été fait par le gouvernement, des plans avantageux. Et puis, ils se sont aperçus [...] que tout le monde est parti en retraite trop vite. Ça fait qu'il y a eu vraiment une pénurie et, donc, en ayant la pénurie, il y a eu dégradation des soins et parce qu'il manquait vraiment beaucoup de monde, est arrivé les TSO. À partir de là, il y a eu une grogne générale [...], des abandons au niveau du personnel, donc, encore plus de problèmes. Ensuite, tout [cela] a entraîné [...] des maladies, des augmentations du taux d'absentéisme [...], donc, c'est un cercle vicieux [...]. Ils pensent administratif, ils ne pensent pas toujours au bien-être du personnel [et] de la population. La population qui vieillit, les baby-boomers qui sont à l'âge de la retraite, multifacteurs de problèmes de santé, tout ça mis ensemble, ben, ça cause le problème qu'on connaît, les engorgements, les problèmes de soins. (Sylvain, 043EI)

Au même titre que Sylvain (043EI), Fatima (033EI), Josée (035EI) et Leticia (046EI) ont expliqué par la pénurie l'avènement de phénomènes comme la surcharge, l'essoufflement et la fatigue chronique des infirmières soignantes, notamment aggravés par le fait qu'on les contraigne à effectuer du TSO. C'est à travers ce que ces participantes ont toutes identifié comme un cercle vicieux initié par la pénurie d'infirmières et par les choix de gestion qui ont été mis de l'avant pour y faire face que ces phénomènes opèrent comme si, à titre de groupe, les infirmières soignantes étaient prises « *dans un engrenage* » (Fatima, 033EI) duquel elles ne

administrative de l'université et allez voir les gens qui ont la corde et [demandez-leur]: « on fait quoi là? ». Et là, on laisse entendre dans ce discours-là que [...] c'est en bas le problème [...]. [Et bien] admettons qu'il y a 10 problèmes au niveau de la dotation des soins et qu'il y en a 10 en haut. Mettons que c'est équitable. Qui a le pouvoir et le devoir de les régler ces 20 problèmes-là ? Moi, je pense pas qu'il faut que ce soit le soignant, [...] c'est en haut. Dirige le chemin de la solution pis, en bas, ils vont suivre. Maintenant, moi, je pense qu'on n'a pas fait le bon diagnostic du réseau de la santé. Quand l'administratif a un diagnostic, mais c'est plutôt ailleurs que le problème est. Quand, en bas, on fait le diagnostic, mais c'est en haut que ça se passe. Y as-tu quelqu'un qui peut s'asseoir et regarder ça objectivement et de dire : « voyons, c'est quoi les problèmes? » Et, essayons de travailler sur les problèmes. (Didier, 047EI)

pouvaient se défaire, consécutivement à cette pénurie qui ferait rage au sein des CH où elles exercent.

Un des phénomènes que les infirmières participantes ont associé à ce cercle vicieux initié par la pénurie et qui contribue à sa perpétuation et, donc, aux piètres conditions d'exercice dans lesquelles elles évoluent, tient au fait que nombre d'infirmières soignantes en arrivent à quitter leur poste au sein des CH ou à changer de profession. Josée (035EI) fait référence à ce phénomène qui fait naître en elle le découragement :

dans la conjoncture actuelle, mon dieu, je ne sais pas où c'est qu'on s'en va. Les gens, on n'a de moins en moins de conditions [...] de travail [intéressantes]. C'est qui fait que de plus en plus de gens quittent [...] et il y a encore plus de pénurie et ça s'alourdit et on dirait que l'on est dans un cercle vicieux. Je ne sais pas comment on va s'en sortir, sérieusement, là! (Josée, 035EI)

Dix autres participantes ont, elles aussi, souligné cette tendance des infirmières soignantes à quitter ou à penser de quitter, soit leur poste, soit carrément la profession infirmière. Plusieurs infirmières participantes nous ont également indiqué avoir elles-mêmes quitté un poste, soit parce qu'elles avaient l'impression qu'elles allaient y « laisser leur peau » (Josée, 035EI & Danielle, 040EI) ou par peur que les conditions dans lesquelles elles étaient contraintes d'exercer les amènent à perdre leur droit de pratique (Leticia, 046EI). Pour leur part, Monique (034EI), Laurie (059EG2) et Julie (039EI) nous ont indiqué avoir déjà pensé quitter leur poste, tandis que Danielle (040EI) a longtemps voulu quitter la profession infirmière. Ces dires de Philippe (045EI) en disent aussi très long quant aux réflexions qui animent ce jeune infirmier soignant : « moi, j'ai l'impression que toutes les personnes qui réfléchissent et travaillent comme moi vont se lasser de la profession avant longtemps... » Si Suzanne (042EI) nous a indiqué que « beaucoup, beaucoup, beaucoup » d'infirmières d'expérience « sont tannées et ne font [...] que calculer combien il leur reste de temps [...] à travailler [...] avant de prendre leur retraite », Sylvain (043EI) nous a aussi confié que nombreuses sont les infirmières d'expérience qui « ont tendance à s'en aller [pour ainsi] changer complètement de profession ». Il ressort également des résultats de cette étude que le désir de quitter serait présent tant chez les jeunes infirmières que chez celles qui sont plus expérimentées. « Même par rapport à des très jeunes, ce que je remarque, c'est que la personne me dit et elle est très

jeune et elle dit : j'en ai déjà marre » (Alexandra, 065EG3). « Des fois, on dit les jeunes, que ça les préoccupe moins, c'est faux, ça les préoccupe aussi. Ils deviennent vite blasés du système et de la profession » (Sylvain, 043EI).

Si, comme nous venons de le constater, nombre de participantes ont expliqué, par la pénurie et ce qui l'exacerbe, à savoir, les piètres conditions d'exercice et la surcharge vécues par les infirmières soignantes, elles ne sont pas toutes de cet avis. Certaines participantes remettent en question le discours même de la pénurie d'infirmières. Didier (047EI) est probablement le participant qui a le mieux décrit cette idée :

les problèmes de fond, c'est le TSO, c'est la désorganisation de la main-d'œuvre, quand je parle de désorganisation de main-d'œuvre, c'est une trop grande quantité de temps partiels [...]. On croit que la pénurie existe parce qu'il y a un manque [de] professionnels. Mais au-delà de [ça], les gens qui sont en place ne peuvent pas s'approprier de postes à temps complet. (Didier, 047EI)

D'après Didier (047EI), le fait que trop de postes à temps partiel soient octroyés par les CH constitue la pierre angulaire des difficultés vécues par les infirmières soignantes dans ces milieux de soins. Didier (047EI) souligne que, du côté patronal, on lui indique que ce sont les infirmières qui « *ne veulent pas travailler à temps complet* » et que c'est pour cette raison qu'ils octroient autant de postes à temps partiel. Comme Didier (047EI) et les membres de l'équipe syndicale à laquelle il appartient n'apparaissent pas persuadés de la véracité de ces allégations patronales, ceux-ci se sont adonnés à un exercice dont voici le descriptif :

on est allé voir tous les temps complets, eux on a dit : « ils veulent travailler à temps complet... » Donc il y a 33% des infirmières qui veulent travailler à temps complet. Maintenant les 67% [qui sont à temps partiel], on est allé voir leurs disponibilités et on s'est dit : « ben, s'ils ne veulent pas [travailler à temps complet], ils doivent être disponibles à temps partiel, donc on va les voir... » [À] travers ces temps partiels là, on s'est rendu compte qu'au total, incluant les gens à temps complet, [...] de 90 à 94% de nos infirmières [...] avaient un désir de travailler à temps complet, puisqu'ils démontraient un intérêt ou une disponibilité [qui était équivalente] à un temps complet. Le grand constat : c'est une pénurie, mais avec des faussetés au travers de la pénurie, t'sais. Il n'y a pas tant de pénurie [...] qu'[un problème de] maximisation du potentiel en place. Donc, les gens tendent à vouloir aller travailler ailleurs [pour obtenir un poste à temps complet]. On est totalement à l'encontre d'un processus d'attraction et de rétention du personnel. (Didier, 047EI)

D'après Didier (047EI), ces résultats sont significatifs et témoignent du caractère non fondé de la rhétorique mise de l'avant par la partie patronale pour justifier la proportion – qu'il qualifie comme étant beaucoup trop grande – de postes à temps partiel occupés par les infirmières qui exercent au sein de cette institution. Didier (047EI) poursuit en révélant comment, à son avis, le discours de la pénurie est utilisé pour justifier les aberrations du système et, notamment, pour contraindre les infirmières à se soumettre au TSO.

Maintenant [...], comme partout ailleurs, la menace au niveau du TSO, on a plusieurs chefs qui menacent les travailleurs, des coordonnateurs qui menacent les travailleurs de rester : « si tu restes pas, tu vas être poursuivi par ton Ordre, [...] nous on va t'envoyer des sanctions. » Et, au-delà de la menace, il y a même des sanctions qui sont données... des lettres [...] c'est par gradation là, mais, à tout le moins, il y a une lettre d'intimidation qui dit : « écoutez, vous n'avez pas le droit de refuser du TSO, nous sommes dans un processus de pénurie. » Donc, il y a un faux message qui est véhiculé du côté patronat, dans la réalité de la pénurie [...]. Donc, les travailleurs en soins qui sont plus ou moins informés de leurs droits [...], ben, ils se laissent aller là-dedans et à un moment donné, ils débarquent [...] en processus d'assurance salaire et CSST et tout ce qui peut arriver en lien avec le fait d'être obligé de faire du TSO. (Didier, 047EI)

Après avoir précisé qu'un « faux message [...] est véhiculé du côté patronat » en ce qui a trait à la pénurie, et ce, du fait que, d'un côté, on s'appuie sur le discours de la pénurie pour contraindre les infirmières au TSO, tandis que de l'autre, on refuse de leur octroyer suffisamment de postes à temps plein, Didier (047EI) en arrive à se demander si la pénurie d'infirmières qui frappe les CH n'est pas entretenue jusqu'à un certain point par ceux qui dirigent ces institutions, en plus d'être utilisée par les politiciens pour justifier les dérives du système de santé.

Je me suis questionné : « est-ce que c'est une pénurie entretenue? Est-ce que cette pénurie-là sert et à quoi elle sert? » La pénurie sert à entretenir un discours ou une protection des incidents, des accidents [...]. Ah, il est arrivé telle affaire : c'est à cause de la pénurie! La pénurie a le dos large, ben large. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais je ne dis pas qu'elle est aussi présente qu'on le laisse croire. Et encore est-ce qu'elle sert aux points de vue politiques? Je pense que oui. J'ai l'impression que de porter un discours comme ça, ça te back [...] comme politicien [...] : « écoutez, ce n'est pas tellement la faute des décisions politiques tant que de la fameuse pénurie. » Donc : « on a perdu un enfant dans un CH spécialisé parce qu'il manquait de staff : c'est la pénurie, t'sais! » Ce n'est peut-être pas parce que le professionnel en soins qui était là, ce n'était pas le bon là. C'était peut-être un préposé qui n'avait pas affaire là

ou c'était peut-être une infirmière clinicienne qu'on aurait eu besoin ou une infirmière [...] spécialisée en santé infantile. Donc, [...] est-ce qu'on entretient la pénurie [...]? Quelque chose [...] me dit que peut-être que oui, justement pour [...] que la pénurie assume le mal-être de l'organisation des soins au Québec, au Canada ou ailleurs. (Didier, 047EI)

D'après Didier (047EI), c'est comme si le discours de la pénurie d'infirmières permettait aux dirigeants de continuer à rationaliser les dépenses, notamment en surchargeant les infirmières par la réduction des effectifs, tout en imputant à la pénurie les incidents et les accidents qui découlent nécessairement de cette pratique draconienne. Didier (047EI) l'a d'ailleurs souligné à plusieurs reprises à travers son témoignage : il considère que les infirmières sont surchargées et que cela les amène à commettre nombre d'incidents et d'accidents, notamment liés à l'administration des médicaments.

Les dires de Catherine (050EG1) amènent une précision qui apparaît très importante quant aux raisons qui, de son point de vue, amènent les dirigeants des institutions hospitalières à n'offrir aux infirmières qu'un minimum de postes à temps complet :

c'est galvaudé dans le sens que j'entends à un moment donné un employeur qui dit : « nous autres, écoute, on a une grosse, grosse pénurie. » Il y a autant d'infirmières dans cet établissement-là qu'il en avait en '85, il n'y a pas plus de services qu'en '85, il dit : « là, j'ai un problème. » [Alors, je lui] dit : « moi, je vais te poser une autre question : si tu les mets tous à temps complet en as-tu assez? » « Ah ben, j'en ai ben trop, oh, oh. Oh! » Ben, c'est ça, t'sais. Il veut garder tout le monde : la mobilité, la flexibilité et tout ça... Ce qui fait que ça sort, ça sort, t'sais. Je dis : « ouvre la porte, [de toute façon] ils vont l'ouvrir tout seul et ils vont sortir! » Ce qui fait que c'est l'autre bout ça, quand on entend [parler de pénurie], même à l'Ordre des infirmières [...], mais ce n'est pas la majorité des gens qui travaille à temps complet et on te parle de pénurie! Moi, j'ai dit : « tu me parleras de pénurie quand tout le monde sera à temps complet! » (Catherine, 050EG1)

Pour Catherine (050EG1) et Édith (052EG1), le grand pourcentage d'octroi de postes à temps partiel au sein des différents CH serait en accord avec les principes mis de l'avant dans les approches *Lean*, qui visent l'éradication de l'inefficacité des processus et qui encourage une flexibilité de la main-d'œuvre qui serait notamment avantageuse d'un point de vue économique-financier. Ces principes d'organisation du travail qui, d'après plusieurs infirmières participantes, sont de plus en plus présents au sein des différentes institutions, dicteraient en

quelque sorte l'organisation de la main-d'œuvre et auraient pour conséquence que seul un faible nombre de postes à temps plein sont offerts aux infirmières soignantes. Des participantes comme Catherine (050EG1) et Édith (052EG1) sont donc d'avis que de faire référence à la pénurie tout en ayant recours à ces pratiques est, en tous points, incohérent. Au même titre que Didier (047EI), elles soulignent également que de nombreuses infirmières soignantes quittent le CH où elles exercent parce qu'elles demeurent incapables d'obtenir un poste à temps complet.

4.1.1.5.2 - La surcharge expliquée par des ressources financières insuffisantes ou mal gérées

Yuan (041EI) explique que les infirmières soignantes sont maintenant contraintes d'évoluer avec un plus grand nombre de patients à leur charge par le fait que les gestionnaires des unités de soins ne bénéficient plus de la latitude qu'ils avaient autrefois relativement à la gestion des budgets d'opération des unités de soins.

Il y avait un temps où les gestionnaires avaient ce pouvoir-là, que si le budget était négatif, eh ben [...], le patient, [pouvait quand même] avoir [...] une meilleure qualité de soins. [Les gestionnaires pouvaient dire :] « je ne mettrais pas mes infirmières dans une situation de danger, où il y aurait trop de patients pour les infirmières. » Aujourd'hui, c'est complètement différent, donc les infirmières ont appris à travailler à court. C'est des chiffres qui sont insensés (le nombre de patients pour chaque infirmière) et on s'attend à ce que l'infirmière soit capable de donner les mêmes soins aujourd'hui, comme elle était capable il y a 10 ans, quand il y avait moins de patients et que les patients n'étaient pas aussi malades. Ça n'a pas de sens! (Yuan, 041EI)

Pour Yuan (041EI), la surcharge vécue par les infirmières soignantes, et la diminution de la qualité des soins qui en découle, est consécutive aux directives qui sont émises par le « département des finances », lequel exerce un pouvoir absolu au sein des différents CH.

Ce qui est différent [...] à comparer à il y a 15 ans ou 20 ans, c'est que, à c't'heure, c'est les finances qui ont plus le contrôle sur tout. Ce n'est pas le côté infirmière. Ce n'est même pas le côté médical, sauf qu'au médical, ils ont plus [...] de pouvoir d'influence [sur] les finances. Le département des finances [...] regarde les chiffres, s'il croit que c'est trop [cher comme solution], ils vont dire non. Mais ils ne comprennent pas c'est quoi les problématiques. Et, on n'a pas accès à ces gens-là pour leur expliquer que vous ne pouvez pas faire telle décision. [Par exemple], c'est sûr qu'il faut que vous dépensiez plus d'argent si vous voulez baisser les taux d'infection.

Oui, ça coûte plus cher, mais [...] à long terme, [on] va revenir dans notre argent. Pour eux autres, non, c'est le... bottom line, c'est le budget d'aujourd'hui et c'est ça qui doit être respecté. Il faudrait que tout le monde [aux finances] tombe malade au moins pour une semaine (rires) pour qu'ils voient c'est quoi d'être un patient. (Yuan, 041EI)

Donc, il n'y a pas de réflexion à long terme? (Chercheur)

Pas pour ces gens-là, parce qu'on dit que même du côté nursing (la direction des soins infirmiers), ils se battent contre [...] le département de finances et même qu'ils nous le disent carrément : « je voudrais, mais je ne peux pas, le département de finances l'a refusé. » Donc, on essaye de se battre avec ça. (Yuan, 041EI)

La DSI n'aurait que très peu d'influence lorsqu'elle désire faire adopter un changement, notamment en ce qui a trait à l'organisation du travail des infirmières soignantes. Pour Yuan (041EI), cela est extrêmement problématique parce que ceux qui détiennent ce pouvoir absolu, ce droit de véto sur l'ensemble des décisions prises au sein des CH, ne détiennent pas l'expertise nécessaire pour faire ces choix de façon éclairée. De plus, selon Yuan (041EI), les décisions qui sont entérinées ou mises de l'avant par cette instance décisionnelle le sont généralement à partir d'une vision à court terme qui n'est pas compatible avec une approche préventive en santé qui peut parfois s'avérer plus onéreuse sur le moment, mais plus avantageuse à longue échéance. Cette problématique a également été soulignée par Jacques (028EI), Josée (035EI), Charles (036EI) et Alexandra (065EG3).

Michel (037EI) croit aussi que les problèmes relatifs aux conditions d'exercice des infirmières soignantes, tels la surcharge, sont directement associés aux décisions des gestionnaires qui s'inscrivent dans une perspective purement économique. D'après Michel (037EI), le fait que les gestionnaires d'unités des différents CH soient rétribués selon une rémunération variable, qui est calculée en fonction des économies qu'ils réalisent a pour effet de reléguer au second plan l'amélioration des conditions d'exercice des infirmières soignantes.

On sait que les chefs ont des bonus aux rendements. Est-ce que ça fait qu'ils [se restreignent] sur leurs achats de matériel, ce qui fait que l'on a des stéthoscopes qui sont moins bons donc, à la consultation c'est plus difficile. Les conditions de travail ne se sont peut-être pas améliorées [à cause de ça]. On est peut-être rendu là [à cause de]

la manière de gérer avec, justement, le bonus au rendement [...]. Est-ce que ça vient nuire à notre condition de travail? Peut-être, je pense. (Michel, 037EI)

Si Michel (037EI) se questionne encore sur la possibilité que la rémunération variable des gestionnaires d'unités de soins puisse affecter la propension de ceux-ci à provoquer l'amélioration des conditions d'exercice des infirmières soignantes, du point de vue de Laurier (032EI), cela ne fait aucun doute :

ces gestionnaires-là [...] travaillent pour leurs poches, pour elles-mêmes, point. Elles se balancent éperdument qu'on manque de matériel ou qu'on manque de personnel. Ce qui compte, d'ailleurs, on en a eu la preuve, [...] c'est qu'à la fin de l'année financière qu'elle ait sa prime, c'est clair. Il y en a une qui s'est dénoncée de toute façon, pas plus tard que la semaine passée, parce qu'il y a un infirmier qui a sauté par-dessus elle, pour aller [...] voir le DG pour un problème. Et, là elle lui a piqué une crise parce qu'il avait sauté des échelles dans la hiérarchie. Et, elle a dit : « moi, j'aurai pas ma prime. » Elle l'a dit carrément : « je n'aurai pas ma prime. » R'garde... (Laurier, 032EI)

Ok, donc, il y a des primes au rendement? (Chercheur)

Des primes au rendement. Il faut boucler le budget et ben d'autres choses là, autour de ça, je ne connais pas tout là, mais entre autres... (Laurier, 032EI)

Donc, ce serait... c'est des sommes qui sont assez considérables selon vous? (Chercheur)

J'ai déjà la liste de tous ceux qui ont eu des primes et ça va de 2 000 à 10 000 \$. (Laurier, 032EI)

Des infirmières soignantes en viennent à se questionner quant à la bonne foi des gestionnaires d'unité qui, d'après plusieurs participantes telles que Josée (035EI), Dominic (038EI), Julie (039EI) et Louise (044EI), ont tendance à ne pas remplacer les infirmières qui s'absentent sous prétexte qu'aucune infirmière soignante ne serait disponible :

Mais, eux autres, économisent un salaire. Ça fait [que] tu [te] dis : « c'est-tu vraiment qu'on ne trouve pas personne ou qu'ils veulent économiser, ça paraît bien parce que, à la fin de l'année, on le met dans le budget, en économisant ces journées-là? » (Josée, 035EI)

Si, pour la vaste majorité des participantes que nous avons rencontrées, la surcharge et ses effets collatéraux sont directement attribuables aux restrictions budgétaires imposées par les gestionnaires des CH, les choix qui sont effectués par ces gestionnaires, notamment dans le but d'éradiquer toute forme de gaspillage au sein des unités de soins, sont perçus par des infirmières soignantes comme des choix provoquant la dilapidation de sommes qui, de leur avis, devraient plutôt être investies dans les ressources humaines.

C'est toujours une question d'argent. Ce qui fait que c'est une question d'argent qui détruit le système de santé. C'est là le gros problème parce que si on voulait investir aux bonnes places, t'sais, on investit dans des firmes pour faire des analyses. Comme là, présentement, [...] au CSSS, on est en restructuration pour un redressement budgétaire, l'employeur a pris la décision de payer une firme privée qui analyse la méthode Lean. Ils vont se promener chez nous pendant x temps et ça va coûter combien ça? On vient de couper trois postes! Je trouve que l'argent est mal administré. (Suzanne, 042EI)

Charles (036EI), qui considère la « méthode Lean » comme étant incompatible avec l'exercice de la profession infirmière, croit, pour sa part, que celle-ci provoque l'augmentation de la rapidité d'exécution des soins en plus d'augmenter la charge de travail des infirmières soignantes.

Les contraintes budgétaires sont là aussi, et pis, il y a un volet de performance [...], donc plus avec moins, pis, il y a une tendance d'aller vers le Lean/Toyota, qui est une méthode de travailler, un peu un travail à la chaîne [...]. On a une vision, bref, avec des œillères. On ne voit pas l'ensemble nécessairement du patient et des choses comme ça. Donc, ça nous brusque, parce qu'il faut toujours faire un peu plus et on est loin d'une chaîne de montage. Je veux dire que, oui, de poser un boulon, ça va toujours être le même boulon, mais un patient, d'une fois à l'autre n'est pas le même et ne réagira pas de la même façon. On travaille avec des humains, on ne travaille pas avec des objets. Donc, c'est imprévisible et ça évolue constamment. (Charles, 036EI)

Vous le voyez dans votre milieu et vous avez l'impression que de plus en plus les gestionnaires sont axés sur le Lean? (Chercheur)

Oui, oui, [...] je sens qu'on est axé là-dessus. (Charles, 036EI)

4.1.1.5.3 - La surcharge expliquée par la complexification des soins infirmiers

Plusieurs infirmières participantes, dont Linda (030EI), Laurier (032EI), Yuan (041EI) et Suzanne (042EI), expliquent l'état de surcharge dans lequel elles sont contraintes d'évoluer par la technicisation et la complexification des soins infirmiers contemporains :

avec aussi toute la technologie et les avancées, il y a toute sorte de choses qui sont très différentes. On est rendu avec des pansements VAC [...] : on ne peut pas dire que c'est [...] juste changer un Band Aid [...]. Ce n'est pas un petit lavement facile, [mais] tout un nettoyage stérile qui est très complexe, [...] différents médicaments... Même [...] moi, qui fait des soins intensifs [...], vous allez me demander de faire une évaluation et de décider quoi faire [pour un pansement]. J'ai peut-être un choix de quatre ou cinq différents pansements, pis y va en avoir 22 qui sont disponibles. Alors, quel [des] 22 que je vais prendre? Je ne pourrais pas vous répondre... (Yuan, 041EI)

Les technologies et les soins infirmiers qui sont associés à ces technologies, et plus particulièrement les techniques de soins, par exemple l'utilisation de la thérapie par pression négative à l'aide de pansements VAC (*Vacuum Assisted Closure*), demandent aux infirmières qu'elles investissent davantage de leur précieux temps, ce qui, pour Yuan (041EI), exacerbe la situation de surcharge dans laquelle elles doivent évoluer. D'après Suzanne (042EI), mais aussi selon plusieurs participantes, bien que la charge de travail des infirmières soignantes soit désormais plus grande que par le passé, c'est à partir d'à peu près les mêmes effectifs infirmiers que ceux qui prévalaient à l'époque qu'elles doivent accomplir leurs besognes, une situation qui apparaît incohérente du point de vue de plusieurs participantes. Suzanne (042EI) poursuit en s'appuyant sur des exemples à partir desquels ces deux phénomènes ont visiblement un impact sur le travail qu'elle effectue à titre d'infirmière soignante à l'urgence :

avant, quand t'avais quelqu'un qui arrivait à 85 ans et faisait un arrêt cardiaque, ben souvent, il n'était pas réanimé, mais là aujourd'hui, on intube, on le réanime, on donne des traitements, on en est rendu même qu'on [abaisse la température d]es patients [...] parce qu'on fait refroidir leurs cerveaux, tout leur système neurologique. On a une nouvelle interniste qui vient d'arriver [...] et on a réanimé une jeune madame [...]. Elle nous a dit : « on va sortir le protocole de refroidissement. » On a dit : « comment ça, on va la faire geler? » Ben oui! Mais t'sais, on n'avait aucune, aucune notion [...], on n'a pas de couverture refroidisseur, on n'a pas de frigidaire, il fallait charrier la glace, comme dans le bon vieux temps, la glace tout le tour, pis t'sais, surveiller [...]. Elle était là et nous dirigeait et ça super bien été [...]. On était contents! Mais c'est lourd. Avant, on était moins agressif sur les soins. (Suzanne, 042EI)

Les multiples précautions qui s'ajoutent maintenant à sa tâche d'infirmière soignante, comme le fait d'avoir à isoler beaucoup plus de patients qu'auparavant et de devoir recourir à des codes pour obtenir l'accès à certains médicaments, alourdissent son travail et l'amène à se sentir comme un robot.

On fait comme nous robotiser, vite, vite, [et] on a plein de codes pour avoir des accès à [ce qu'on a besoin]... On est rendus [...] avec deux codes d'accès pour aller chercher un Ativan (un anxiolytique), t'sais, c'est ridicule. Puis, c'est lourd, le travail. On a énormément de cas de contagion aussi. Maintenant, on n'a plus le droit d'avoir une petite bibitte qui se promène. Moi, je suis de la vieille génération, [...] on prenait de l'eau et du savon et les patients étaient isolés quand il y avait des problèmes de diarrhée [...]. Maintenant, on isole, ça n'a pas de bon sens, ça c'est tellement lourd pour le personnel. Pis, on les isole mais, par contre, on n'a presque pas de chambres privées. Ça fait qu'on passe notre temps [...] à déménager les patients. (Suzanne, 042EI)

Du point de vue de Suzanne (042EI), la désuétude des infrastructures dans les CH aggrave elle aussi la surcharge de travail vécue par les infirmières soignantes. Toujours selon Suzanne (042EI), la judiciarisation de la médecine et le fait que les infirmières soignantes doivent de plus en plus se soumettre à des protocoles pour l'exécution des soins qu'elles prodiguent a aussi pour effet d'alourdir leurs tâches. Devoir consigner au dossier des patients tout de ce qu'elles font de façon à éviter d'éventuelles poursuites et de se soumettre à des protocoles lorsqu'elles prodiguent des soins qu'elles pouvaient auparavant prodiguer sans devoir s'y référer alourdit de beaucoup leurs tâches. Le fait que les infirmières soignantes doivent impérativement revalider toutes les prescriptions médicales qu'elles exécutent est aussi perçu par Suzanne (042EI) comme une activité qui mobilise du temps qu'elle aimerait pouvoir consacrer aux patients.

C'est une médecine judiciarisée [...]. Les médecins se protègent. Ils disent que c'est des outils pour nous aider, comme les protocoles [...] de contentions [...], mais, on a des protocoles qui sont lourds et c'est toujours pour protéger le médecin, pour protéger le centre, t'sais. On a l'impression qu'en cas de poursuite, eux autres se protègent mais ils se dégagent sur nous autres. [Et] les notes aux dossiers. Tout ce qui n'est pas écrit est considéré non fait, ça on l'a toujours su mais, avant on écrivait pratiquement rien [...]. Aujourd'hui, il y a beaucoup de poursuites [...], ça fait que les

gens se protègent [et] les infirmières ont les épaules larges. Le médecin prescrit mais, il faut vérifier l'ordonnance, si l'ordonnance n'est pas acceptable et qu'on la donne, eh bien, c'est nous autres qui [est] comme coupables. La responsabilité est toujours plus sur l'infirmière parce que c'est nous autres qui exécutons. (Suzanne, 042EI)

4.1.1.5.4 - Les médecins alourdissent la tâche

Certaines infirmières participantes dont Monique (034EI), qui a décrit ce phénomène avec le plus de précisions, considèrent que les médecins provoquent l'exacerbation de la situation de surcharge dans laquelle les infirmières sont contraintes d'exercer : « *je pense que le gros du travail qui se fait sur un département, ça dépend des médecins qui sont là. Il y a des médecins qui manquent peut-être un peu de confiance. Je trouve que c'est eux autres la charge de travail...* » (Monique, 034EI) Cet exemple donné par Monique (034EI) permet de mieux comprendre son propos : « *j'ai commencé avec un Lasix 20 per os bid et dans l'après-midi, elle me l'a cessé [...] : "tu lui donnes un, STAT". Elle dit : "lui as-tu donné ?" Non, j'm'en va.... "Donnes-y plus, c'est bid IV". Et là, après ça, il est à recharger tid* » (Monique, 034EI). La façon dont travaillent les médecins, l'incertitude avec laquelle ils effectuent leurs actes et, notamment, la façon dont ils prescrivent, aurait une influence directe sur la charge de travail qui incombe aux infirmières. Il serait ainsi possible pour les médecins de contribuer à réduire la charge de travail des infirmières et, donc, d'avoir une influence directe sur les conditions d'exercice de celles-ci. Pourtant, le système de rémunération à l'acte ne nous apparaît pas favoriser la prise en compte de ce type d'attention entre professionnelles. De plus, il apparaît que certains médecins ne prennent pas compte des horaires de travail des infirmières et des impératifs qui sont associés à leur pratique, et ce, même s'il est généralement reconnu, et ce, notamment par les médecins eux-mêmes, que les infirmières qui exercent en CH doivent très souvent évoluer dans une situation de surcharge. Le rythme des médecins aurait préséance sur celui des infirmières. Ces dernières devraient donc s'en accommoder, se soumettre à leur rythme.

Comme une transfusion [sanguine] qui aurait pu être donnée le matin : [...] elle le sait qu'elle va y donner, [...] son hémoglobine est à 70, là, [...] moi aussi je le sais, mais là, je suis obligée d'aller la voir et je dis : « on commence-tu la transfusion là? » « Oui, oui, j'suis pas rendue dans ce dossier-là. » Pis là, à 2 heures, ça t'arrives, transfusion :

flouc, flouc, flouc, *ce qui fait que, là, de 2 heures à 4 heures, c'est fou raide, là, c'est les prescriptions qui arrivent. Pis tout ce qui se passe, c'est des choses qui pourraient être prévues avant.* (Monique, 034EI)

Nous constatons ici, que Monique (034EI) sait qu'elle devra transfuser la patiente dont elle prend soin. Elle apparaît maîtriser les savoirs qui sont associés à cette prise de décision, mais ne possède pas l'autonomie professionnelle lui permettant d'agir en ce sens. Ce sera d'ailleurs elle qui prodiguera l'acte transfusionnel, en plus d'avoir effectué, en amont, les vérifications ayant trait à cet acte. Monique ajoute aussi certains éléments lui permettant de faire le lien entre la surcharge vécue et la façon dont les médecins exercent.

Mais les médecins [...], ils sont dans leur monde, pis c'est comme des travailleurs autonomes [...]. Les employeurs ont tellement peur de les perdre que, même si le médecin prescrit [...] tout le temps là, [...] s'il ne veut pas changer, il ne changera pas. Tu l'sais qu'à tous les jours, le patient a une formule sanguine, bilan de base, ions urique ... [...]. Tu sais que le médecin, c'est sa ligne, ça. Et qu'à tous les jours, c'est ça. Quand tu vas piquer le patient, pis là, y en a plus de veines, il est bleu partout pis là le médecin : « non, j'veux ça! » C'est parce qu'hier, tu lui as fait un bilan de base [...], il était correct, pourquoi qu'aujourd'hui, il ne serait pas correct? Je pense que la charge de travail va beaucoup avec les médecins; on sait qu'avec tel ou tel médecin sur le département : phouf! On va avoir une méchante quinzaine! On sait ça d'avance. (Monique, 034EI)

4.1.1.5.5 - La surcharge expliquée par une gestion déficiente

Nombre de participantes ont associé la situation de surcharge à travers laquelle elles doivent évoluer, ainsi que les conséquences de cette surcharge, à une gestion hospitalière qu'elles perçoivent comme étant déficiente. À ce propos, celles-ci ont souligné divers éléments dont le manque de connaissance des gestionnaires des CH en lien avec la clientèle desservie et le travail effectué par les infirmières soignantes, le fait que les gestionnaires des unités de soins ne sont plus présents sur le terrain, l'inadéquation de nouvelles infrastructures et une mauvaise utilisation du personnel.

Pour sa part, Laurier (032EI) explique les conditions d'exercice actuelles des infirmières soignantes par le manque de connaissances des gestionnaires des CH en ce qui a trait au travail des infirmières soignantes, ce qui les empêcherait notamment de prendre des décisions qui leur seraient avantageuses à long terme.

Le fouillis dans les soins infirmiers? Sur les départements? C'est parce que les soins infirmiers sont très mal connus. Même la direction de l'hôpital, [ils] ne connaissent pas le travail de l'infirmière [...]. Un exemple, dans une réunion avec la direction pour parler des problèmes à multispécialités, elle m'a demandé : « c'est qui la clientèle en multispécialités? » C'est parce que c'est la directrice des soins infirmiers! C'est qui fait que [...] les mesures qui sont prises ne sont pas adéquates, [...] c'est à courte vue, [...] ils ne savent pas [ce qu'ils font]. (Laurier, 032EI)

Pour Sylvain (043EI), la surcharge de travail aux urgences et l'engorgement de celles-ci est consécutive à de mauvaises décisions prises par des « *bureaucrates* » qui n'ont pas en main toutes les données et l'information nécessaires pour faire ces choix aux répercussions importantes sur le travail des infirmières soignantes.

On a beaucoup de personnes âgées [en soins aigus, elles] ont eu [leurs] congés et il faut qu'elles soient retournés en établissement [...]. Il y a eu des fermetures de lits [en] longue durée [dans le CH où j'exerce, parce que], soi-disant, que la société était prête à prendre [la relève] au niveau [...] des centres d'hébergement. [Comme] on a perdu 20 lits en longue durée, ces patients-là se retrouvent en évaluation sur des départements [...] actifs. Ils sont en attente de placement [...]. Encore, une décision... au niveau des bureaucrates, [...] qui ne sont pas informés. Il y avait [...] des infirmières de liaison, qui disaient : « non, non, il n'y a pas assez de places [dans les CHSLD]! » [Les gestionnaires ont dit] : « oui, oui, il y a assez de places. » Mais non! Au bout de la ligne, s'il y a 50 patients qui devraient partir [du CH], eh bien, c'est 50 patients de moins pour monter à l'étage qui ont besoin de soins aigus. (Sylvain, 043EI)

Pour plusieurs participantes, le travail des infirmières soignantes « *est géré par des gens, justement, qui sont dans des bureaux, pis qui ne connaissent pas la réalité [du terrain]* » (Julie, 039EI). D'ailleurs, du point de vue d'Isabelle (027EI), de Jacques (028EI), de Linda (030EI), de Julie (039EI), de Suzanne (042EI), de Danielle (040EI), de Serge (063EG3), de John (064EG3) et d'Alexandra (065EG3), les gestionnaires des unités de soins devraient se rapprocher du terrain⁶⁷ de façon, notamment, à contrer la diminution de la qualité des soins induite par la surcharge de travail des infirmières soignantes.

⁶⁷ Il sera question plus en détail de ce souhait formulé par plusieurs infirmières participantes à la section 4.8, *Ce que souhaitent les participantes*, et plus précisément, à la sous-section 4.8.2 *Des pistes de solution à l'intention des gestionnaires*, sous l'onglet *La proximité entre les gestionnaires et les infirmières soignantes*.

Mais, on leur dit tout le temps, et moi, ça fait plusieurs fois que je le dis à notre DSI : « on ne le voit pas et on a besoin de notre chef de service, on en a besoin. » Oui, mais elle dit : « on n'a pas de moyens. » (Suzanne, 042EI)

Suzanne (042EI) explique pourquoi la présence d'un « *chef de service* », qui s'engage activement au sein de l'unité, augmente la qualité des soins qui y sont prodigués par les infirmières soignantes :

avant, on avait notre chef de service qui était sur le département. Elle s'occupait de la qualité des soins [et] de la qualité de son personnel. Tant qu'elle n'était pas à 100 % sûre de toi, tu sortais jamais de [de son encadrement]. Elle vérifiait toutes tes techniques, comment tu évaluais tes patients... C'était un petit peu harcelant, mais c'était tellement agréable, parce que quand t'avais fini là, tu savais [...] que t'étais A1 [...]. T'sais, elle était vraiment présente [pour] nous autres, [...] elle nous défendait. Aujourd'hui, ce n'est plus des chefs de service qu'on a, c'est des gestionnaires [...] qui sont préoccupés par les budgets. Ils ont des signes de piastres [dans les yeux], tout le temps, t'sais, c'est juste ça [qui compte]. (Suzanne, 042EI)

Pour sa part, Danielle (040EI) souligne les impacts, notamment l'exacerbation de la surcharge de travail, que peuvent avoir de mauvais choix relatifs aux renouvellements des infrastructures dans le domaine de la santé.

Ils ont bâti un hôpital pour que ça fasse beau [...]. Il ne devait pas y avoir ni de chaises ni de tables parce que l'infirmière se serait présentée avec un petit ordinateur [...]; ils ne l'ont jamais installé. Donc, ils ont pris de l'espace comme ils pouvaient pour mettre tous les dossiers, les tables... on se cogne dessus sans arrêt [...]. [Le patient] ne peut pas rien déposer [...] sur le lavabo [...]. La douche, [...] toutes personnes en baisse d'autonomie ne peuvent pas rentrer dedans, il y a une marche! [...] Tout est hors de portée [...], ils ont rajouté un deuxième lit dans les chambres... [...]. Les accidents de travail augmentent [...]. Si [un patient] fait un arrêt cardiaque, il faut [tout] tasser [...], parce qu'il n'y a pas [...] d'espace [...]. On a eu un arrêt cardiaque [...], personne ne savait où était la manette (pour installer le patient en position horizontale) [et] comment on fait pour enlever la tête du lit (pour ventiler le patient). Il est mort. Pour ne pas qu'il y ait trop d'enquête, [...] on les ferme (ces lits), une fois de temps en temps [parce que] c'est dur de faire des dossiers sur du temporaire [...]. C'est l'hôpital de l'absurde! (Danielle, 040EI)

Pour Danielle (040EI), la désorganisation des unités de soins expliquerait également ce qui, d'après les données que nous avons recueillies, consiste en des effets collatéraux importants de

la surcharge, à savoir, la diminution des interactions avec les patients et l'impossibilité de soigner comme les infirmières soignantes le voudraient.

Je manque de temps pour m'occuper du patient. Je m'occupe de ben des choses, mais pas du patient. Et ça, c'est dû vraiment à la désorganisation. Avec le personnel [qu'on a], je pense qu'on pourrait faire un très bon travail. Mais le fait que ce soit : « débrouillez-vous! » Et que tout le monde arrive [...] de toutes sortes d'hôpitaux, [...] ça arrive des écoles [...], on fonctionne avec des CEPI l'été là, [...] il n'y en a pas une qui travaille pareil et on change de commis tout le temps. L'assistante vient de tomber enceinte [...]. on met un paquet de gens quelque part, on leur donne de l'ouvrage à faire pis [...] : « vous allez vous débrouiller. Vous êtes bons! » T'sais, c'est vraiment ça qu'on nous dit : « Vous êtes tellement bons! » Mais [...] le manque de temps [...], c'est vraiment au niveau de la structure [que ça se joue]. (Danielle, 040EI)

Comme nous le rapporterons plus en détails dans la section de ce chapitre consacré au phénomène de la peur, et ce, toujours à partir des propos tenus par Danielle (040EI), c'est à une certaine forme de désengagement des gestionnaires – ce que nous serions portés à qualifier de logique managériale du laisser-aller – à laquelle Danielle (040EI) fait référence pour expliquer la surcharge de travail des infirmières soignantes et certains de ses effets collatéraux, comme le manque de temps dont souffrent les infirmières et l'impossibilité d'interagir avec les patients dont elles prennent soin. Si Danielle (040EI) est très critique de cette « *structure* » qui est inhérente aux institutions hospitalières et qui, d'après elle, se caractérise par la désorganisation, nombre d'infirmières participantes ont également souhaité la transformation de cette structure.

Philippe (045EI) abonde dans le même sens que Danielle (040EI) en ce qui a trait à la désuétude des pratiques de gestion hospitalière mais, pour sa part, celui-ci considère que c'est la « *surcharge administrative* » inhérente à l'exercice de la profession qui exacerbe la charge de travail qui incombe aux infirmières et qui les empêche de porter une plus grande attention aux patients. Il est d'ailleurs à noter que 20 participantes sur les 39 qui nous ont accordé une entrevue considèrent qu'elles évoluent à travers différentes formes de surcharge administrative imposée.

La surcharge [...] est amplifiée par la surcharge administrative qu'on nous demande : d'enregistrer le patient; de faire son plan thérapeutique infirmier (PTI); de tout, tout, tout marquer. C'est sûr qu'il faut se couvrir légalement [...], mais, si on nous demande

de faire un PTI pour un patient à l'urgence, qui va être là moins que 24 heures, à un moment donné, tu te dis que c'est du temps en moins que je devrais passer aux patients. Si l'urgence déborde, [...] qu'est-ce qui est le plus important à faire : ton PTI ou d'être justement avec tous les patients? Ce qui fait que la surcharge de travail [...], elle devrait augmenter le temps qu'on passe aux patients [...]. C'est le contraire qui arrive. Qu'est-ce qui est le plus important que mon monsieur qui est en attente d'hospitalisation, qu'il soit tourné aux deux heures, ou qu'[il] ait un beau PTI quand il monte à l'étage? (Philippe, 045EI)

Vous êtes en train de me dire que dans le fond, c'est la paperasse qui va être priorisée? (Chercheur)

Souvent, oui! Parce que c'est très rare que le patient va [...] faire une plainte, qu'on va se faire rencontrer [...] : « bon ben écoute, le patient [...] n'a pas été tourné aux deux heures. » Par contre, le cadre va venir te voir : « écoute, j'ai relevé ton dossier et j'ai vu que t'avais pas fait de PTI et j'ai vu que tel, tel document avant qu'il ne monte à tel étage, n'était pas prêt, pis, à l'étage, on ne prend pas ton patient tant que tous les documents ne sont pas remplis. » « Attends! Tu as un lit de libre en haut et j'ai trois personnes [...] en salle d'attente qui pourraient bénéficier d'une civière au moins en attendant, mais ils ne peuvent pas le faire parce que je n'ai pas fait la paperasse pour mon patient en haut?... » (Philippe, 045EI)

Du point de vue de Philippe (045EI), le fait que des omissions ayant une incidence sur la qualité des soins qui sont prodigués aux patients aient moins tendance à être notifiées par les gestionnaires d'unités que celles qui sont relatives aux tâches administratives dicte en quelque sorte aux infirmières soignantes ce qu'elles doivent prioriser en situation de surcharge, ce qui, de son point de vue, constitue un grave problème de gestion.

Les plans de soins, je pense que c'est un outil qui peut être intéressant [...], on va y retourner au PTI et tout ça peut aider pour les patients. Par contre, quand ça doit être une obligation de [le] retrouver à chaque fois, dans les notes, tant qu'à moi, ça perd son sens. C'est que là, on travaille plus pour nous [ou] pour le patient, on travaille parce qu'on a peur de se faire taper sur les doigts si le cadre supérieur revoit notre dossier et dit : « hey, t'as pas fait de plan de soins cette journée-là! » (Philippe, 045EI)

Ainsi, du point de vue de Philippe (045EI) et de celui de plusieurs participantes, la surcharge administrative et, notamment, l'obligation de compléter le PTI – et, donc, les pratiques coercitives qui y sont associées – exacerbe la surcharge de travail à travers laquelle les infirmières soignantes doivent évoluer. En ce qui a trait spécifiquement aux PTI, notons

qu'une vaste gamme d'aberrations y étant associées ont été rapportées par des infirmières participantes dans le cadre de cette étude, qu'il s'agisse de transferts retardés, d'infirmières qui vont délibérément en bâcler la rédaction pour pouvoir interagir davantage avec les patients ou d'AIC qui, sachant que cette activité aggrave la surcharge des infirmières, en arrivent à le rédiger elles-mêmes souvent sans jamais avoir vu et évalué le patient ou, par exemple, l'évolution d'une plaie.

Au même titre que Danielle (040EI) et Philippe (045EI), Michel (037EI) souligne la déficience de pratiques de gestion hospitalière qu'il associe particulièrement à une mauvaise « *utilisation du personnel* » soignant, particulièrement au sein du CH où il exerce :

le personnel est dévoué. Le problème, [...] c'est dans la gestion : il y a une [...] mauvaise utilisation du personnel. Quand on a des cliniciennes qui [...] doivent donner des bains. Je comprends qu' [...] on est capable de voir des choses qu'on ne verrait pas autrement, mais elles ont une formation qui leur permettrait de faire pas mal plus [...]. Quand j'ai besoin d' [...] appeler quelqu'un pour qu'un patient aille à son examen, quand une secrétaire pourrait le faire [...], ça me prend plus de temps de diriger le patient à son examen qu'elle [...]. Je pense qu'il y a du temps qui se perd, pis c'est du temps aux patients. Pis on a encore toutes ces choses là : la bassine; [...] de s'assurer que le patient ait un déjeuner, quand il y a d'autres personnes qui pourraient le faire. C'est une gestion qui est inadéquate [...]. Il y a des axes de services qui ont déjà existé, qu'on n'a plus présentement. Est-ce qu'eux autres ne pourraient pas venir chercher autres choses? Pis améliorer la qualité des soins et la rapidité des soins aussi? (Michel, 037EI)

Cette solution à la surcharge de travail des infirmières soignantes, par laquelle Michel (037EI) termine son explication, qui consiste à déléguer des tâches en revalorisant les rôles de certains professionnels, sera abordée plus en profondeur dans la section de ce chapitre consacré à ce que souhaitent les participantes⁶⁸.

Au-delà des réflexions des participantes permettant d'expliquer tant la situation de surcharge dans laquelle elles sont contraintes d'évoluer que les conséquences qui en découlent, Didier (047EI), qui de par son titre de délégué syndical, est en contact fréquent avec ceux qui prennent les décisions au sein de l'institution où il exerce, est persuadé que ceux-

⁶⁸ Les détails associés à cette proposition formulée par de nombreuses infirmières participantes ont plus précisément été consignés dans la sous-section 4.8.1 *Changer les structures des CH* sous l'onglet *Déléguer des tâches et avoir plus d'autonomie*.

ci n'ont pas de réel désir de régler de façon définitive les problèmes qui affectent les infirmières soignantes, et ce, même si celles-ci doivent en subir les conséquences au quotidien.

Je vous avouerais qu'on a un patronat chez nous qui est assez particulier. Il n'y a pas de désir de régler des problèmes de fond. C'est plutôt des règlements de griefs, de temps en temps et tout ça, mais d'aller vraiment dans qu'est-ce qui cause les griefs? Qu'est-ce qui cause le problème? Qu'est-ce que les travailleurs subissent? Ils n'ont pas tendance à aller colmater l'hémorragie. Nous, on veut, à travers le comité de soins [dans lequel je suis impliqué], aller colmater les brèches à la base. (Didier, 047EI)

Fabienne (053EG1), Édith (052EG1), et Catherine (050EG1), qui sont du même avis que Didier (047EI) en ce qui a trait au réel désir des dirigeants des CH de résoudre définitivement les problèmes qui affligent les infirmières soignantes, expliquent à travers un échange qui a eu cours dans le cadre du premier groupe de discussion, pourquoi ceux-ci préfèrent « patcher les problèmes », notamment ceux qui sont liés à l'organisation du travail, plutôt que de s'assurer de leur résolution à long terme :

Ils vont patcher les problèmes. Comme nous, en [périnatalité], il y avait eu un beau projet de recherche. Ils avaient trouvé un peu les problèmes. Ils avaient fait ce qui était dit par le projet de recherche. Mais après ça, ils ne continuent pas ça et on leur a dit : « la pile est là et toutes les solutions sont là-dedans. Pourquoi vous ne les appliquez pas? » (Fabienne, 053EG1)

Pourquoi vous pensez qu'ils ne les appliquent pas? (Chercheur)

Parce qu'ils ne veulent pas avoir à gérer [...] des surplus, premièrement. Ça c'est leur peur et on entend tout le temps ça. (Fabienne, 053EG1)

Des surplus? (Chercheur)

Ils ont peur de gérer des surplus. Ce qui fait qu'ils ne veulent pas donner de remplacements. Ils ne veulent pas faire quelque chose à long terme de stable pour ne pas à avoir à gérer des surplus. Parce que là, s'il y a trop de monde, ben oui, mais la fille en maternité et la fille en maladie, elle va revenir quand, si je donne un remplacement? T'sais, tout est là-dedans. C'est comme s'ils ne veulent pas et ils ont peur d'avoir peur, t'sais. (Fabienne, 053EG1)

Ça ne les dérange pas de payer des millions pour des agences (de placement), mais ça les dérange de payer trois surplus par mois, t'sais. (Édith, 052EG1)

Exactement. (Fabienne, 053EG1)

À l'autre bout, si tu fais le calcul, ils ne savent pas compter, parce que le surplus leur coûte ben moins cher que les agences. (Édith, 052EG1)

J'étais sur le comité de négo nationale et on n'a pas eu notre beau projet d'aménagement (projet proposé par la partie syndicale lors des dernières négociation) et c'est ça qu'il disait l'employeur : « on a peur un peu de gérer des surplus. » (Fabienne, 053EG1)

Moi, écoutez, là, je suis dans l'aménagement du temps de travail et puis, je peux vous dire que pour l'employeur, c'est sa piste de solution : le TS, TSO, la main-d'œuvre indépendante. Ça ce sont des choses qui montaient en flèche. (Catherine, 050EG1)

C'est ça. (Édith, 052EG1)

Et on a instauré, avec l'assentiment des membres dans les équipes [syndicales], après des collectes de données et toutes sortes d'affaires, [et] je vous dirais qu'aujourd'hui, ils aiment beaucoup mieux gérer un surplus qu'un bris de service. Parce que c'est beaucoup facile de gérer. (Catherine, 050EG1)

Ben oui, je l'ai toujours dit... (Fabienne, 053EG1)

[Même que] des surplus, il n'y en a pas tant que ça! Quand on a eu des surplus, [...] j'ai dit : « je ne comprends pas. Vous avez des surplus quand? Avril et novembre? Vous mettez vos formations quand? » J'ai dit : « c'est mal géré, encore une fois, vous pouvez mettre toutes vos formations dans ces plages horaires [là], vos formations ne vous coûteront plus rien. » (Catherine, 050EG1)

C'est ça. Tout est là. (Fabienne, 053EG1)

Ma DG [...], elle me dit : « vous savez, on n'a pas d'argent. » Moi, j'ai dit : « moi je pense qu'on a de l'argent, mais elle est mal gérée! » (Catherine, 050EG1)

C'est ça. (Fabienne, 053EG1)

C'est la seule différence. (Catherine, 050EG1)

C'est ça, exactement. (Fabienne, 053EG1)

D'après Fabienne (053EG1), Édith (052EG1) et Catherine (050EG1), les solutions privilégiées par les dirigeants des CH pour résoudre notamment les problèmes de surcharge liés à l'organisation du travail des infirmières soignantes sont le TS, le TSO et l'utilisation de main-d'œuvre indépendante (agence de placement). Toujours d'après ces participantes, ces solutions seraient mises de l'avant parce qu'elles ne sont aucunement susceptibles d'engendrer des surplus de main-d'œuvre au sein des unités de soins, ce qui ne serait pas le cas lorsque que l'on assigne une infirmière soignante à un remplacement temporaire, par exemple, pour des raisons de maladie ou de maternité.

L'argumentaire présenté par Fabienne (053EG1), Édith (052EG1) et Catherine (050EG1), soulève aussi un élément des plus pertinents. Celles-ci sont, en effet, persuadées que le recours à une main-d'œuvre indépendante se révèle plus onéreux que d'avoir à assumer les dépenses relatives à des surplus de main-d'œuvre. Si, comme l'ont indiqué la vaste majorité des participantes qui ont été interviewées dans le cadre de cette étude, les choix des dirigeants des institutions hospitalières sont le plus souvent faits en fonction des impératifs économiques auxquels ils doivent se soumettre, pourquoi ceux-ci préconisent-ils le recours à une main-d'œuvre indépendante, si cela se révèle plus coûteux? Les données recueillies dans le cadre de cette étude ne permettent malheureusement pas de répondre à cette question. Nous proposerons tout de même certaines pistes de réflexion permettant de mieux saisir des phénomènes comme celui-ci, qui *a priori* apparaissent incohérents, dans le cadre du cinquième chapitre de cette thèse.

4.1.2. - Ce qu'il en est de la gestion hospitalière

Lors du premier temps de notre questionnement où nous nous sommes enquis de *ce qu'il en est* de l'exercice de la profession infirmière en CH, nous avons recueilli beaucoup de données relativement à *ce qu'il en est* de la gestion hospitalière. Bien que notre échantillon était composé uniquement d'infirmières soignantes, il est à noter qu'entre autres, par leurs engagements politiques, les participantes qui nous ont accordé une entrevue nous ont révélé

être en contact régulier⁶⁹ avec les gestionnaires des CH, que ce soit dans le cadre de réunions auxquelles elles assistent à titre de représentantes syndicales ou dans le cadre de comités auxquels elles siègent. Les données recueillies ont ainsi révélé que la plupart des participantes connaissaient très bien le travail des gestionnaires. Cela était particulièrement le cas pour des infirmières participantes comme Danielle (040EI), qui fut AIC durant sa carrière, pour Océane (055EG2) et Roméo (061EG3) qui agissaient à titre d'AIC lors de la collecte des données, mais également pour Serge (063EG3) qui, au moment de la collecte, poursuivait des études en gestion dans le but de devenir gestionnaire. Si dans l'ensemble, les participantes ont dressé un portrait extrêmement critique de la gestion hospitalière, celles-ci nous ont également fait part de certaines de leurs perceptions à l'égard des gestionnaires eux-mêmes et de la marge de manœuvre dont ils bénéficient pour favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des infirmières soignantes.

4.1.2.1 - Un portrait critique de la gestion hospitalière

Dans le cadre de cette étude, plusieurs infirmières participantes ont abordé la façon dont s'articule la gestion au sein des différentes institutions hospitalières québécoises. Un portrait critique de la façon dont s'opère la gestion au sein de ces CH – un portrait à dominante négative – est ressorti du discours tenu par ces participantes. Les infirmières soignantes qui ont participé à notre étude en avaient long à dire en ce qui a trait à la gestion hospitalière, ainsi qu'aux insatisfactions y étant associées. Dans l'ensemble, elles ont été nombreuses à souligner que la gestion hospitalière est obnubilée par des impératifs économiques qui dictent l'ensemble des conduites managériales. Elles ont spécifié que la gestion qui prévaut au sein des différents CH ne tient pas compte du point de vue des infirmières soignantes et omet de les informer notamment lorsque différents changements qui les affectent directement surviennent. Elles ont souligné les problèmes relatifs au déploiement continu de nouveaux projets au sein des unités de soins, projets qui affectent directement leur travail à titre d'infirmières soignantes. Elles ont été nombreuses à dénoncer les ratés d'une gestion arbitraire qui s'articule

⁶⁹ Cependant, les participantes ont, dans l'ensemble, précisé qu'elles n'avaient que peu de contact avec ces gestionnaires dans le cadre de leur travail à titre d'infirmières soignantes.

selon l'octroi de privilèges. Tout compte fait, elles ont également souligné le trop grand nombre de gestionnaires au sein des CH et leur roulement incessant. Ces différents sous-thèmes sont explorés ci-dessous.

4.1.2.1.1 - Une gestion obnubilée par des impératifs économiques

T'sais, le personnel, la façon dont il est calculé, en principe, c'est pour répondre aux besoins minimalistes. En bas, de ça là, t'es dans la merde un peu, t'sais, et ça, ça on sent une pression quand [...] les infirmières responsables [...] sont obligées de [...] s'obstiner avec la coordonnatrice pour dire : « j'ai besoin de quelqu'un, nous autres, on ne travaillera pas s'il n'y a pas une autre personne qui rentre, t'sais, pas question. » (Louise, 044EI)

Ce commentaire de Louise (044EI) décrit bien le discours tenu par nombre d'infirmières participantes quant à la surdétermination de la sphère économicofinancière dans l'articulation de la gestion hospitalière. Le fait que celles-ci doivent inévitablement négocier avec les gestionnaires chaque fois qu'elles désirent qu'une infirmière de plus soit attirée à l'unité où elles exercent a d'ailleurs été identifié par Isabelle (027EI), Laurier (032EI) et Louise (044EI), comme un phénomène tout à fait courant au sein des CH. Si cette confrontation inévitable avec les gestionnaires consiste en un indicateur de l'importance de la sphère économicofinancière dans les institutions hospitalières, selon plusieurs participantes, le discours des gestionnaires en serait de même constamment teinté. D'ailleurs, d'après Suzanne (042EI), lorsque les infirmières soignantes font une demande à leurs gestionnaires, le fameux : « "ah, on ne peut pas, on n'a pas d'argent!" [serait] peut-être la réponse la plus facile à donner pour [ces gestionnaires] ». Pourtant, comme l'indique Catherine (050EG1), des participantes mettent en doute ce discours :

j'ai dit à l'employeur : « écoutez, vous me dites que vous n'avez pas d'argent! Vous avez eu l'argent pour embaucher 35 personnes, sans leur donner les conditions de travail qui vont avec, vous les avez promenées d'un site à l'autre... Vous avez orienté [...] ces personnes-là sur [...] deux sites et ça a coûté combien? » Ça coûte 25 000 dollars, le départ d'une infirmière et son remplacement. On est à dire qu'ici il n'y en a pas d'argent [...], on a eu 88 départs... On parle de 2 millions de dollars qu'on a jeté à la poubelle et vous me dites que vous n'avez pas d'argent!? Moi, si j'avais cet argent-là je serais riche. (Catherine, 050EG1)

C'est plus particulièrement par des aberrations qu'elles nous ont rapporté que des participantes ont exprimé leur mécontentement quant à la subordination du soin aux impératifs économiques au sein des CH. Cet extrait de *verbatim* représente bien ce que plusieurs infirmières participantes ont, elles aussi, souligné à travers différents exemples :

on a une patiente [...] agitée et qui crie sans arrêt. La nuit les patients sont enragés [...]; il y en a un qui a pogné les nerfs [...] : « moi, je vais aller l'assommer! » C'qui fait que donne un Ativan à un et un Ativan à l'autre, et on a appelé le médecin, et j'ai dit : « écoute, comprends-tu que quand il y a quelqu'un dans sa chambre, elle ne crie plus? » Ouais, elle dit : « c'est une histoire de budget, d'argent. » Ah ben, j'ai dit : « je ne peux pas croire qu'on est rendu au point [...] que personne dort sur l'étage pour sauver un surplus pour s'occuper de ce patient-là. » Les médecins sont interpellés par l'employeur [...]. Imagine, nous, c'est un petit centre, imagine-toi dans les gros centres... (Monique, 034EI)

Du point de vue de Monique (034EI), un préposé aux bénéficiaires (PAB) aurait dû être délégué pour accompagner en permanence cette patiente dans sa chambre (soin continu), un soin certes particulier et coûteux qui est pourtant offert de façon courante dans les CH, bien souvent dans des cas de *delirium tremens* qui surviennent de façon fréquente en période postopératoire, notamment chez des patients âgés. Si certaines infirmières comme Monique (034EI) déplorent que la qualité des soins, mais également la qualité de vie des patients hospitalisés, soient bien souvent reléguées au second plan au sein des CH, et ce, pour des raisons économiques, il apparaît, selon des participantes comme Judith (062EG3), que pour certains type de soins, même s'ils frôlent parfois l'acharnement thérapeutique, aucune dépense n'apparaît exagérée :

pis, c'est un peu absurde [mais], des fois, nos chefs de services nous répondent : « c'est parce que je n'ai pas le budget... », pis, des fois, dans nos salles de choc, là, on voit tout le matériel qui passe sur un patient... et tu te dis qu'ils viennent d'y passer la moitié du budget! T'sais, tu le sais que la personne, on n'est pas capable de la rescaper... mais on essaye, on essaye, on essaye. (Judith, 062EG3)

Mais c'est toujours passé par la science, t'sais, le super drain machin truc là, ben, t'sais il va te réduire deux ou trois jours d'hospitalisation, parce que t'auras pas d'infection, parce que nanan na...bon, t'sais? C'est sûr que dans le soin caring... qu'est-ce que tu veux que je te dise? Il n'y a pas de gain à faire là [d'un point de vue économique]. (Serge, 063EG3)

[Mais] ça coûterait moins cher de faire certaines interventions pour le patient qui seraient plus bénéfiques pour lui [...]. Un patient [...] qui veut aller dans une maison de soins palliatifs et qui n'est pas dans son secteur. Mais bon, il n'a pas [les moyens de payer le transport adapté]. Soit on attend qu'il y ait une maison de soins palliatifs qui libère [en ville] ou on a déjà de la place dans le fond dans le Bas-du-Fleuve [...]. Ça coûtait en transport 800 \$ et, par journée d'hospitalisation, ça en coûte 3 000\$. J'ai présenté ça à la coordonnatrice, [mais le patient] n'était pas prestataire de l'aide sociale... sa femme l'était, mais pas lui, ce qui fait qu'il n'avait pas le droit [au transport]. Finalement, [...] il a fallu qu'ils lui soutirent 200 \$, t'sais, pour quelque chose qui était totalement logique là, [...] pour qu'il puisse être proche de sa famille dans le Bas-du-Fleuve. (Roméo, 061EG3)

Nous reviendrons dans le cadre du chapitre 5 de cette thèse sur les raisons pouvant justifier que, d'un côté, l'on n'hésite généralement pas, au sein des CH, à investir des sommes colossales dans des traitements qui relèvent souvent de l'illusoire, tandis que de l'autre, l'on refuse régulièrement d'offrir des soins humains et décents aux patients hospitalisés – et ce, à travers un manque flagrant d'éthique – comme s'il y avait littéralement subordination de la vie aux impératifs économiques. Dans le même ordre d'idée, voici la question que nous avons posée à Leticia (046EI), qui a été victime d'une attaque à main armée de la part d'une personne hospitalisée à l'urgence de l'hôpital où elle exerce, et ce, après avoir signifié à maintes reprises aux gestionnaires de cet établissement que la sécurité des infirmières soignantes y était grandement déficiente⁷⁰ :

est-ce que vous avez l'impression que les impératifs économiques de votre établissement⁷¹ étaient plus importants que votre vie? (Chercheur)

Oui, ah oui! Ça oui, je le dirais que c'est malheureusement le cas de beaucoup d'établissements, oui, oui [...]. L'impératif financier est plus important que nous, oui. C'est ça et je n'en démordrai pas. Qu'ils veulent nous dire : « mais, oui, on prend soin de [vous]! », non, tu viens travailler : « débrouille-toi! » Voilà! (Leticia, 046EI)

La réponse de Leticia (046EI) fut sans équivoque.

⁷⁰ Les problèmes de sécurité inhérents à cet établissement hospitalier ont aussi été corroborés par Philippe (045EI), qui y a également subi des voies de fait, notamment de la part d'une personne dont il prenait soin à l'urgence.

⁷¹ Il est question ici des économies réalisées en utilisant moins d'agents de sécurité pour assurer la protection des infirmières à l'urgence de ce CH.

4.1.2.1.2 - Une gestion qui ignore le point de vue des infirmières et omet de les informer

Dans le cadre de cette étude, un grand nombre d'infirmières participantes ont spécifié qu'elles ne sont jamais consultées lorsque des décisions sont prises relativement à des changements dont elles sont les premières à être affectées.

Dans les changements que vous avez vus au sein de votre unité depuis que vous pratiquez, est-ce que vous avez eu l'impression d'être consultée dans ces changements-là? (Chercheur)

Non, justement, on a changé la feuille de bilan global du patient. Nous autres, on a une grande feuille recto/verso, sur les 24 heures. Et là, ils nous changent ça pour un paquet de feuilles [...], on n'a aucunement été consultés. C'est un exemple, [...] on trouve ça assez aberrant. C'est plate pour nous, parce qu'il faut se conformer [...]. Encore de la paperasse... des nouvelles... (Laurie, 059EG2)

Leticia (046EI) abonde dans le même sens que Laurie (059EG2) :

on nous impose des choses et [...] avant de nous les imposer, il n'y a même pas de période d'essai. Quoi qu'il en soit, ils ont décidé que ce serait changé, même s'ils nous écoutent, on le sait que ça va être d'office appliqué. C'est nous qui travaillons sur le terrain et c'est nous qui sommes [...] capables de dire si c'est efficace ou non. Mais ça, ils ne l'entendent pas et c'est pour ça que les doléances des filles, je les rapportais, mais ça ne changeait rien... Mais, au moins, les filles voyaient que j'en avais parlé. (Leticia, 046EI)

Contrairement à la vaste majorité des participantes que nous avons rencontrées, Dominic (038EI) a la chance de pouvoir assister deux fois par mois à des réunions d'équipe au sein de l'unité de soins où il exerce. Pourtant, même s'il a la chance de pouvoir assister à ce type de réunions, il n'y est question d'aucun des changements qui seront implantés au sein de l'unité.

[Avec la gestionnaire d'unité] qu'on a présentement [...], on a deux réunions par mois et dans ces réunions-là, [elle] ne nous communique pas les affaires importantes. Mettons que la réunion était le mardi et ben le jeudi : [...] « bon, ben, maintenant, ça va fonctionner comme ça! » C'est écrit au tableau : « mais, pourquoi tu ne nous en n'a pas parlé à la réunion? On aurait pu poser nos questions! » Non, [...] il faut que tu ailles y poser des questions toi-même parce que la communication [avec] tout le groupe, il n'y en a [...] vraiment pas beaucoup, ce qui fait que là, tout le monde a l'impression que c'est fait par en-dessous. Pis, ça choque un peu tout le monde, t'sais [...] : « pourquoi tu ne nous en as pas parlé? C'était-tu secret? » (Dominic, 038EI)

Si la presque totalité des infirmières participantes qui nous ont accordé une entrevue ont souligné ne jamais être mises au courant qu'un changement allait survenir avant qu'il ne soit effectif, Lisa (057EG2) précise qu'à titre de représentante syndicale, elle est généralement informée en avance des changements qui surviendront au sein des unités de soins où exercent les infirmières soignantes :

Moi, à l'intérieur du comité de soins, je pense qu'on est informés beaucoup. Ils viennent au-devant même, des fois, mais ces organes-là viennent juste d'être implantés dans nos milieux. Et c'est normal que, peut-être, les infirmières sur le terrain directement se sentent pas interpellées. Puis que nous autres [...], en étant les représentants syndicaux, ben là, on est mis au courant. Ce qui fait que c'est à nous de passer le message et d'aller chercher le pouls. (Lisa, 057EG2)

Lisa (057EG2) croit ainsi que les syndicats ont un rôle considérable à jouer, tant pour acheminer aux infirmières soignantes l'information qui leur est transmise par l'employeur que pour valider auprès de celles-ci si elles sont en accord avec ces changements. Pourtant, si l'on en croit les dires des participantes, les syndicats semblent avoir énormément de difficulté à jouer ce rôle⁷². Laure (056EG2) poursuit en ajoutant ses propos à ceux de Lisa (057EG2) :

souvent, ils ne consultent pas parce qu'ils ont peur de la résistance au changement... [Pourtant] c'est sûr, quand on n'a pas été consultés, qu'il y aura plus de résistance [...]. L'autre affaire, c'est que si les infirmières ne sont pas sûres qu'il va y avoir une plus-value pour le patient, elles vont avoir ben de la difficulté à rentrer là-dedans, [...] si c'est juste changer pour changer. (Laure, 056EG2)

Le fait de changer des pratiques ancrées dans le quotidien des infirmières leur demande de déployer des énergies considérables. Mobiliser ces énergies apparaît plus logique lorsque la finalité de ces changements est connue et comprise par les infirmières soignantes. Des participantes indiquent d'ailleurs être beaucoup plus disposées à accepter des changements lorsque ces principes de bases sont respectés. De plus, tout changement organisationnel perçu par les infirmières soignantes comme entraînant une réduction de la proximité avec les

⁷²Bien qu'ils transmettent de l'information aux différents syndicats, nous croyons que les employeurs ne devraient en aucun cas se dégager de leurs responsabilités d'informer convenablement les infirmières des changements qui surviendront au sein des unités de soins, notamment parce que rien ne garantit, du moins selon les données que nous avons recueillies, que les syndicats soient en mesure d'assumer cette tâche de façon appropriée. D'ailleurs nous croyons, au même titre que nombre de participantes, que les infirmières soignantes devraient être sollicitées en amont des processus de prise de décision, afin qu'elles puissent se joindre aux réflexions qui sont inhérentes à ces processus.

patients, par exemple, parce qu'il entraîne un surcroît de « *paperasse* », comme l'indique Martha (054EG2), sera nécessairement accueilli avec beaucoup de résistance par les infirmières. Cela n'est guère surprenant puisque, d'après les résultats découlant de cette étude, c'est aussi des patients qu'elles obtiennent le plus de reconnaissance et des interactions qu'elles ont avec ceux-ci qu'elles retirent le plus de satisfaction au travail.

4.1.2.1.3 - Une gestion par projets

Qu'il s'agisse de Josée (035EI), de Sylvain (043EI), de Danielle (040EI), de Suzanne (042EI) de Leticia (046EI), de Fabienne (053EG1), de Laurie (059EG2) ou d'Éric (060EG2), toutes ces infirmières participantes ont soulevé des problèmes associés à la gestion par projets, un type de gestion qui serait très présent dans les CH. Ce commentaire de Danielle (040EI) représente bien le discours tenu par plusieurs participantes relativement à ce type de gestion. Celui qui suit regroupe les différents éléments abordés dans le cadre de cette étude par les infirmières :

on nous pitche des projets comme ça, sans arrêt, et sans jamais avoir d'encadrement. [Enfin,] il y a un gros encadrement au début et dès que... : « ah! Ok! Vous êtes capables de le faire... », ils disparaissent tous. Ça fait qu'il n'y a pas de suivi; il n'y a pas d'évaluation; il n'y pas d'analyse. On croule sous les projets en partie pas finis. Tout projet demande des papiers, ce qui fait que chaque projet est resté avec les papiers. Ça fait de la paperasse, [...] le dédoublement des papiers, c'est incroyable! C'est l'atmosphère dans laquelle on travaille, [...] c'est vraiment compliqué, [...] et vite, il faut aller vite. Lâchez-moi avec ça. Je suis tannée des projets. Les foutus projets, je ne sais pas s'il y a une maladie de projets au Québec! (Danielle, 040EI)

Le manque d'encadrement, de soutien et de suivi, tant lors de la mise en place de projets qu'ultérieurement, a été souligné à de nombreuses reprises par des participantes, notamment parce que ces lacunes mobilisent davantage leur précieux temps, du temps qu'elles préféreraient investir auprès des patients.

On a été établir [...] le plan de soins thérapeutiques informatique, on n'a pas eu de soutien tant que ça. Ils sont venus deux fois nous le montrer [...], comment ça fonctionne, moi, je l'ai vu, une fois [...]. Là, il fallait commencer à tout changer [...] et ce n'est jamais à jour, [mais] il faut que je m'occupe du patient [quand même], il ne

va pas ben... Pis moi, ce que j'aimais [...] dans ma tournée du matin⁷³, c'était de jaser un peu avec les patients pour voir comment ils allaient du côté psychologique [...] et là, je ne peux plus le faire. Je n'ai plus de temps. (Éric, 060EG2)

Au même titre que Danielle (040EI), Sylvain (043EI) et Fabienne (053EG1) ont, eux aussi, souligné le fait qu'une grande partie des projets qui sont déployés au sein des unités de soins seront abandonnés, le plus souvent sans que les infirmières soignantes sachent pourquoi.

Qu'il s'agisse de Danielle (040EI), de Michel (037EI) ou de Josée (035EI), des participantes nous ont également indiqué que certains gestionnaires d'unités de soins ne tiennent pas compte de conjonctures qui se révèlent parfois défavorables au déploiement de certains projets. Cet exemple qui nous a été confié par Josée (035EI) décrit bien ce phénomène :

on a vécu, nous, sur notre département un chef d'unité qui était, mettons, manipulateur, arrogant, et tout ça. [...] On a réussi à monter un dossier pour le faire mettre à la porte. C'est [...] se relever de ça qui a été quand même difficile [...]. J'ai vu toutes mes collègues de travail pleurer [...]. On s'en est sorti parce qu'on était tissé très serré. Mais là, l'autre chef est arrivé et au lieu [de nous donner du temps] : « ah ben non, il faut passer par-dessus ça! » Et, là, il nous mettait des projets, des projets. Déjà, on se relevait de quelque chose de difficile; on se faisait mettre des projets... t'sais, tout le temps des choses en projet et il fallait donner plus de rendement... (Josée, 035EI)

Le déploiement de multiples projets, parfois de façon simultanée, est le plus souvent réalisé sans que les infirmières ne soient consultées quant à la pertinence de leur mise en place. D'après Leticia (046EI), le fait qu'on ne demande généralement pas l'aval des infirmières soignantes avant de leur imposer de nouveaux projets crée souvent de fortes tensions au sein des équipes de soins.

Dans un autre ordre d'idée, pour des infirmières participantes comme Laurie (059EI), certains projets mis en place par les institutions hospitalières consistent littéralement en un gaspillage de fond :

pour le [CH où j'exerce], ils ont déboursé des frais incroyables pour un super site Internet. Les affiches... le gros kit là. L'idée, le concept de ça, c'est que chaque

⁷³ Éric (060EG2) travaille de nuit.

employé, là, marque une façon d'économiser. Exemple : d'amener sa propre boîte de kleenex : économie 1,44\$... (Laurie, 059EG2)

Tu me niaises... (Éric, 060EG2)

Ah oui, je te jure. Moi, là, je me bats sur mon unité pour qu'on ait un deuxième préposé parce qu'on en a juste un pour huit patients intubés... ça a juste pas de sens! On n'a pas d'argent, [...] mais ils vont dépenser des [somm]es [famineu]ses [...] pour inventer des sites Internet. Toi, t'écris quelque chose et là, ils sont cinq gestionnaires... : «excellente idée!» (rires) «C'est bon d'amener le papier de toilette!» Je vous jure là! Là, il y en a un qui [...] commente tout [...]. Lui là, y est payé à faire quoi dans son maudit bureau, là? Il commente un site Internet, qui nous a coûté une fortune... mais, on n'a pas d'argent. (Laurie, 059EG2)

Est-ce que tu peux marquer, mettons : « arrêtez tout de suite [ce projet]... c'est de l'économie d'argent »?... (Éric, 060EG2)

On l'a écrit, nous autres, là, aux soins... (Laurie, 059EG2)

Vous l'avez marqué, ça? Vous l'avez marqué? (Éric, 060EG2)

Comment ça coûte [tout ça]? Moi, j'ai écrit un long texte comme quoi que justement on se battait pour... ce que je viens de vous dire là et tout ça. (Laurie, 059EG2)

Ok. (Éric, 060EG2)

Et le monsieur [...] nous a répondu : « ce n'est pas un site pour ça [...]. Ce n'est pas un site de revendications. » Et, il a effacé tous nos commentaires. (Laurie, 059EG2)

4.1.2.1.4 - Une gestion arbitraire qui s'articule selon l'octroi de privilèges

C'est qu'au début, ce qui arrive en prison, ils te donnent rien. Ah, tu vas voir que c'est pas mal subtil, ils te privent de tout. T'as pas de cigarettes, pas de rasoir, pas d'aspirine, si t'as mal à la tête, même pas de sel dans la nourriture. Alors, tu finis par réclamer. Un moment donné, ils commencent à te donner une par une, toutes ces petites choses qui te paraissent essentielles à la vie, alors là, tu considères ton gardien comme un bienfaiteur. Mais, tu vois comment c'est en prison, tout devient différent. Un des privilèges qu'ils te donnent, c'est de laver les planchers, t'en es même rendu à vouloir laver les planchers! (Dr Jean-Marie Beauchemin)

Hey! On pourrait-tu changer le poste de radio SVP? (Un détenu)

On peut-tu avoir quelque chose dans notre langue? C'est notre droit! (Un autre détenu)

Hey le smatte, depuis quand qu'un prisonnier a des droits? Vous avez aucun droit icitte, c'est des privilèges qu'on vous donne. (Un gardien)

Extrait du film *Les Ordres* (Michel Brault, 1974)

Voici deux extraits de *verbatim* sur lesquels repose cette mise en contexte. Nous les avons rapportés ici parce qu'ils sont essentiels à la compréhension du dialogue que nous avons entretenu avec Linda (030EI). Ce dialogue est des plus importants, puisque c'est à partir de celui-ci que nous avons réalisé toute l'ampleur de ce phénomène qui prend forme à travers un quadrillage de punitions et de privilèges au sein des CH. Un mode de fonctionnement organisationnel qui serait inhérent au dispositif hospitalier, mais qui est aussi inhérent au dispositif carcéral. C'est d'ailleurs à partir de ce même dialogue, et plus particulièrement à partir des éléments concrets qui ont été révélés par Linda (030EI), que nous avons vu poindre une analogie entre le dispositif hospitalier et le dispositif carcéral, une analogie que nous avons par la suite cherché à valider auprès d'autres participantes. Voici donc les deux extraits qui sont en quelque sorte à l'origine de la présente sous-section puisqu'ils nous ont amenés à questionner les autres participantes quant à ce mode de fonctionnement organisationnel particulier et quant aux pratiques managériales qui y sont associées :

si je dis non [pour] aller à cette formation-là, [par exemple], pour être une super utilisatrice de telle pompe : est-ce que mon boss va me donner ma journée de congé que j'y ai demandé parce que j'ai un rendez-vous chez le médecin? (Linda, 030EI)

Les filles ont peur, elles se disent : « ah, si je fais pas ça, elle me donnera pas mon congé la semaine prochaine. J'ai demandé le mercredi, mais si je brasse trop, elle ne me le donnera pas. » Ce qui fait que les filles ont peur, les infirmières ont peur de perdre des petites choses qui sont très importantes pour eux autres, si elles disent non à d'autres choses qui leur sont demandées. (Linda, 030EI)

Après avoir pris en note ces éléments dans le cours de cette entrevue individuelle, nous avons tenté de valider notre compréhension auprès de Linda (030EI).

D'un côté vous avez parlé d'une espèce de mode de fonctionnement, en tout cas j'essaye de valider avec vous [si j'ai bien compris]. (Chercheur)

Hum, hum... (Linda, 030EI)

Dans les hôpitaux [...], on peut avoir un privilège ou une punition, au sens où si on fait telle ou telle activité ou telle action, pour une période donnée, on pourrait avoir une punition. Supposons que je veuille avoir mon congé, pour tel truc, alors là, je vais accepter les propositions de l'institution? (Chercheur)

Oui. (Linda, 030EI)

Ce mode punition/privilège : c'est quelque chose qui se produit dans les institutions [hospitalières]? (Chercheur)

Ce n'est pas ouvertement comme ça, t'sais, ce n'est pas publicisé. Mais, c'est beaucoup comme ça dans les hôpitaux, hein, ce n'est jamais à la grande lumière. On voit que sur certaines unités, c'est bien pire que sur d'autres. Il y a des privilèges, il y a des chasses gardées, il y a [...] du favoritisme. Ça marche beaucoup comme ça et selon le chef de service qui est sur place. Mais de façon générale, oui, il y a... comme du non-dit. C'est comme pas 100 % clair, mais, c'est là. (Linda, 030EI)

D'après Linda (030EI), les pratiques managériales qu'elle décrit sont de l'ordre du *non-dit*. Même si, d'après celle-ci, ces pratiques sont bel et bien présentes au sein des institutions hospitalières, elles ne seraient pas ouvertement admises. Linda (030EI) indique d'ailleurs que cela est le cas pour nombre de pratiques au sein des CH, elle précise que : « *ce n'est jamais à la grande lumière [...] dans les hôpitaux.* » On se rappellera par ailleurs que, d'après la presque totalité des participantes rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche, le fonctionnement du dispositif hospitalier se caractériserait par l'absence de consultation des infirmières soignantes lorsqu'il est question de changements qui affectent pourtant leur travail. Au même titre que ces décisions sont prises à l'insu des infirmières, c'est en catimini que l'on accorderait des privilèges à certaines d'entre elles. D'après les dires de Linda (030EI), le recours à un mode de fonctionnement organisationnel, que le chercheur a désigné sous le terme de *mode punition/privilège*, varie considérablement d'une unité de soins à l'autre, selon les gestionnaires d'unités qui sont en place. L'octroi de privilège, le recours au favoritisme et aux chasses gardées seraient donc directement associés au type de gestion préconisé par chaque gestionnaire d'unité.

Mon chef de service, c'est un chef de service exemplaire honnêtement, depuis qu'elle est là, ça marche bien [mais] ça change rien à ce que j'ai dit au début. Je le vois [plutôt] quand je suis en conseil syndical avec les autres délégués, des autres départements [...]. Là, on voit que ce truc-là de : « je vais faire trois gardes sur la feuille et que peut-être qu'elle va me donner mon congé. » Puis, aussi : « trois gardes ça équivaut à ça. » Là, tu vois c'est comme une espèce de marchandage de deal continuuel avec ça. Eh oui! C'est là! Et, ça fait une autre affaire de plus à gérer, t'sais. (Linda, 030EI)

D'après Linda (030EI) ce ne serait donc pas tous les gestionnaires d'unité qui mettraient de l'avant ce type de pratiques managériales des plus discutables d'un point de vue égalitaire et éthique. Il ne s'agirait donc pas de pratiques que l'on pourrait qualifier de généralisées, de son point de vue. Pourtant, celle-ci se donne la peine de préciser que cela ne change rien à ce qu'elle a mentionné auparavant, à savoir que ces pratiques managériales déloyales sont très présentes dans les CH. Pour en arriver à ce constat, Linda (030EI) s'appuie sur l'information qu'elle a recueillie à partir des dires de délégués d'autres départements présents aux différents conseils syndicaux auxquels elle participe. Celle-ci confirme donc la présence d'un marchandage continuuel entre les infirmières soignantes et les gestionnaires de certaines unités de soins au sein de l'institution hospitalière où elle exerce. Un marchandage qui, d'après Linda (030EI), ajoute à la charge de travail des infirmières soignantes : « *et ça fait une autre affaire de plus à gérer, t'sais* ».

Lors des groupes de discussion que nous avons réalisés, et notamment dans le cadre du deuxième groupe, nous avons cherché à valider les dires de Linda (030EI) auprès d'autres participantes, et ce, à partir de la question suivante :

toi, Océane, dans deux ou trois semaines, disons [...] t'as un mariage et tu voudrais assister à ce mariage-là, ce serait important, c'est ton meilleur ami, qu'est-ce que tu vas faire pour y participer? (Chercheur)

Je vais prendre mon congé de semaine et je vais le changer de place. Parce qu'ils ne veulent pas nous donner de congé. Oubliez ça [...] : ça n'existe plus. (Océane, 055EG2)

Chez nous ce n'est pas ça, quand je suis rentrée, j'étais de nuit et il y a une vieille infirmière qui m'a dit, parce que j'essayais de faire un échange : « ma petite, ferme ta yeule, call malade! » (Adèle, 058EG2)

Parles-en en même pas, de ton mariage, dans la salle à café. (Lisa, 057EG2)

C'est ça, t'en parle pas, t'en parle pas! (Adèle, 058EG2)

Nous autres, ils le savent et veut ou ne veut pas, tout le monde se parle. Pis le moindrement que le coordo le sait, oublie ça, il va te mettre un ANA. (Océane, 055EG2)

Nous autres c'est rendu : « tu nous la remettras. » (Adèle, 058EG2)

Les préférés de la gestionnaire sont capables d'avoir des fois plusieurs congés fériés de suite. Mais les gens qui ne sont pas dans la faveur de la gestionnaire ne sont pas capables de les avoir. (Martha, 054EG2)

(Soupir de découragement) (Éric, 060EG2)

C'est ce que j'entends par privilège/punition. (Chercheur)

Oui. (Océane, 055EG2)

Oui, oui, c'est vrai. Moi c'est ça que je dois vivre sur mon unité. (Martha, 054EG2)

À travers ce court dialogue ayant trait aux différentes façons d'obtenir une journée de congé, la question des privilèges qui seraient accordés à certaines infirmières et dont plusieurs ne pourraient bénéficier a rapidement été soulevée par Martha (054EG2). D'après celle-ci, les infirmières soignantes qui seraient dans les bonnes grâces de la gestionnaire de l'unité où elles exercent auraient une plus grande propension à obtenir les congés qui les accommodent, tandis que celles qui ne le sont pas seraient en quelque sorte punies de ne pas avoir développé une bonne relation avec celle-ci, et n'auraient pas la possibilité d'obtenir ces congés. En ajoutant : « moi, c'est ça que je dois vivre sur mon unité », Martha (054EG2) précise aussi que ce mode de fonctionnement organisationnel lui serait imposé. De notre avis, les dires d'Océane (055EG2) témoignent également d'un autre phénomène très présent dans les CH : la surveillance étroite dont les infirmières soignantes sont l'objet. En effet, lorsqu'Adèle (058EG2) fait référence au stratagème qui lui permettrait d'aller à ce mariage fictif, soit de se déclarer malade sans en parler à qui que ce soit, Océane (055EG2) indique que ce stratagème

est risqué parce que les infirmières coordonnatrices sont à l'affut et n'hésiteront pas à sévir si elles sont mises au fait de ce subterfuge⁷⁴. Si, par la suite, Adèle (058EG2) précise qu'elle et ses collègues sont prêtes à subir les représailles qui pourraient découler de cette action, le témoignage d'Océane (055EG2) décrit très bien, à notre avis, la réalité selon laquelle toutes ne peuvent s'exposer aux représailles des coordonnatrices ou des gestionnaires d'unités de soins, spécialement des infirmières soignantes comme Océane (055EG2), qui occupe sporadiquement le poste d'AIC.

Mais que doivent faire les infirmières soignantes pour être dans les bonnes grâces des gestionnaires d'unités? En intervenant à la suite de Martha (054EG2), Lisa (057EG2) apporte certains éclaircissements à ce propos :

c'est du donnant-donnant, les chefs aussi font ça beaucoup dans le bureau : « attends, on ferme la porte, si tu me fais ça, je pourrais peut-être te faire ça. » Justement, tantôt Laurie parlait des déplacements, pis un chef disait : « ben celui-là, il me fait des 12 heures, les fins de semaine, pis je ne le déplacerai pas. » Ben voyons, selon la convention, c'est le plus jeune [qui doit être déplacé], il est en surplus et tu dis qu'il fait des 12 heures la fin de semaine, donc tu ne le déplaceras pas? (Lisa, 057EG2)

Il n'y a aucun sens commun, ça n'a pas de sens. (Laure, 056EG2)

Selon Lisa (057EG2), les gestionnaires seraient généralement prêts à coopérer dans le cas, par exemple, d'une requête spécifique adressée par une infirmière soignante, mais cela à condition que l'infirmière coopère à son tour, donc, qu'elle accommode le gestionnaire en place. Ces pratiques managériales s'inscriraient ainsi dans des modes de gestion se caractérisant par leurs attributs inégalitaires. Si Laure (056EG2) souligne, à la suite de ce qui a été dit par Lisa (057EG2), qu'« *il n'y a aucun sens commun* » à travers l'utilisation de ces pratiques managériales, c'est probablement parce que celles-ci amènent deux types de traitement pour deux classes d'infirmières différentes : celles qui sont dans les faveurs des gestionnaires et celles qui ne le sont pas. Dès lors, l'ensemble des règles tacitement admises qui découlent de ce « *sens commun* » et qui régulent les relations en société, en faisant notamment appel à un

⁷⁴ D'après les données que nous avons recueillies, des infirmières soignantes savent qu'elles ne peuvent faire confiance à leurs collègues, qui pourront les dénoncer dans une visée de *promotion sociale*, un phénomène associé à celui de la violence horizontale à laquelle nous avons fait allusion dans le chapitre 2 consacré à la recension des écrits.

traitement égalitaire entre les individus, mais également les préceptes mêmes de la convention collective, apparaissent être relégués au second plan. Dans la situation rapportée par Lisa (057EG2), il est aussi à noter que le jeune infirmier n'a adressé aucune requête au gestionnaire d'unité, c'est d'emblée qu'une prérogative lui a été accordée parce que cet infirmier soignant accommodait déjà ledit gestionnaire en effectuant des quarts de douze heures les fins de semaines. Ainsi, comme plusieurs participantes l'ont rapporté dans le cadre de cette étude, ces pratiques managériales sont omniprésentes dans les CH, et bien que celles-ci aient tendance à être plus perceptibles pour les infirmières soignantes lorsqu'elles ont une requête particulière, une « *faveur* » à demander aux gestionnaires d'unité, nombre de gestionnaires y auraient recours dans bien d'autres contextes, souvent sans même que les infirmières ne s'en rendent compte. Lisa poursuit son commentaire en ajoutant :

donc [...] si t'es capable d'aller négocier comme il faut dans le bureau du gestionnaire et d'avoir certaines faveurs, là, t'as une plus belle vie, et ton collègue qui a la même ancienneté que toi, à côté, et qui a juste un peu de la misère à aller rencontrer son gestionnaire... ben là... (Lisa, 057EG2)

Est-ce que vous pensez qu'a priori, les infirmières sont habilitées à négocier?
(Chercheur)

Certaines. (Adèle, 058EG2)

Mais ce n'est pas tout le monde... hein? (Laure, 056EG2)

Compte tenu des pratiques managériales inégalitaires qui, du point de vue de ces participantes, ont cours dans les CH, la qualité de vie au travail des infirmières soignantes reposerait, notamment d'après Lisa (057EG2), sur la capacité de celles-ci à aller négocier avec les gestionnaires d'unité. Pourtant, selon les témoignages recueillis dans le cadre de cette étude, ce ne sont pas toutes les infirmières qui sont habilitées à mettre en place de tels processus de négociations avec les gestionnaires. Ces infirmières soignantes se retrouveraient donc désavantagées de ce simple fait, et ce, même si elles ont la même ancienneté que leur collègue et qu'elles accomplissent le même travail à titre d'infirmière soignante. Cette façon injuste d'articuler la gestion hospitalière ferait donc beaucoup d'exclus. D'après Yuan (041EI), l'octroi de privilèges de la part de gestionnaires n'aurait pas que des répercussions sur les

infirmières soignantes, certaines pratiques managériales inégalitaires seraient aussi susceptibles d'entraîner des conséquences à une échelle beaucoup plus large.

Du côté des gestionnaires, ils essayent de faire le mieux possible, mais sans réaliser l'impact [...]. On a eu une gestionnaire dans le passé [qui ne voulait] pas perdre telle infirmière parce qu'[elle avait] 17 ans d'expérience à l'urgence : « je veux la garder et elle veut être en partiel, je coupe le poste... et j'en ai une autre qui veut des temps partiels [aussi]. » Tout d'un coup, on s'est retrouvé avec la majorité des postes en temps partiel. Donc, tout d'un coup, c'est les temps partiels qui exigeaient de se faire payer du TS, et préféraient rester en temps partiel parce que : « si je travaille un 16 heures, mon deuxième 8 heures devient un TS. » Elles commençaient à faire des demandes qui ne faisaient pas du côté syndical : « non, je ne travaille pas demain, mais si t'es prête à m'offrir du temps double, je vais rentrer. » Et, les gestionnaires se pliaient à ça. (Yuan, 041EI)

Comme Yuan (041EI) le souligne, les gestionnaires d'unité essaient généralement de faire pour le mieux. Celles-ci doivent souvent conjuguer avec des ressources limitées, en plus de devoir répondre à une vaste gamme d'impératifs sur lesquels elles n'ont pratiquement aucun contrôle. Ces gestionnaires se retrouvent donc très souvent entre l'arbre et l'écorce et tentent de répondre aux besoins des infirmières soignantes dans la mesure des possibilités qui s'offrent à elles. D'autre part, dans une conjoncture où les infirmières sont partout en demande, il est à prévoir qu'il devient tentant pour les gestionnaires d'unité d'offrir certains privilèges à leurs meilleurs éléments, par exemple, à des infirmières soignantes qu'elles désiraient à tout prix garder dans leur équipe. Pourtant, le fait d'accorder un privilège à une infirmière donnée serait aussi une arme à double tranchant pour ces gestionnaires dans le microcosme des unités de soins. Offrir à l'une ce que l'on ne peut offrir à l'autre peut entraîner des situations qui deviennent progressivement intenable et hors de contrôle. Yuan (041EI) poursuit en expliquant comment ces pratiques déployées par une gestionnaire du CH où elle exerce en sont arrivées à créer un réel clivage entre deux classes d'infirmières soignantes au sein d'une unité spécifique :

tous les temps pleins [se disaient] « mais c'es-tu moi, la nounoune : pourquoi je travaillerais temps plein, si elles [...], elles rentrent comme elles veulent, et elles sont payées en TS et moi. » Les temps partiels avaient des horaires qu'elles voulaient [et] les temps pleins : « oui, mais je suis obligée [...] de vous céder [de cette façon-là] parce que vous êtes du temps plein. » Donc, la temps partiel, elle avait tout ce qu'elle

voulait, pis, c'est mon temps plein qui payait le prix de ça. Alors [...], ça a causé une grosse colère et toutes les infirmières ne voulaient plus rester temps plein et voulaient toutes partir. Ça fait une grosse pénurie [...], la gestionnaire [est] partie et c'est une nouvelle gestionnaire qui a fallu qu'elle ramasse tout ça. (Yuan, 041EI)

D'après Yuan (041EI), ces pratiques managériales inégalitaires auraient eu pour effet de briser la cohésion entre les infirmières de cette unité. Si de bonnes pratiques managériales ont la capacité de renforcer la cohésion des équipes et la solidarité entre infirmières, de mauvaises pratiques seraient aussi absolument délétères à cet effet. Comme les caprices des unes étaient le plus souvent assouvis, tandis que les autres se sentaient de plus en plus flouées, cela a eu pour effet d'engendrer une situation intenable, tant pour les infirmières soignantes que pour la gestionnaire de cette unité, qui n'a eu d'autre choix que de se démettre. Le choix d'un mode de fonctionnement organisationnel peut donc entraîner des conséquences qui sont parfois lourdes à porter pour les gestionnaires.

Dans le cadre de l'entrevue qu'il nous a accordée, Michel (037EI) a décrit une situation où les choix inégalitaires d'une gestionnaire, qui octroie des privilèges à certaines infirmières pendant que d'autres n'y ont pas droit, sont également susceptibles de briser la cohésion entre les infirmières soignantes qui exercent au sein de l'unité de soins dont elle est responsable.

La chef se permet des libertés [...], je sais qu'elle est hors normes parfois. [Par exemple,] elle a affiché des postes qui sont de type rotation en promettant aux gens [...] qu'ils [...] seraient seulement de jour. Donc, c'est une promesse qui, je le sais, ne sera pas tenue parce qu'éventuellement elle n'aura pas le choix de les mettre de soir [sinon], elle va favoriser [ces infirmières à qui elle a fait] des promesses [...]. Moi je l'ai dit aux filles qui ont appliqué sur ces postes-là : « [...] je n'aurai pas le choix en tant que membre de l'exécutif [syndical] d'aller dire : r'garde [...] il y a du monde qui ne font pas leurs contrats de travail. Je vais le faire de reculons [...], mais je n'ai pas le choix parce [...] vous allez peut-être nuire [...] à des gens qui auraient pu avoir ces quarts de travail là de jour et qui ont plus d'ancienneté que vous. » Ce qui fait que là eux autres disent : « mais pourquoi qu'elle m'a dit ça? » Ça fait que là t'sais j'ai peur [...] que ça crée des tensions [...], ça peut être dangereux. (Michel, 037EI)

Ces stratégies d'attraction inégalitaires semblent être passablement présentes au sein des CH québécois d'après les témoignages que nous avons recueillis, et ce, malgré la grogne qu'elles engendrent dès qu'elles sont mises à exécution. Dominic (038EI), qui exerce dans un CH qui

se retrouve géographiquement à des centaines de kilomètres de celui où Michel (037EI) exerce, a indiqué avoir été témoin de situations qui s'apparentent étrangement à celles rapportées par ce dernier, où certaines infirmières nouvellement engagées bénéficient de privilèges dont d'autres ayant pourtant plus d'ancienneté ne peuvent bénéficier. À travers cet extrait du *verbatim* de l'entrevue qu'il nous a accordée, celui-ci propose certaines pistes d'explication ayant trait à ce phénomène.

Vous avez dit qu'ils engagent des infirmières jour/soir... (Chercheur)

Ouais. (Dominic, 038EI)

Et, ils leur promettent de travailler le jour? (Chercheur)

Maintenant, les infirmières sont obligées d'avoir un poste à l'embauche [...], tout le monde. Nos postes à l'embauche, c'est des postes sur deux quarts de travail. Ça fait que c'est sûr qu'ils ont un poste jour/soir [...] au bloc [opérateur]. (Dominic, 038EI)

Oui, oui. (Chercheur)

Pis, ils leur disent : « inquiétez-vous pas [...] vous n'irez pas le soir... » [Mais] ils sont trois filles [de soir], pis là il en manque une... Ça fait que c'est évident que le poste atypique (jour/soir) va s'en aller le soir. Pis la première excuse qu'ils donnent [pour ne pas procéder de la sorte], c'est que la fille [...] n'est pas assez orientée pour aller le soir, [...] ce qui fait que là on leur donne une chance [...], mais un coup qu'y sont orientés, [...] ils s'arrangent toujours pour [...] leur donner un remplacement de jour. T'sais, tout contourner pour être sûr que ce soit nous autres (ceux qui ont un poste de jour par ancienneté) qui se tapent les soirs, t'sais [lorsqu'il y a un besoin comme c'est le cas présentement]. (Dominic, 038EI)

Pensez-vous qu'il y a une raison pour ça là? (Chercheur)

Ben oui, pour pas que la nouvelle s'en aille! Nous autres, on ne s'en ira pas avec notre ancienneté, alors qu'elle avec 83 jours [d'ancienneté], elle va dire : « ben [ce CH là], il m'offre un temps complet de jour au bloc. » Celle qu'on a en ce moment, [...] c'est ça qui est arrivé [...] : elle a postulé [dans deux CH]. [Le premier CH] lui offrait un huit/quinzaine [...] de jour, pis chez nous, ils offraient un huit/quinzaine jour/soir. Elle (la gestionnaire d'unité) lui a dit : « c'est la même chose qu'à [l'autre CH], inquiètes-toi pas [...] tu ne travailleras pas le soir de toute façon. » Ça fait que la fille, pour elle, c'était plus proche de chez elle, chez nous, ce qui fait qu'elle est venue chez nous. Là, moi quand je lui dit : « ben, c'est sûr que tu vas te ramasser le soir, [...] nous autres on ira pas. Nous autres, on a un poste de jour, toi tu as un poste jour/soir. » Ben, elle est

en maudit et là, elle dit à la boss : « ben, si tu me mets le soir, je m'en vais. » Ça fait que là, ils lui ont trouvé un poste qu'on a contesté. (Dominic, 038EI)

Le jour? (Chercheur)

Le jour! Mais là, le temps que ça se règle, ben ça va prendre deux ans. Pis là, d'ici deux ans, elle va avoir le temps d'avoir un poste de jour, ça fait que c'est qui, qui va s'en aller le soir? C'est nous autres! (Dominic, 038EI)

De point de vue de Dominic (038EI), les gestionnaires seraient bien conscients qu'ils enfreignent les préceptes de la convention collective lorsqu'ils misent sur de pareilles stratégies d'attraction inégalitaires. Pourtant, comme pour ce qui est de la gestionnaire à laquelle il fait allusion, des gestionnaires n'hésiteraient pas à agir de la sorte parce qu'ils savent que les procédures institutionnelles permettant de contester de tels actes sont désuètes et ne permettent pas aux infirmières soignantes de faire valoir leur droit dans des délais raisonnables. Ce serait donc sciemment, et au mépris des infirmières soignantes qui ont plus d'ancienneté, que ces stratégies inégalitaires d'attraction seraient mises en place. De ce fait, la loyauté que ces dernières ont eue pour l'institution hospitalière où elles exercent leur est maintenant nuisible.

4.1.2.1.5 - « Il y a trop de gestionnaires »

Qu'il s'agisse de Linda (030EI), Josée (035EI), Julie (039EI), Danielle (040EI), Suzanne (042EI), Sylvain (043EI), Philippe (045EI), Leticia (046EI), Didier (047EI), ou Judith (062EG3), plusieurs infirmières participantes sont catégoriques : elles croient qu'il y a beaucoup trop de gestionnaires qui exercent au sein des CH québécois. Sans avoir elle-même spécifié, dans le cadre de l'entrevue qu'elle nous a accordée, qu'elle considérait qu'il y avait trop de gestionnaires au sein du CH où elle exerce, Yuan (041EI) offre à une de nos questions une réponse révélatrice quant aux multiples paliers hiérarchiques que l'on retrouve au sein des CH et de la profession infirmière :

qui vous voulez dire par les gestionnaires? Les infirmières chefs qui sont [...] considérées en anglais [comme] des nurse managers ou est-ce que vous parlez des assistantes ou est-ce que vous parlez non pas des infirmières gestionnaires, mais [des] cliniciennes en éducation? (Yuan, 041EI)

Dans le cadre de ce projet de recherche, plusieurs participantes nous ont admis qu'elles se questionnaient quant à la pertinence de tous ces paliers hiérarchiques, quant à la multiplicité des postes de haute hiérarchie, mais également quant au nombre de ces postes octroyés à des infirmières soignantes qui, malheureusement, ne soignent plus. Pour sa part, Philippe (045EI) s'inquiète de ce qu'il qualifie comme une tendance au sein de la profession de se « *détacher du patient* » dès que les infirmières acquièrent une certaine expérience :

j'observe [...] une tendance de dire : « tu vas débiter aux patients en début de carrière et plus tu vas acquérir de l'expérience [...] dans l'hôpital plus tu vas te détacher du patient. » Tu vas aller travailler [à] monter des programmes dans les CLSC; tu vas aller dans un poste de cadre, tout ça. L'explosion du nombre de cadres au Québec, [...] on dirait que c'est comme [...] si : « vous voulez continuer de monter dans la profession, on va vous donner des postes de moins en moins aux patients. » Quand tu étudies, c'est comme pour être aux patients [alors], je pense qu'il n'y a rien de mal à être simple infirmier, mais de faire très bien ton travail, sans nécessairement espérer une job cadre [...]. La satisfaction, on peut très bien la trouver dans le professionnalisme, pis dans le travail qu'on fait chaque jour, soit avec les patients ou avec même d'autres nouveaux infirmiers et les coacher et les accompagner. (Philippe, 045EI)

Danielle (040EI), qui abonde dans le même sens que Philippe (045EI), et qui, de plus, souligne le mépris qu'elle perçoit chaque jour à l'endroit des infirmières soignantes, nous a confié qu'elle en est venue à se demander si son ordre professionnel désire éradiquer le rôle d'infirmière soignante :

on ne peut pas les remplacer, mais si on pouvait les mettre à la poubelle pour les remplacer, on aimerait-tu ça? Je sens un mépris, mais un mépris envers [les infirmières soignantes] et j'veux dire [pourtant dans] le système de santé, si les gens ont des soins là, c'est grâce à des gens comme moi. La bachelière qui arrive après trois ans d'université, elle as-tu envie de laver une paire de fesses? De travailler de nuit les fins de semaine? Elle s'en va dans un bureau. Mais moi [...], ce serait la question [que j'aimerais] poser à l'Ordre? Voulez-vous avoir des infirmières soignantes encore, ou, vous ne voulez que des gestionnaires, des chargés de projet? Au niveau politique là, toutes les actions qu[e l'Ordre] fait, [ça] me dit que le patient n'a plus besoin d'infirmière. Et, je ne comprends pas, ce principe-là. (Danielle, 040EI)

4.1.2.1.6 - Le roulement des gestionnaires

Si plusieurs participantes ont souligné que les équipes de soins souffrent d'un manque de stabilité au sein des CH, notamment parce que plusieurs infirmières soignantes quittent les unités de soins où elles exercent dans l'espoir d'obtenir de meilleures conditions d'exercice dans d'autres milieux, celles-ci ont été encore plus enclines à témoigner du roulement incessant des gestionnaires dans ces milieux.

Moi en deux ans, c'est la deuxième [chef d'unité] qu'on a. Puis, pour les autres qui sont là [depuis plus longtemps que moi], ben, je pense que ce doit être la cinquième ou sixième. (Dominic, 038EI)

Certaines infirmières interviewées n'ont pas uniquement souligné le roulement des gestionnaires des unités de soins, mais de tous les types de gestionnaires, et ce, des gestionnaires d'unités aux DG des CH :

ça fait qu'on est un hôpital avant-gardiste qui a énormément de maîtrise, qui a énormément de gens [qui ont des postes de cadre, et] notre gestion a changé, je pense [...] cinq ou six fois depuis les dernières années là, directeur général et tout. Ça fait qu'au niveau gestionnaire, on ne sait jamais où est-ce qu'on s'en va. On arrive avec un paquet de règles à des moments précis et on ne sait pas d'où est-ce qu'elles sortent, parce que là, il doit y avoir un projet, quelque chose, une réunion. (Danielle, 040EI)

Comme le souligne Danielle (040EI) en précisant : « *ça fait qu'au niveau gestionnaire on ne sait jamais où est-ce qu'on s'en va* », il existe, selon plusieurs participantes, de nombreuses conséquences à ce roulement des gestionnaires, des conséquences qui ont des effets directs sur les infirmières soignantes. Les problèmes associés au suivi des dossiers en litige ont notamment été soulignés par celles-ci :

à toutes les fois que ça change, ben, nous autres, on les rencontre, [les gestionnaires], et on dit : « ben là, on est rendu à telle ou telle place. » « Ah, ben moi, je n'étais pas là, t'sais, je n'étais pas là, il y a deux semaines. » Pis l'autre n'était pas là, il y a un an. L'autre n'était pas là, il y a six mois. Ça fait que les dossiers ont un très mauvais suivi. On a des comités de soins et c'est supposé de se régler en trois mois. Mais ça fait des années que ça s'étire parce que le gestionnaire change; l'autre gestionnaire change; [...] pis on est tout le temps en train de recommencer. (Dominic, 038EI)

D'après Yuan (041EI), les conséquences du roulement des gestionnaires ne se feraient pas uniquement sentir au niveau des CH, mais également au niveau des agences de la santé et des services sociaux.

Même au niveau de l'agence, [...] je me souviens [d'un dossier qui s'est réglé] en l'espace [...] de trois ans, il y a cinq personnes différentes qui ont pris ce dossier-là. Donc, ce qui est sorti comme le bébé de un, c'est devenu le bébé de la cinquième personne qui ne savait plus quoi faire et qui n'avait aucune idée de ce qui se passait. (Yuan, 041EI)

En ce qui a trait plus spécifiquement aux conséquences du roulement des gestionnaires sur les infirmières soignantes, Isabelle (027EI) fait référence aux difficultés rencontrées lors de l'évaluation sporadique des infirmières :

dans les débuts à l'urgence, on n'avait pas d'infirmière chef. Quand on en a eu une, elle est partie... On en a eu une nouvelle et elle a décidé qu'on faisait des évaluations de rendement. La personne pigée c'était moi. Elle m'a évalué, elle me connaissait depuis un mois et demi. Ok, c'était pertinent ce qui s'est passé... Mais, après ça elle est repartie, t'sais... il n'y a comme pas de constance autour de nous. C'est un peu [problématique pour les évaluations]... Bon, là, on en a eu un nouveau... (Isabelle, 027EI)

4.1.2.2 - Des perceptions des infirmières participantes relatives aux gestionnaires des CH

En plus d'avoir donné leur avis relativement à l'articulation de la gestion hospitalière, les infirmières soignantes qui ont participé à cette étude nous ont également fait part de leurs perceptions à l'égard des gestionnaires des CH. Si elles ont été critiques du travail effectué par ces derniers et que certaines d'entre-elles ont souligné qu'elles percevaient un manque de compétences chez ces gestionnaires, les participantes nous ont également confié qu'elles considèrent que les gestionnaires des institutions hospitalières québécoises ont les mains liées par les directives émises par leurs supérieurs et par le manque de ressources mises à leur disposition, ce qui les empêche de promouvoir, par leur action, l'amélioration des conditions dans lesquelles exercent les infirmières soignantes.

4.1.2.2.1 - Le manque de compétences des gestionnaires

Qu'il s'agisse de Jacques (028EI), de Dominic (038EI), de Julie (039EI) ou de Didier, (047EI), certaines infirmières participantes nous ont confié qu'elles croyaient que les gestionnaires des CH manquaient de compétences. Cet extrait du *verbatim* de l'entrevue que nous a accordée Dominic (038EI) décrit le point de vue de quelques participantes :

j'ai l'impression que les gestionnaires qu'on a, ils ne gèrent pas bien. Il me semble que je me mettrais là, pis je serais meilleur et puis je ne suis pas gestionnaire! Ça fait que je ne sais pas, [...] peut-être que je me vante, mais bon... [Par exemple], ce n'est tellement pas compliqué, il me semble, de gérer l'horaire opératoire et puis l'horaire des gens, je ne comprends pas comment ça se fait que ça ne se fait pas... (Dominic, 038EI)

À travers tout le témoignage de Dominic (038EI), il apparaît clairement que, selon lui, les priorités des gestionnaires d'unités de soins ne sont pas les mêmes que celles des infirmières soignantes. Les problèmes récurrents auxquelles elles doivent faire face, et qu'elles ne manquent pas de signifier régulièrement à ces gestionnaires – des problèmes notamment liés à la planification des horaires de travail, problèmes qu'elles associent à une gestion déficiente et qui selon les résultats découlant de cette étude affecte leur vie quotidienne, leur vie de couple et même celle de leurs enfants – les amène à croire que les gestionnaires des CH ne sont pas compétents. Si le manque de compétences des gestionnaires des CH décrit par certaines participantes nous a été présenté comme engendrant des frustrations chez les infirmières soignantes, c'est plutôt une inquiétude que Didier (047EI) ressent lorsqu'il constate l'ignorance de certains gestionnaires relativement à des connaissances qui, à ses yeux, ont une importance capitale et qui devraient être maîtrisées par ceux-ci :

Vous savez, chez nous là, on apprend à nos directeurs des ressources humaines qu'on a, mettons, 33 % d'infirmières qui sont à temps complet: ils ne le savaient pas. On apprend à nos gestionnaires que sur [...] 802 postes, on a 230 postes d'équipes volantes. J'apprends ça à mon gestionnaire, aux ressources humaines, pas un gestionnaire des cuisines, mais au gestionnaire des ressources humaines! Je lui apprend ça et elle me regarde avec un étonnement. Je suis un peu inquiet... (Didier, 047EI)

Au même titre que Jacques (028EI) et Julie (039EI), Didier (047EI) croit que les gestionnaires qui œuvrent au sein des CH ne bénéficient généralement pas d'une formation adéquate leur permettant d'occuper des postes aussi névralgiques :

Je me mets souvent dans la peau du patronat, mettons des administrateurs [...], puis je me dis [...] que c'est des gens qui ne sont pas suffisamment formés. Je pense que c'est des gens qui ne sont pas suffisamment connaissant des règles et des lois sur les normes du travail, les règles de convention collective, sur la façon d'administrer du personnel. (Didier, 047EI)

4.1.2.2.2 - Les gestionnaires ont les mains liées

Même si, dans l'ensemble, les infirmières interviewées ont été critiques de la gestion hospitalière et des gestionnaires eux-mêmes, plusieurs d'entre elles ont souligné le peu de marge de manœuvre dont ces derniers bénéficient pour améliorer les conditions d'exercice qui prévalent au sein des unités de soins des différents CH québécois. Ce commentaire de Judith (062EG3) décrit de façon succincte ce que plusieurs participantes pensent : « *souvent, les chefs d'unités, on va dire les vraies affaires, on les envoie à la guerre avec des cuillères. Ils ne sont pas armés...* »

Du point de vue de Judith (062EG3) et de plusieurs infirmières participantes, peu de ressources sont mises à la disposition des gestionnaires des unités de soins. Pourtant, les défis que l'on s'attend à ce qu'ils relèvent sont très grands. À la lumière du peu de moyens dont ils bénéficient pour s'attaquer à la transformation de l'exercice de la profession infirmière au sein des unités de soins où ils exercent, Didier (047EI) croit que les « *administrateurs* » des CH ont tendance à ignorer les revendications des infirmières soignantes :

j'ai l'impression aussi que les administrateurs [en] savent beaucoup plus qu'on pense, mais se bouchent un peu les oreilles pour ne pas entendre, parce qu'ils n'ont pas de moyens [à leur disposition pour initier des changements]. Mettons qu'ils ont un gros problème de pénurie, [...] il nous manque 100 infirmières; [...] le panier est vide, l'administrateur essaye d'ouvrir le tiroir, il n'y en a pas. Ce qui fait que j'ai l'impression que la tendance naturelle, c'est de se boucher les oreilles et de faire : « non, non, ce n'est pas tout à fait ça que je veux entendre... » [Mais il] y a peut-être moyen de faire autrement. Ce serait plutôt [...] de les informer des possibilités et quoi faire aussi pour que la roue tourne mieux là, au niveau administratif. (Didier, 047EI)

Pour Didier (047EI), même en bénéficiant de peu de moyens, certaines possibilités demeurent présentes et des changements à la situation qui prévaut actuellement au sein des CH sont envisageables. Ainsi, de son point de vue, les « *administrateurs* » ne devraient pas avoir pour réflexe de faire semblant que tout se passe bien dans les CH, mais devraient plutôt porter une plus grande attention à ce que les infirmières soignantes vivent au quotidien dans ces milieux. Pour Roméo (061EG3), ce n'est pas de gaieté de cœur que les gestionnaires des unités de soins agissent de la sorte. Le fait de ne pas être à même d'agir selon leur conviction les amènerait d'ailleurs à vivre différentes formes de détresse.

Je vois que les chefs d'unités, ce pour quoi ils sont rentrés dans la profession infirmière, ce pour quoi ils ont fait ces choix-là, ils sont comme confrontés à l'intérieur entre ce qui est demandé par la direction des regroupements de clientèles, pis ce que eux [...] veulent changer dans l'unité là. Ça fait que je vois des départs; je vois des épuisements professionnels; de la déception... Moi, ce que je constate c'est qu'on est en train d'aller vers un point de non-retour. Je trouve qu'on est en train d'aller dans l'extrême. Pis moi, ça me fait peur. (Roméo, 061EG3)

Si Roméo (061EG3) souligne la forte influence de « *la direction des regroupements de clientèles* » sur les choix mis de l'avant par les gestionnaires d'unités de soins, du point de vue de Serge (063EG3), même les DG des hôpitaux ne jouissent pas d'une autonomie complète et doivent notamment se soumettre à des directives ministérielles qui, d'après celui-ci, n'ont pourtant pas lieu d'être. Dans le même ordre d'idée, Serge (063EG3) précise également que l'autodétermination du conseil d'administration du CH où il exerce est lourdement hypothéquée par l'agence de la santé et des services sociaux de laquelle il relève :

on est dans un temps vraiment d'hyperstructure [...], on a un ministère de la santé qui est énorme, super fort, qui est enraciné dans les établissements [...]. On est rendu avec un ministre qui appelle la DG tous les jours pour savoir comment ça se passe dans son urgence. Mais qu'est-ce qu'il fait là? Pis on a des agences de la santé qui sont à la tonne partout, qui sont super fortes [...]. Je suis membre du conseil d'administration dans mon établissement. Tu peux rien faire et il faut que tu passes tout par l'agence, pour quoi que ce soit, il faut que tu passes par l'agence. Pis, au final, elle n'a pas autant de pouvoir que ça. C'est le ministère qui a du pouvoir. Pis, ça se voit à l'interne aussi [...] : la structure est de plus en plus lourde. Pis le gestionnaire... (Serge, 063EG3)

4.1.3. - Un climat de peur

La peur est ressortie des résultats découlant de cette étude comme l'un des phénomènes centraux dont il a été question dans le cadre de ce projet de recherche. La peur qui, d'après les données que nous avons recueillies, est un sentiment vécu de façon récurrente par les infirmières soignantes, s'avère être un phénomène complexe qui au sein des CH prend des formes qui diffèrent parfois énormément l'une de l'autre. Bien que le phénomène de la peur prenne des formes différentes, tous les types de peur que nous avons répertoriés dans le cadre de ce projet ont un dénominateur commun : ils sont tous associés, de près ou de loin, à une *peur de représailles*. Que ces représailles appréhendées par les infirmières participantes soient du domaine du réel (elles prennent effectivement place) ou du domaine de l'imaginaire (des représailles qui ne se concrétisent pas nécessairement), les participantes ont indiqué que ces représailles provenaient ou étaient imaginées comme provenant, soit des institutions gouvernementales ou hospitalières, soit de leurs supérieurs ou de leurs propres collègues de travail. Par exemple, les représailles que les participantes ont associées à la peur de faire appel à leur syndicat provenaient ou étaient imaginées comme provenant majoritairement de collègues, tandis que les représailles qu'elles ont associées à la peur de parler, de s'exprimer, provenaient ou étaient imaginées comme provenant surtout de leurs supérieurs. Parmi les représailles auxquelles les infirmières participantes ont fait référence dans le cadre de cette étude, notons diverses formes de harcèlement, de violence, de confrontation (le plus souvent publique), d'acharnement, d'intimidation ou de menaces, de perte de privilège, d'ostracisme, d'exclusion d'un groupe par discrimination et d'abandon de la part des collègues. À titre de représailles, les participantes ont aussi rapporté un surcroît de surveillance de la part des gestionnaires d'unité ou des AIC, de l'acharnement, la dégradation soudaine des relations avec leurs supérieurs, des tensions qui perdurent par la suite et qui sont souvent irréversibles, des sanctions plus fréquentes comme « *de passer au bureau* », des notes disciplinaires au dossier,

le fait d'être étiqueté, diverses formes de coercition, comme les suspensions, et même le congédiement⁷⁵.

Voyons maintenant *ce qu'il en est* des différents types de peur dont les participantes nous ont fait part et qui, de notre avis, consistent en des symptômes tenaces des rapports sociaux de domination qui règnent au sein des institutions hospitalières québécoises. À travers cette section, il sera d'abord question de la *peur de parler*. Dans un deuxième temps, nous nous attarderons à un type de gestion présent dans les CH qui s'appuie sur la peur. Les données colligées dans le cadre de chacun des groupes de discussion seront mises en perspective en ce qui a trait à cette sous-section. Dans un troisième temps, il sera question de la peur que vivent des infirmières soignantes de nuire à l'intégrité physique des patients dont elles prennent soin. Dans un quatrième temps, nous nous intéresserons à la peur vécue par les infirmières soignantes de faire appel ou d'être identifiées à leur propre syndicat. Finalement, nous rapporterons certaines expériences vécues par des participantes, ou dont elles ont été témoin, et qui, à leur avis, contribuent à induire ou à pérenniser cette peur de subir des représailles si elles osent résister, dénoncer, critiquer, revendiquer...

4.1.3.1 - La peur de parler

Dans le cadre de cette étude, les infirmières participantes nous ont indiqué que les infirmières soignantes qui exercent en CH ont peur de s'exprimer librement. Dans l'ensemble, les participantes nous ont mentionné que c'est par peur d'éventuelles représailles, provenant plus particulièrement de leurs supérieurs, que les infirmières soignantes préfèrent généralement se taire. Au sein de la présente sous-section, nous avons plus précisément regroupé les résultats ayant trait aux données recueillies relativement à la *peur de dénoncer* des comportements répréhensibles de la part de personnes qui sont en position d'autorité. Nous verrons que cette peur a pour effet d'amener des infirmières soignantes à refuser d'aider leurs collègues qui se trouvent en mauvaise posture et qui ont besoin d'appui pour gagner en crédibilité et faire valoir leur droit. Nous constaterons à travers certains des propos recueillis

⁷⁵ Il sera question de représailles sous forme de congédiement des suites d'une objection de conscience sous l'axe thématique de la résistance infirmière, plus précisément à la sous-section 4.9.3 *Des objections de conscience*.

que même des infirmières soignantes politiquement engagées ont peur de se faire congédier si elles prennent position en dénonçant certaines pratiques répréhensibles. En plus d'explorer la culture du silence qui, selon certaines participantes, règne dans les CH, il sera question de régimes disciplinaires imposant la loi du silence qui sont propres à une unité de soins et même spécifique à un quart de travail donné.

4.1.3.1.1 - Avoir peur de dénoncer

Martha (054EG2) a fait allusion à la peur qu'ont des infirmières soignantes de dénoncer des comportements répréhensibles :

quand j'essaye de parler sur mon unité, je suis représentante syndicale, ils sont ben contents de venir me demander des services. Sauf quand c'est le temps de parler d'actions et de faire des choses, je n'ai jamais aucun volontaire. Quand c'est le temps d'intervenir pour quelqu'un qui est un peu despote, pour essayer de faire changer des choses, il n'y a personne qui veut parler. (Martha, 054EG2)

D'après Martha (054EG2), même lorsque les infirmières soignantes subissent « *les foudres d'une AIC* » reconnue, par exemple, pour le caractère discutable de ses pratiques, il n'y a jamais d'infirmières prêtes à se commettre pour signaler la situation aux autorités compétentes : personne ne veut parler. Cécile (029EI), abonde à peu près dans le même sens que Martha (054EG2) en ce qui a trait à cette peur qu'ont des infirmières soignantes de signaler certains comportements répréhensibles ou d'appuyer leurs propres collègues lors de tels signalements :

quand il arrive une situation vraiment grave. Qui va venir nous appuyer? Qui va venir nous supporter? « Ah non, je ne m'en étais pas rendu compte qui était arrivé ça. » Souvent : « ah non, je ne sais pas, non! » Tu sais, qu'au lieu de dire : « c'est vrai, c'est arrivé de cette manière-là. » Ils ont tellement peur à leur job et, on dirait, de ne pas être reconnu, par le gestionnaire. C'est fâchant. En quelque part, l'autre est dans la merde. Va l'aider et tu ne te mettras pas dans la merde d'aller l'aider. Mais, c'est encore une culture qui pense que [...] si tu aides l'autre, tu vas te faire pénaliser, même, si tu n'as rien fait. (Cécile, 029EI)

Dans le fond, vous avez l'impression que certaines infirmières travaillent leur image auprès du gestionnaire? Elles vont être moins portées à être solidaires avec leurs collègues, à cause de cette image-là, qu'elles ne veulent pas ternir? (Chercheur)

Ternir oui. Je l'ai vu dans des dossiers que : « ah, finalement j'aimerais mieux ne pas... non, moi, je ne dirai rien. Je n'embarquerai pas là-dedans. Je n'irai pas me prononcer parce que... non, je ne veux pas me nuire. » C'est exactement ça, oui. (Cécile, 029EI)

D'après Cécile (029EI), les infirmières qui ont subi des préjudices dans le cadre de leur travail et qui auraient besoin de l'appui de collègues qui en ont été témoins, se retrouveraient le plus souvent dans une impasse, comme l'a indiqué Martha (054EG2), et ce, parce qu'aucune collègue ne leur viendrait en aide afin qu'elles puissent faire valoir leurs droits auprès des autorités compétentes. Pour Cécile (029EI), cela serait consécutif à la peur vécue par les infirmières soignantes de perdre leur emploi ou d'être pénalisées par les gestionnaires d'unité. Une peur qui, selon Cécile (029EI), ne serait pourtant pas fondée.

Si des infirmières soignantes qui ont été témoins de certains comportements répréhensibles dans le cadre de leur travail ont, selon Martha (054EG2) et Cécile (029EI), peur de prendre position de façon à faciliter la dénonciation de ces comportements, il apparaît selon le témoignage de Laurier (032EI) que même des infirmières qui sont engagées politiquement, et notamment actives au sein de différents comités, ont peur de s'affirmer lorsqu'elles font face à des situations inacceptables et qu'elles ont l'occasion de se prononcer relativement à ces situations.

Il y en a quelques-unes [des infirmières politiquement engagées], mais elles n'ont pas le courage [...]. Elles élèvent le ton et elles ont vraiment peur de [...] se faire congédier. [...] Étant donné maintenant que je suis représentant syndical et c'est sûr qu'on va venir me gueuler [leurs revendications], mais quand ça va venir le temps dans une réunion, elles vont se taire. Moi, je vais parler mais non, [...] ça ne reste pas là : « Toi, toi, toi, t'as gueulé l'autre jour quand t'étais avec moi, ces points-là [...]. J'ai exprimé mon opinion là, l'opinion que tu m'as exprimée l'autre fois par rapport à ça là, dis-le c'est le temps. » Là, elles baissent la tête. [Elles ont peur] de se faire montrer du doigt [...], de se faire mettre dans une catégorie de chialeux, peut-être. (Laurier, 032EI)

D'après le témoignage de Laurier (032EI), le fait d'être engagé politiquement ne prémunirait pas contre la peur de représailles. D'ailleurs, même après avoir pris la parole dans les médias télévisés pour dénoncer la situation qui régnait au sein du CH où il exerce, Serge (063EG3) nous a avoué avoir constamment été habité par cette peur. La transgression de ce qui constitue

en quelque sorte une loi non écrite proscrivant l'expression libre des infirmières soignantes, le fait d'aller à l'encontre de ce que Cécile (029EI) qualifie de « *culture* » du silence, consisterait en un risque trop grand aux yeux des infirmières soignantes qui craignent tout simplement de se faire congédier si elles agissent de la sorte. Celles-ci auront ainsi tendance à confiner les critiques qu'elles émettent à la sphère privée, quand elles ne se restreignent pas tout simplement à n'en émettre aucune. À cet effet, lorsque nous avons demandé à Monique (034EI) si les infirmières soignantes bénéficient d'une communauté de soutien où elles peuvent s'exprimer quant à ce qui les préoccupe, celle-ci nous a répondu : « *pas vraiment. Si on peut parler c'est à nos breaks, mais les filles n'osent pas trop parler [...] de peurs des [représailles] au bout de tout ça...* » Donc, bien souvent même au sein ce que l'on pourrait considérer comme la sphère privée des infirmières soignantes, c'est-à-dire des lieux où, entre elles, elles prennent un temps d'arrêt et se permettent d'échanger, les infirmières craignent la fuite de leurs discours dans la sphère publique et hésitent à émettre quelque critique que ce soit. Ainsi, quel que soit l'endroit, comme nous l'a indiqué Julie (039EI) : « *on n'a pas le droit d'avoir d'opinion sans avoir de représailles* ». Pour Laurier (032EI), les infirmières soignantes doivent pourtant transcender cette peur d'être l'objet de représailles et prendre position en rendant publiques les critiques relatives à l'exercice de leur profession qu'elles élaborent en coulisse dans la sphère privée, sans quoi ces critiques resteront lettre morte.

4.1.3.1.2 - Des unités de soins où règne la loi du silence

Toujours selon Laurier (032EI), il existerait ce qu'il qualifie de loi du silence au sein de certaines unités de soins :

il y a eu une loi du silence, si je me réfère au département où je suis, il est arrivé quelque chose [...] que je qualifierais peut-être de conflit d'intérêts [...]. Le chef de service était la grande amie de l'AIC de soir. Donc, ce n'était pas possible [...] quand cette assistante était là, de dire quoi que ce soit, parce que, tout de suite, elle le prenait comme une attaque contre le chef de service. J'ai eu beau lui expliquer que c'était contre la situation et non [contre le chef]... Non, non, c'était des crises [...] au point d'en faire un rapport d'harcèlement à un moment donné. (Laurier, 032EI)

Si les dires de Martha (054EG2) et ceux de Cécile (029EI), que nous avons rapportés précédemment, font à première vue référence à un phénomène similaire à celui décrit par Laurier (032EI), à savoir la peur de s'exprimer au sein de ce que l'on pourrait qualifier de culture du silence, il apparaît que Martha (054EG2) et Cécile (029EI) ne font pas tout à fait référence au même phénomène que celui qui est décrit ici par Laurier (032EI). En effet, Martha (054EG2) et Cécile (029EI) rapportent un climat que l'on pourrait qualifier de *transpersonnel*, une propension plus généralisée au silence qui pourrait s'appliquer à une unité de soins particulière, mais aussi à tout un CH, à une culture du silence, tandis que Laurier (032EI) semble faire allusion à un phénomène associé à une sphère beaucoup plus restreinte et mieux définie, à une ambiance restrictive qui serait relative à une unité de soins et plus spécifiquement associée à un quart de travail donné, où il y règnerait en quelque sorte un régime disciplinaire dont le maintien serait assuré par une seule personne – ici « *l'AIC de soir* ».

4.1.3.2 - Une gestion qui s'appuie sur la peur

Nous avons été mis au fait, dans le cadre d'entrevues individuelles, d'une vaste gamme de situations où la peur apparaissait comme une technique mise en place au sein des CH pour *faciliter* la gestion hospitalière et plus particulièrement celle des unités de soins. Les données préliminaires recueillies lors des entrevues individuelles indiquaient que certains gestionnaires, plus particulièrement les infirmières coordonnatrices et les gestionnaires d'unités de soins, avaient tendance à miser sur la peur de façon stratégique pour favoriser l'adoption, chez les infirmières soignantes, de certains comportements. Nous avons jugé bon de présenter ces données recueillies aux infirmières participantes des trois groupes de discussion que nous avons réalisés. De cette façon, il nous a été possible de valider certains des éléments dont il fut question dans le cadre des entrevues individuelles et d'établir des nuances importantes ayant trait à ce qui s'apparente à un profil de gestion déployé au sein des institutions hospitalières qui s'appuierait sur la peur. Voici donc, à partir des questions initiales posées par le chercheur, trois dialogues relatifs à de telles pratiques managériales.

Nous nous intéresserons tout d'abord au dialogue qui eut cours dans le cadre du premier groupe de discussion, puisque les éléments qui y sont rapportés par les participantes offrent une mise en regard détaillée de ce phénomène de gestion par la peur. Par la suite, nous explorerons un dialogue ayant pris place dans le cadre du deuxième groupe de discussion. Les éléments que nous rapporterons de ce dialogue viendront compléter ce qui nous a été confié dans le cadre du premier groupe. Finalement, nous nous enquerrons, entre autres, de certaines nuances importantes rapportées par Judith (062EG3) dans le cadre du troisième groupe de discussion.

4.1.3.2.1 - Premier groupe: TSO, lettre au dossier et évaluation des compétences

Un dialogue ayant eu cours dans le premier groupe de discussion se révèle des plus pertinents, puisqu'il met au jour certaines situations où la peur serait mise à profit au sein des CH à titre d'outil de gestion. Tout au long de ce dialogue, des participantes du premier groupe de discussion confirment tout d'abord la présence, au sein de certains CH, d'une gestion qui s'appuie sur la peur, entre autres mise de l'avant pour que les infirmières soignantes adoptent certains comportements. Des infirmières participantes identifient, parmi les comportements souhaités par les gestionnaires des CH, le fait que l'on désire qu'elles se soumettent au TSO. Elles décrivent certaines des façons dont elles sont menacées, des menaces qui font naître en elles la peur. L'utilisation de la rhétorique de l'absence non autorisée, des lettres au dossier de l'employé et de l'évaluation des compétences des infirmières soignantes récalcitrantes sont décrites comme faisant partie de l'arsenal de l'employeur pour amener les infirmières soignantes vers une docilité certaine. En chute de dialogue, certaines participantes décrivent certaines des raisons pour lesquelles elles demeurent incapables d'agir collectivement pour mettre fin à ces pratiques managériales délétères.

À partir de notre question initiale, qui s'inspire elle-même des données recueillies lors des entrevues individuelles, voici le dialogue qui pris place dans le cadre du premier groupe de discussion :

si j'utilisais les données que nous avons recueillies dans le cadre des entrevues individuelles et que j'affirmais qu'il y a un pouvoir de plus en plus contraignant des

gestionnaires qui exercent leur autorité par la peur, est-ce que vous trouveriez que j'exagère? (Chercheur)

Pas du tout... Non... tu es drette dedans. (Fabienne, 053EG1)

Dès cette intervention de Fabienne (053EG1), plusieurs participantes ont voulu prendre la parole simultanément pour faire part au groupe de situations où elles avaient ressenti que l'on misait sur la peur pour leur faire adopter certains comportements. L'émotion était palpable à ce moment et le chercheur a rapidement senti que ces infirmières soignantes n'avaient jamais eu l'occasion de s'exprimer sur le sujet. Celui-ci a dû intervenir afin que les participantes s'expriment une à la suite de l'autre :

je comprends qu'il y a des émotions qui sont liées à ça. J'aimerais vous entendre une par une parce que j'ai senti que vous étiez animées par cette question. (Chercheur)

Il y a une coordonnatrice qui voulait m'obliger à faire du TSO. Elle m'a menacée d'envoyer un acte d'insubordination dans mon dossier à l'Ordre des infirmières. Je ne sais pas si vous savez quand vous êtes une petite jeune qui sort de l'école à quel point ce que ça peut faire peur. Elle m'a harcelée pendant une semaine, elle voulait m'obliger pour toutes sortes de raisons niaiseuses [à faire des TSO], on a fait des plaintes et elle s'est fait mettre dehors. Mais, j'ai vu des infirmières là, [...] rester en TSO en pleurant, t'sais, tellement qu'elles étaient menacées, parce que d'avoir une lettre à ton dossier à l'Ordre quand tu n'as même pas vraiment ton inscription, parce que t'es CEPI. Ouch! T'sais, donc, les filles restaient. Elles étaient épuisées et avaient peur de faire des erreurs, c'était épouvantable. Les plus vieilles souvent, honnêtement [...] vont les envoyer promener : « je m'en vais, et c'est tout. » Mais, les petites jeunes, les menaces qu'elles se font faire des fois par les coordonnatrices là... (Agnès, 048EG1)

Oui, mais il y a des dames de mon âge-là qui disent aux petites jeunes : « non, non, c'est toi la plus jeune et il faut que tu restes! » (Catherine, 050EG1)

Oui, oui, ça c'est vrai aussi. C'est parce que, dans l'histoire des TSO, chacun finit par défendre son propre château. (Agnès, 048EG1)

Au même titre que l'on utilise la peur de façon à convaincre de jeunes infirmières soignantes de se présenter au travail, même si elles ne se sentent pas aptes à le faire parce qu'elles sont

malades⁷⁶, d'après Agnès (048EG1) et diverses participantes, l'on mise également sur la peur dans les CH, de façon à contraindre les infirmières au TSO. D'ailleurs, selon Agnès (048EG1), les jeunes infirmières seraient plus susceptibles d'être confrontées à ce phénomène. D'après des participantes que nous avons rencontrées, ce type de pratique serait courant au sein des différents CH et très souvent mis à profit par les infirmières coordonnatrices. Le discours de *l'acte d'insubordination* envoyé à l'ordre professionnel serait couramment utilisé par ces dernières, de façon à provoquer la peur chez les infirmières soignantes et, ainsi, leur faire adopter certains comportements, comme de se soumettre au TSO. Agnès (048EG1) a même précisé que les menaces des coordonnatrices vont parfois jusqu'au harcèlement des infirmières soignantes qui refusent de se soumettre à leurs directives. Par ailleurs, ces menaces ne seraient pas sans répercussions, et ce, spécialement chez de jeunes infirmières soignantes qui, selon Agnès (048EG1), démontreraient des signes de détresse, comme les pleurs.

Après avoir attendu un certain moment avant de prendre la parole, Doris (051EG1) a elle aussi tenu à décrire certaines pratiques managériales qui prévalent au sein du CH où elle exerce :

ben, nous autres, aussi ça fonctionne comme ça, là, et ça fonctionne beaucoup de faire peur. Pendant une journée de tempête où il y avait eu comme une quarantaine d'absences, [...] ils mettent des absences, non payées, car elles n'étaient peut-être pas malades et tu ne peux pas être malade si tu as une journée tempête... TSO, c'est la même chose, ils vont forcer les gens : « tu vas avoir une lettre à ton dossier : on va envoyer une lettre à l'Ordre. » Ce qui fait que je considère qu'ils ne respectent pas beaucoup les infirmières [...]. Il n'y a pas de respect. (Doris, 051EG1)

Comme nous le verrons à partir des propos de Lisa (057EG2), que nous rapporterons dans la portion de cette sous-section consacrée aux données recueillies dans le cadre du second groupe de discussion, la rhétorique de *l'absence non autorisée* serait inhérente au discours managérial. Cette rhétorique serait, entre autres, mise à profit lors des jours de tempête, de façon à ce que les institutions hospitalières évitent de payer des absences pour raison de santé qui seraient vraisemblablement plus courantes dans de telles situations. Comme l'indique Doris (051EG1), cela pose des problèmes pour les infirmières qui seraient réellement malades

⁷⁶ Nous reviendrons sur ce phénomène spécifique un peu plus loin dans le présent chapitre.

lors d'une journée de tempête. Doris (051EG1) poursuit en faisant allusion au sentiment d'insécurité qui habite les infirmières soignantes lorsqu'elles sont menacées de sanctions, par exemple, lorsque l'on menace d'annexer une lettre à leur dossier d'employée :

effectivement, pour ce qui est du TSO, moi, je suis au bloc opératoire et, moi, on m'a obligée à faire du TSO un soir, j'ai dit : « moi, je vais rester quatre heures », au chirurgien, et je lui ai dit : « tu vas te trouver une autre infirmière parce que, moi, je vais être partie. » Ils ont fermé la salle. Mais c'est que les gens [...], d'emblée, vont avoir peur de dire : « t'sais, je vais avoir une lettre au dossier, qu'est-ce qu'il va m'arriver? » Il y a aussi le principe que l'employeur va utiliser, [...] c'est la première chose qu'il va utiliser [...] : « je ne te les paie pas [tes heures supplémentaires], tu ne sais pas gérer ton temps. Et, si tu persistes à le demander : je vais te faire évaluer. » Alors là, il va arriver avec sa conseillère en soins [...] qui va dire : « tes techniques, tu ne sais pas les faire, [...] tu as plein de lacunes [...], tu n'as pas une bonne façon [de travailler]. » Ouais, c'est sûr que si tu passes [une évaluation] avec une conseillère en soins, tu as des lacunes. Pis, tu te dis : « ben, maudite marde! Est-ce que tout le monde a des lacunes au niveau du travail ? » (Doris, 051EG1)

D'après Doris (051EG1), les infirmières soignantes auraient peur de ce qui pourrait réellement leur arriver si elles refusaient de se soumettre au TSO qui leur est imposé. Comme Doris (051EG1) et plusieurs infirmières participantes nous l'ont indiqué, elles préféreraient ne pas prendre le risque de voir, par exemple, annexer une lettre à leur dossier d'employée, de sorte qu'ainsi, elles accepteraient d'effectuer du TSO. Toujours selon Doris (051EG1), il n'y aurait pas que les jeunes infirmières qui accepteraient de se soumettre au TSO par peur de ce qui pourrait leur arriver : la vaste majorité des infirmières obtempéreraient à cette directive. Un autre phénomène a également été identifié par Doris (051EG1) comme étant associé à un profil de gestion misant sur la peur : le fait d'accuser les infirmières soignantes de mal gérer leur temps dès qu'elles demandent à être convenablement rémunérées pour des heures supplémentaires qu'elles ont réalisées à l'extérieur de leurs heures régulières de travail. Près d'une dizaine de participantes ont souligné l'existence de ce phénomène, dont Brigitte (049EG1), qui a pris part à ce premier groupe de discussion. Doris (051EG1) fut la seule infirmière participante à décrire avec précision la teneur des représailles infligées aux infirmières soignantes qui ont le malheur de persister à demander à être rémunérées pour des heures supplémentaires qui, comme nous l'avons vu précédemment, sont pourtant effectuées

consécutivement à la surcharge de travail avec laquelle elles doivent conjuguer. Le fait que celles-ci en arrivent à faire évaluer leurs compétences par des conseillères en soins infirmiers si elles persistent à demander à être rémunérées pour des heures qu'elles ont pourtant travaillées demeure, à notre avis, un bon exemple de ce profil de gestion s'appuyant sur la peur.

Au fil de ce même dialogue, nous avons cru bon demander aux infirmières interviewées comment elles voyaient « *leur possibilité d'agir en commun [...] face à des forces dirigeantes qui sont de plus en plus contraignantes* » (Chercheur). Malheureusement, les participantes ne nous ont fait part d'aucune piste d'action concrète à la suite de cette initiative⁷⁷, que ce soit dans le cadre du premier, du deuxième ou du troisième groupe de discussion. Par contre, lors du premier groupe de discussion, cette question a amené les participantes à s'exprimer sur certaines pistes d'explications relativement au manque de solidarité entre infirmières soignantes, ainsi qu'à l'impossibilité, pour ces dernières, d'agir en commun. De leur point de vue, les pratiques coercitives qui sont mises de l'avant par les gestionnaires des CH, la peur de représailles et, notamment, la peur d'être jugées par leurs propres collègues auraient des effets dévastateurs sur la solidarité infirmière.

Après avoir posé notre question portant sur les actions communes que les infirmières soignantes pourraient mettre en place pour contrer ce mode de gestion s'appuyant sur la peur, Édith (052EG1) nous a tout de suite confié qu'à son avis, aucune action commune n'était possible :

moi... quand tu parles de groupe, déjà, là, j'ai une problématique, parce que les gens sont tellement rendus individualistes. Et on leur dit que tu peux aller chercher de l'aide à côté, mais c'est rare qu'ils vont s'étirer le cou ou le bras pour aller chercher de l'aide [...]. Elles vont courir et elles vont se faire dire qu'ils gèrent mal leur temps; elles vont se faire dire que si elles répondent à un gestionnaire : « es-tu en train de me faire de l'insubordination? » Ça on l'entend à tour de bras. Quand le monde entend « insubordination », ben là... (Édith, 052EG1)

Il y a une espèce de peur aussi chez les infirmières de dire : « ah ben là, si je demande... moi, je suis supposée d'avoir les compétences. » Ils ont un peu peur de

⁷⁷ C'est la raison pour laquelle ces données sont consignées ici et non sous le troisième et dernier axe thématique de la résistance infirmière.

demander et d'être jugés dans leurs compétences. Elle n'est pas gênée avec l'autre fille, mais, de lui demander de l'aide, c'est comme si tu dis : « ben, coudonc, elle n'était pas capable de s'arranger et il a fallu que j'aie l'aider. » (rires) On dirait, hein, et ça, je pense que c'est depuis le virage [ambulatoire]. (Catherine, 050EG1)

Selon Édith (052EG1) et Catherine (050EG1), couplée à une tendance individualiste des infirmières soignantes, la peur de représailles et, notamment, la peur d'être jugée par leurs propres collègues comme étant incompetentes ou mal organisées, amèneraient les infirmières soignantes à exclure toute possibilité d'agir en commun de façon à s'attaquer aux contraintes qui les affligent et, notamment, aux modes de gestion qui s'appuient sur la peur. En ce qui a trait spécifiquement au discours de l'incapacité de s'organiser, il apparaît, pour Catherine (050EG1), que les infirmières soignantes auraient elles-mêmes intégré ce discours managérial qui, comme nous l'avons vu auparavant, est utilisé de façon à éviter de rémunérer les infirmières soignantes pour les heures supplémentaires qu'elles ont effectuées. À leur tour, les infirmières soignantes éviteraient de demander de l'aide à leurs collègues, de façon à ne pas se faire accuser d'un manque d'organisation, ce qui les confinerait à devoir se débrouiller seules, quelles que soient les circonstances relatives à la charge de travail.

Toujours en ce qui a trait à l'apparente incapacité des infirmières soignantes à agir en commun, Agnès (048EG1) poursuit en décrivant ce qui, à son avis, consiste en des pratiques délibérément mises en place de façon à diviser les infirmières qui auraient tendance à vouloir agir pour provoquer certains changements :

au niveau de la mobilisation, t'sais, de partir en groupe pour faire quelque chose. L'employeur [...] le sait quand il y a des gens qui s'entendent trop bien [et qu'ils sont mobilisés, alors], ils vont aller menacer des gens pour les TSO puis, à ce moment-là [...], tout le monde se referme sur soi-même et là [...]. Ça, ça diminue beaucoup l'impact d'un groupe qui est en train de se créer pour faire quelque chose. Quand on faisait la négo, les endroits où il y a eu le plus de TSO, c'est les gens qui se mobilisent le moins, parce que c'est les gens qui sont les plus menacés [par l'employeur]. C'est les gens qui ont le plus peur, t'sais. Donc, forcément, quand on se met en mode individuel pour quelque chose, c'est sûr que demain, on ne va pas se mettre en groupe, parce que là je suis fâché, parce qu'hier c'est moi qui l'a fait, [le TSO], et ce n'est pas toi. On voyait la différence sur les départements où il y a des TSO. (Agnès, 048EG1)

Selon les indications qui nous ont été transmises par Agnès (048EG1), les menaces qui ont été associées par nombre de participantes à un profil de gestion misant sur la peur ne seraient pas seulement mises à profit de façon à inciter les infirmières soignantes à se soumettre à certaines directives : elles seraient aussi utilisées de façon à briser la solidarité qui aurait pu se créer entre des infirmières soignantes qui auraient entrepris d'initier certains changements. La gestion par la peur ne serait donc pas simplement un outil permettant d'amener les infirmières à se soumettre à ce qu'on attend d'elles, il s'agirait aussi d'un outil permettant d'annihiler les actions communes entreprises par les infirmières pour transformer l'ordre établi.

4.1.3.2.2 - Deuxième groupe: « elle m'a dit qu'elle me mettrait une absence non autorisée »

Ce qui nous a été révélé par les infirmières participantes du deuxième groupe de discussion relativement à un profil de gestion s'appuyant sur la peur au sein des CH est venu corroborer ce qui nous a été confié lors des entrevues individuelles et du premier groupe de discussion. Comme lors du premier groupe de discussion, les infirmières qui ont participé au deuxième groupe ont, elles aussi, confirmé l'utilisation, au sein de CH, de ce type de gestion qui génère la peur chez les infirmières soignantes. Par ailleurs, le dialogue relatif à une gestion misant sur la peur qui a pris place dans le cadre du deuxième groupe de discussion, nous a amenés à porter une attention particulière sur un phénomène dont il avait été question dans le cadre du premier groupe de discussion, mais à partir d'un autre angle, à savoir, l'utilisation de la rhétorique de l'absence non autorisée. Cette fois-ci, des participantes ont précisé que cette rhétorique était également mise à profit pour contraindre les jeunes infirmières soignantes à se présenter au travail, malgré le fait qu'elles souhaiteraient bénéficier d'un congé de maladie.

Voici le dialogue qui découle de la question que nous avons tout d'abord posée aux infirmières participantes du deuxième groupe de discussion :

avez-vous l'impression, des fois, que vous êtes gérés par la peur? Je vous donne un exemple. On vous dit que vous allez faire un TSO ce soir [et on poursuit en vous disant :] « si tu ne le fais pas, c'est une lettre au dossier, on envoie aussi une lettre à l'Ordre, tu peux perdre ton droit de pratique... » Est-ce que vous vivez ça dans vos milieux? (Chercheur)

Dans le CH où j'exerce, c'est fréquemment. À l'urgence, c'est fréquemment! On a même [fait une] sortie exprès pour ça et on nous a vus partout [dans les médias]. Et, encore là, ils nous menacent avec la Loi 160⁷⁸. Ils menacent : lettre au dossier, suspension, il y en a même qui ont eu trois mois de suspension, en pénurie d'infirmières, pour une connerie. (Océane, 055EG2)

Il existe bel et bien un profil de gestion des infirmières soignantes qui s'appuie sur la peur au sein des CH, selon des participantes du deuxième groupe de discussion. Si Océane (055EG2) abonde en ce sens, elle insiste en outre sur la récurrence du recours à ces pratiques, en plus de faire référence aux menaces et aux sanctions qui peuvent y être rattachées, tout comme des participantes du premier groupe de discussion l'avaient également souligné. En réponse à Océane (055EG2), Lisa (057EG2), qui est déléguée syndicale, amène un éclairage particulier quant à ce qui se produit dans la gestion des ressources humaines dans les CH, et ce, en ce qui a trait particulièrement aux jeunes infirmières :

plusieurs nous appellent, [notamment] les jeunes [...] : « j'ai appelé pour caller malade et elle m'a dit qu'elle me mettrait une absence non autorisée, au lieu de mettre une maladie. » Là, souvent : « ben là, je suis rentrée pareil. » Ils se font, oui, gérer par la peur. Parce que la coordonnatrice au téléphone dit : « ben là, es-tu vraiment malade? Il faut que tu ailles me chercher un billet [du médecin] parce que là, je vais te mettre en absence non autorisée. » Donc, là, pour justifier que t'as mal à la tête et mal dormi et que tu es restée réveillée toute la nuit, [tu dois présenter un billet du médecin]. Ben, c'est la gestion par la peur de te faire dire que t'auras une absence non autorisée. (Lisa, 057EG2)

En laissant planer la menace d'une absence non autorisée, ces coordonnatrices réussissent à faire peur à de jeunes infirmières qui, de façon générale, finissent par céder à cette menace, selon les données que nous avons recueillies. Si l'on se fie au témoignage de Lisa (057EG2), ces jeunes infirmières soignantes ne disposent plus de la possibilité de se déclarer malades par elles-mêmes auprès de l'institution hospitalière où elles exercent, parce que le cadre réglementaire, dont elles sont le plus souvent directement mises au fait par les coordonnatrices, leur enlève cette autonomie pour la remettre au bon jugement d'un médecin, et ce, malgré le fait qu'elles soient elles-mêmes des professionnelles de la santé.

⁷⁸ Océane (055EG2) fait référence à la Loi assurant le maintien des services essentiels.

Toujours dans le cadre de ce dialogue ayant pris place au sein du second groupe de discussion, Lisa (057EG2) nous a indiqué que les coordonnatrices profitent de l'ignorance des plus jeunes infirmières soignantes relativement au fonctionnement du dispositif hospitalier :

parce qu'elles ne connaissent pas l'impact d'une absence non autorisée : « ah, je vais aller travailler d'abord. » Ça fait peur de voir ça sur leur horaire [...], pis c'est souvent les jeunes qui arrivent et qui ne connaissent pas le fonctionnement. Pis les coordonnatrices, de soir ou de nuit, en profitent [...]. On a l'impression qu'elles sont poussées par [les menaces des coordonnatrices] et là, nous, on leur dit : « écoutez, il n'y a pas d'impact présentement [à avoir des absences non autorisées]. » (Lisa, 057EG2)

À la simple évocation de cette *absence non autorisée*, terme issu du discours managérial aussi évocateur d'une transgression du cadre règlementaire, il apparaît, selon Lisa (057EG2), que les infirmières non initiées à cette rhétorique auraient le plus souvent vite fait de rentrer dans le rang, confirmant le rôle de cette peur comme d'un outil de gestion du personnel infirmier.

4.1.3.2.3 –Troisième groupe de discussion : des pistes d'explication et des nuances

Ce qui est ressorti du troisième groupe de discussion relativement à des pratiques managériales s'appuyant sur la peur apparaît plus nuancé que ce qui nous a été confié lors des deux exercices précédents. Les données recueillies au cours de ce groupe de discussion convergent, certes, en plusieurs points avec celles qui ont été recueillies dans les deux premiers groupes, mais plusieurs éléments, notamment ceux qui ont été soulevés par Judith (062EG3) – même si son point de vue n'est pas partagé par toutes les infirmières formant ce troisième groupe – permettent une analyse différente de ces pratiques s'appuyant sur la peur. Nous avons ainsi constaté chez les participantes certaines divergences en ce qui a trait à l'efficacité de ce genre de pratique managériale. Le dialogue relatif à ce mode de gestion qui prit place dans le cadre du troisième groupe de discussion a mis en lumière différents éléments pertinents : certaines pistes d'explications relatives au phénomène; des prédispositions de certains groupes à résister à cette gestion s'appuyant sur la peur; des effets pervers de la coopération infirmière à ces façons de faire. Voici l'échange qui suivit la question posée par

le chercheur, qui s'inspire, encore une fois, des données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles.

Est-ce que vous avez l'impression qu'on a une gestion qui se fait sous un régime de peur? (Chercheur)

Je pense que c'est des courants. Parce que j'ai vécu dans un gros CH... (Judith, 062EG3)

Connaissant votre centre, oui. (John, 064EG3)

C'est ça (rires). Il y a eu des passes où on a eu [...] ce genre d'enlignement là. Des gens qui ont fait du sit-in et ont dit [...] : « on ne rentre pas dans des conditions comme ça. » Ils ont eu des lettres aux dossiers et une suspension antérieure : « tel jour, t'as eu telle absence et je te mets en suspension, [...] tel jour, j'sais que je vais être en surplus, ben, t'auras ta suspension là. » Des choses qui sont illogiques [...]. Le temps a changé et ça dépend beaucoup du ton de ceux qui sont aux ressources humaines [...]. Je pense que ce n'est pas des façons de faire qui peuvent être [utilisées] sur du long terme. [C'est] pour faire un coup de masse. Quand ils voient que ça n'a pas fonctionné, [...] ils trouvent une autre stratégie. Mais ç'a été essayé. (Judith, 062EG3)

Moi, je trouve que ça fonctionne parce que [...] dans la personnalité de l'infirmière moyenne, [...] les infirmières ont peur. Je trouve qu'y ont de la misère justement à s'exprimer, [...] à essayer de changer des choses. Elles préfèrent [...] être plus passives et [seulement] critiquer le système [...]. Quand une infirmière dit quelque chose de plus fort que l'autre, là, il y a comme un sentiment de malaise dans l'unité et, là, personne n'ose parler et, finalement, c'est ça, c'est que toi parce que tu as parlé, eh ben, à ce moment-là tu vas avoir une punition dans ton dossier. Je trouve ça dommage qu'on en est rendu là parce qu'on pourrait se tenir [...], mais, bon, l'infirmière préfère [...] ne pas trop s'impliquer parce qu'elle a peur de se faire brûler là dans le fond. (Roméo, 061EG3)

Dans le même sens que ce qui a été rapporté dans le cadre des deux premiers groupes de discussion, dès que l'on questionne les participantes du troisième groupe quant à la présence d'un profil de gestion qui s'appuie sur la peur, il est rapidement question de représailles, de sanctions. À travers les propos de Judith (062EG3), ce qui diffère toutefois, c'est expressément la teneur des sanctions utilisées par les responsables de l'institution hospitalière où elle exerce. Il ne s'agit plus seulement d'une lettre au dossier de l'employée – même si Judith (062EG3) y fait allusion – mais de suspension. Celle-ci demeure également la seule

participante à avoir soulevé certains éléments. En effet, au sein du CH où elle exerce, Judith (062EG3) confirme qu'un modèle de gestion axé sur la peur a déjà été mis en place, mais insiste sur le fait que le temps où ces pratiques avaient cours est révolu. D'après Judith (062EG3), ces pratiques ne seraient utilisées que pour donner « *un coup de masse* » lors de situations données et ne pourraient être mises à profit sur une période prolongée. D'ailleurs, miser sur la peur ne fonctionnerait pas toujours, selon Judith (062EG3), et les institutions hospitalières devraient parfois se résigner à utiliser d'autres stratégies lorsque cela ne se révèle plus efficace. En ce qui a trait aux propos de Roméo (061EG3), ceux-ci diffèrent de ceux de Judith (062EG3) en ce qu'il considère que ces modes de gestion par la peur sont bien présents dans le milieu hospitalier et qu'ils fonctionnent de façon constante et efficace auprès des infirmières soignantes qui seraient prédisposées à développer un sentiment de peur, de par leur personnalité même. Pour Roméo (061EG3), se sont les punitions constamment infligées aux infirmières qui oseraient parler qui provoquent leur mutisme et leur inaction, phénomène qui, à son avis, pourrait facilement être annihilé par une plus grande solidarité infirmière.

Judith (062EG3) poursuit en mettant en doute la légitimité des sanctions imposées aux infirmières soignantes qui avaient « *fait du sit-in* » par le fait que chacune de ces sanctions ont, par la suite, été retirée :

Mais c'est drôle, on a contesté ces suspensions-là et les filles ont été remboursées, les lettres aux dossiers retirées... (Judith, 062EG3)

Tu vois, quand on se tient, c'est fort. (Alexandra, 065EG3)

4.1.3.3 - La peur de nuire aux patients

D'après les témoignages des participantes que nous avons interviewées, les conditions d'exercice dans lesquelles les infirmières sont contraintes de travailler, notamment la surcharge continue à travers laquelle elles doivent évoluer, les longues heures de travail qui leur sont parfois imposées, mais aussi le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une formation continue adéquate, les amèneraient à devoir conjuguer avec un sentiment naissant de prise de conscience d'un danger : la peur de nuire à l'intégrité physique des patients qui sont à leur

charge, la peur de leur occasionner des préjudices, lesquels, dans certains cas, pourraient se révéler irréversibles.

4.1.3.3.1 - Une cadence effrénée

Dans le cadre de l'entrevue individuelle qu'elle nous a accordée, Danielle (040EI) nous a indiqué avoir été témoin de certains comportements, chez de jeunes infirmières soignantes qui, à son avis, sont liés à la peur qu'elles vivent de nuire à l'intégrité physique des patients, un phénomène qui serait associé à une perte de contrôle.

Les jeunes infirmières [...], je trouve qu'on les met dans des situations... c'est dangereux. Pis elles ont peur...pis [...], elles sont plus conscientes que moi, quand j'ai commencé. Y ont plus de connaissances, ça fait qu'eux autres comprennent l'impact de leurs actes. Mais je les regarde, là, et elles en sont blanches, les filles que je ramasse à pleurer dans les corridors : « va prendre un break ça va te faire du bien. » Parce que là, elle a trop peur de ce qui pourrait arriver. J'en vois régulièrement. (Danielle, 040EI)

Selon Danielle (040EI), la cadence effrénée à travers laquelle les infirmières doivent évoluer de façon à conjuguer avec la surcharge qui leur est imposée serait responsable de cette peur de causer préjudice aux patients. Ce sentiment de peur tout à fait particulier vécu par les infirmières soignantes se caractériserait par une certaine chronicité et par son évolution vers un état de détresse. D'après Danielle (040EI), mais aussi selon d'autres participantes, les jeunes infirmières soignantes auraient une plus grande propension à développer ce type spécifique de peur, qui diffère notamment de la peur de représailles à laquelle les participantes ont fait référence à de nombreuses reprises dans le cadre de cette étude. Pourtant, selon Suzanne (042EI), les infirmières d'expérience seraient tout aussi à risque de développer ce même sentiment de peur.

Toujours d'après Danielle (040EI), les infirmières soignantes sont généralement laissées à elles-mêmes lorsque ces situations de perte de contrôle surviennent et que « *la peur de ce qui pourrait arriver* » s'installe. Danielle (040EI) indique aussi que ces infirmières doivent développer leurs propres outils pour passer à travers de l'état de surcharge continu qui les afflige et que cela est pris pour acquis par les institutions hospitalières :

c'est vraiment au niveau [...] de l'organisation du travail où [on a] été abandonnées et on pense qu'on va se régulariser par nous-mêmes. C'est un concept que je ne comprends pas [...]. On est tellement drillées, là, à aller vite [...], à répondre à nos questions et à se donner du support [...]; on le fait par nous-mêmes. Et, ça dans un milieu de travail, je trouve ça aberrant. Ça prend une tête qui dirige [...] et qui dit : « woah, minute là! » L'être humain ne se régularise pas par lui-même [...], tout ce que ça fait, c'est que ça monte la pression, le stress et la violence. (Danielle, 040EI)

Pour Danielle (040EI), cette cadence intenable que les infirmières s'infligent elles-mêmes fait partie d'un processus de régulation d'une situation de surcharge, un processus qui, de son point de vue, serait en quelque sorte voulu par les institutions hospitalières. Il serait attendu que les infirmières soignantes conjuguent avec la lourde charge qui leur est assignée, et ce, de façon à ce qu'aucun impact ne puisse être perceptible en ce qui a trait, notamment, à la prestation des soins. D'ailleurs, du point de vue de Danielle (040EI), la façon dont l'organisation du travail est articulée au sein des CH concourrait à ce que les infirmières soignantes absorbent le stress et la pression inhérente à une cadence de travail aussi effrénée. En réponse à un désengagement institutionnel qui serait, selon Danielle (040EI), relatif à l'organisation du travail, les infirmières soignantes essaieraient de s'adapter tant bien que mal à des situations intenable, mais seraient bien conscientes que les patients dont elles prennent soin pourraient écopier. Le fait que l'on demande à ces infirmières de réguler ces situations par elles-mêmes, de s'adapter à une telle surcharge, en augmentant leur productivité et, donc, leur cadence de travail, apparaît comme une aberration pour Danielle (040EI), du fait qu'elle croit impossible que les infirmières soignantes puissent absorber tout le stress et toute la pression qui en découlent sans que cela n'entraîne des répercussions plus ou moins graves. Si Danielle (040EI) ne nous fait pas explicitement part d'exemples concrets de répercussions que ce type de pratique de désengagement pourrait avoir sur les patients – et ce, probablement parce que, comme plusieurs participantes nous l'ont indiqué, les infirmières soignantes réussissent généralement à limiter au minimum les impacts négatifs qui sont attribuables à leurs conditions d'exercice –, il y aurait, selon Sylvain (043EI), « *des choses horribles qui arrivent [parce que les infirmières] manquent de temps pour tout [...]* » Par exemple : « *le*

patient est Alzheimer, il s'en va chez eux, [mais] ça fait deux ans qu'il a déménagé. Heureusement que les taxis les ramènent... »

Sans nous l'avoir directement signifié, Sylvain (043EI) nous amène à croire que cette peur éprouvée par des infirmières d'occasionner des préjudices aux patients pourrait aussi s'appuyer sur des événements dont elles auraient été témoins ou qui se seraient produits dans le cadre de leur propre pratique. Il est aussi à noter que si les infirmières soignantes ont peur que les conditions de surcharge dans lesquelles elles exercent les amènent à faire des erreurs qui pourraient gravement nuire aux patients dont elles prennent soin, pour Leticia (046EI), cette peur serait aussi accompagnée d'une « *peur des poursuites judiciaires* », advenant que se produise un incident ou un accident.

4.1.3.3.2 - De longues heures de travail

Au même titre que la cadence effrénée décrite par Danielle (040EI), les longues heures de travail souvent imposées par les institutions hospitalières contribueraient à générer la peur vécue par les infirmières soignantes de nuire à l'intégrité physique des patients qui sont à leur charge. Certaines participantes, comme Isabelle (027EI), comprennent d'ailleurs difficilement que l'on puisse contraindre une infirmière à travailler durant d'aussi longues heures sans que les risques encourus soient pris en considération :

on donne des soins à des gens, des humains, on donne des médicaments qui ont des impacts importants. Puis, on n'est pas plus protégés et on ne prend pas soin de nous. Les camionneurs n'ont pas le droit de faire plus de 12 heures de route [mais], moi, je peux travailler aux soins intensifs pendant 16 heures de temps, sans problème. Tu m'obliges à faire ça, en fait, [avec le TSO]. Il y a toute la question de la responsabilité. On se fait dire des peurs : « vous n'avez pas le droit de dire non. » (Isabelle, 027EI)

Pour Isabelle (027EI), les risques encourus par les infirmières soignantes de faire une erreur, notamment en ce qui a trait à l'administration de médicaments, ne seraient pas pris en considération par les institutions hospitalières qui contraignent les infirmières soignantes au TSO. De plus, la fatigue éprouvée par les infirmières soignantes, qui est aussi inhérente aux longues heures de travail, ne serait pas considérée comme une raison valable justifiant le refus d'effectuer du TSO. Pour Isabelle (027EI), mais aussi pour nombre d'infirmières participantes,

les institutions miseraient sur la peur pour s'assurer que les infirmières se soumettent, pour qu'elles en arrivent à croire qu'elles n'ont « *pas le droit de dire non* ». En cédant à la peur des représailles conséquentes au refus de faire du TSO, il apparaît, selon Isabelle (027EI), que les infirmières soignantes seraient, dès lors, susceptibles d'être affligées de cette autre forme de peur de nuire à l'intégrité physique des patients, alors qu'elles ne se sentent pas pleinement aptes à assumer les responsabilités qui sont associées à leur travail. Isabelle (027EI) indique ainsi qu'elle ne se sent pas protégée dans ces circonstances, en plus d'avoir la nette impression que les CH ne prennent pas soin des infirmières soignantes lorsqu'ils les contraignent à effectuer du TSO sans s'enquérir de leur capacité à effectuer ces heures de travail imposées et à assumer les responsabilités qui y sont associées. Cette dernière peur se déclinerait éventuellement en une peur vécue par les infirmières soignantes de perdre leur permis de pratique comme l'indique Alexandra (065EG3). Cette peur de perdre son permis de pratique et de ne plus avoir la possibilité d'exercer à titre d'infirmière apparaît comme étant ce qui préoccupe le plus l'infirmière au chapitre des répercussions pour elle-même.

C'est-à-dire qu'on a dit que c'est dangereux. Nous, on ne veut pas perdre notre licence. Si, par exemple, on a une journée exécrable et pis, on vous demande de rester huit heures de plus, et que vous dites que : « non, r'garde, je ne suis pas en mesure de faire ces huit heures parce que [...] je suis déjà saturée. » Ben c'est très dangereux, parce que je risque de mettre la vie d'un enfant en danger (Alexandra, 065EG3).

4.1.3.3.3 - Une formation continue inadéquate

Pour Suzanne (042EI), le manque de formation continue au sein des établissements hospitaliers contribuerait également à exacerber chez les infirmières soignantes la peur de nuire à l'intégrité physique des patients.

Les soins sont de plus en plus pointus. Ce qui fait que c'est lourd [...]. Ça fait peur un petit peu à nos jeunes aussi, hein? Même nous autres aussi, ça nous fait peur un peu parce qu'on dirait, des fois, que l'information et la formation ne suivent pas toujours avec ça, t'sais. (Suzanne, 042EI)

La presque totalité des participantes nous l'ont d'ailleurs indiqué, la formation continue qui leur est offerte au sein des CH et qui devrait leur permettre de faire face à la complexification incessante des soins qu'elles se doivent d'offrir aux patients se révèle largement insuffisante.

Nous verrons d'ailleurs, dans ce même chapitre, sous le troisième et dernier axe thématique de la résistance infirmière, que Philippe (045EI) et une de ses collègues ont mis en place une pratique de non-coopération qui leur a permis d'obtenir une formation qui leur avait préalablement été refusée.

4.1.3.4 - La peur d'être associées au syndicat

Je fais de la job d'agent [...] de griefs [...], pis quand on se fait appeler au bureau, ça arrive souvent qu'on se fait dire : « C'est confidentiel là, on saura pas que j'ai appelé? » Les gens ont peur de se servir de leur syndicat, [...] de revendiquer leurs droits qui sont acquis pour même pas aller chercher plus là, juste d'avoir ce qui leur revient! Ils ont peur de le demander. Ils ont peur de se faire mal voir par leurs collègues, par leurs chefs, par l'institution. Ça fait que, oui, les infirmières ont peur. (Michel, 037EI)

Ces dires de Michel (037EI) font référence à un sentiment de peur très spécifique qui serait vécu par les infirmières soignantes : la peur de faire appel à leur syndicat ou, tout simplement, d'y être associées. Étroitement lié à la peur d'être identifiées comme *dissidentes*, *contestataires* ou *détractrices*, ce phénomène, corroboré par près d'une dizaine de participantes rencontrées lors d'entrevues individuelles, a été abordé en profondeur par les infirmières soignantes composant le deuxième groupe de discussion.

À partir du dialogue qui eut cours dans le cadre de ce deuxième groupe, nous nous intéresserons à travers cette sous-section à ce phénomène, à la façon dont les participantes le décrivent, à la façon dont elles se l'expliquent, aux conséquences qu'elles le croient susceptible d'entraîner mais, aussi, à la reconnaissance de l'ancrage de cette peur dans la réalité, qui n'est pas partagée par toutes les infirmières participantes que nous avons rencontrées, et ce, même si toutes admettent l'existence du phénomène. À quelques occasions, les propos des participantes rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles viendront compléter les propos recueillis lors du deuxième groupe de discussion, qui nous servira de trame de fond pour la présentation des résultats relatifs à ce phénomène.

4.1.3.4.1 *Le phénomène, des pistes d'explications, des conséquences*

À partir d'un dialogue issu du deuxième groupe de discussion, des participantes ont décrit cette peur d'être associées au syndicat, elles ont émis certaines pistes d'explications ayant trait à ce phénomène en plus de faire référence à certaines des conséquences qui y sont associées.

Il y en a qui appellent [au syndicat] pour les autres, hein? C'est ça : « j'appelle pour telle personne de mon département... » (Lisa, 057EG2)

Oui! (Océane, 055EG2)

Ah, ben oui. Oui, oui! (Martha, 054EG2)

Comme toi, [tu es] déléguée (en s'adressant à Laure) : « j'appelle pour telle personne. Mais je ne te dirai pas mon nom. » (Lisa, 057EG2)

Et, je ne veux pas que mon nom apparaisse nulle part. Ok. (Laure, 056EG3)

Rappelle-moi pas... je vais te rappeler, moi... (Lisa, 057EG2)

Dans cet extrait du dialogue entre Martha (054EG2), Lisa (055EG2), Océane (055EG2) et Laure (056EG3), toutes abondent dans le même sens : les infirmières soignantes ne veulent surtout pas être identifiées à leur syndicat. Linda (030EI), Charles (036EI), Yuan (041EI), Cécile (029EI), Josée (035EI), Michel (037EI) et Julie (039EI), qui ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues individuelles, sont aussi de ce même avis. D'après les participantes qui ont pris part au deuxième groupe de discussion, les infirmières soignantes sont également prêtes à emprunter toutes sortes de stratagèmes afin de s'assurer de ne pas être associées à leur syndicat : se faire passer pour quelqu'un qui demande des informations pour une tierce personne, refuser de se nommer lorsqu'elles s'adressent à une déléguée syndicale et éviter de s'identifier lorsqu'elles laissent un message sur le répondeur téléphonique de l'organisation syndicale, en y indiquant qu'elles rappelleront. Selon les propos de Laure (056EG3), certaines infirmières demanderaient même à ce que leur nom n'apparaisse nulle part, craignant un bris de confidentialité ou une fuite, occasionnée par une négligence contingente, par exemple, dans la manutention de documents syndicaux.

Face à ces allégations préoccupantes, nous avons voulu en savoir plus quant aux différentes raisons qui, du point de vue subjectif des participantes ayant pris part au deuxième groupe de discussion, occasionneraient ce type de comportements chez les infirmières soignantes.

Comment ça se fait que les infirmières n'ont pas tendance à aller voir leur syndicat ou se font passer pour une collègue qui veut aider? Comment ça se fait? (Chercheur)

Parce qu'elles ont peur de ne pas avoir d'avancement et d'être punies. (Laure, 056EG2)

Elles ont peur des représailles... Oui, des représailles. (Océane, 055EG2 & Lisa, 057EG2)

D'être considérés comme des chialeux... (Éric, 060EG2)

Parce qu'elles pourraient perdre des privilèges, car, avec leur chef, elles savent que dans le bureau ça va, mais du moment qu'elles appellent leur syndicat, ben... (Lisa, 057EG2)

« Pourquoi t'as appelé ton syndicat (avec un ton réprobateur) ? » (Laure, 056EG2)

T'as une étiquette de posée sur toi... de... syndicat. (Océane, 055EG2)

Hum... (Éric, 060EG2)

Elles se le font reprocher... (Lisa, 057EG2)

Et là, [pour les chefs], ce n'est pas bon dans leur gestion : [...] un grief, c'est encore moins bon. Pis, eux autres, se [font] beaucoup [étiqueter] à [cause de] ça, aussi : « ça veut dire que je gère mal, [...] que le syndicat va me tomber dessus. » (Océane, 055EG2)

D'après Laure (056EG2), c'est parce qu'elles craindraient de perdre leurs possibilités d'avancement et « d'être punies » par leurs supérieures que les infirmières soignantes déploieraient toutes les stratégies qui sont à leur portée afin qu'elles ne soient, sous aucun prétexte, associées à leur syndicat ou à quelque forme de dissidence que ce soit. Certaines participantes rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles, comme Cécile (029EI), nous ont même indiqué que des infirmières soignantes sont persuadées qu'elles « [risquent] de

perdre [leur] job [si elles vont] voir le syndicat ». D'autres participants, comme Michel (037EI) et Charles (036EI), qui ont aussi été rencontrés dans le cadre d'entrevues individuelles, n'écartent pas l'hypothèse de l'influence d'un discours antisyndical, de plus en plus véhiculé par les médias, sur le renforcement de cette peur d'avoir recours à son syndicat.

Toujours dans le cadre du deuxième groupe de discussion, Océane (055EG2) et Lisa (057EG2) abondent dans le même sens que Laure (056EG2), et qualifient les conséquences qui seraient susceptibles d'être vécues par les infirmières qui auraient le « *malheur d'être associées à leur syndicat* » sous le vocable plus large « *des représailles* ». Ce serait donc, pour celles-ci, mais aussi pour plusieurs participantes rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles, par peur de ces représailles qui émaneraient de leurs supérieurs, mais aussi de leurs propres collègues – qu'il s'agisse d'infirmières ou d'autres professionnels –, que les infirmières soignantes auraient tendance à se taire lorsqu'elles vivent des injustices ou qu'elles en sont témoins. Ce serait aussi pour ces mêmes raisons qu'elles éviteraient d'être identifiées à leur syndicat. À titre de représailles, la perte de certains privilèges, notamment associés aux horaires de travail et à la possibilité d'obtenir certains congés, préoccuperait énormément les infirmières soignantes et contribuerait à leur mutisme ainsi qu'à leur propension à éviter de faire appel à leur syndicat. Océane (055EG2), une infirmière soignante déléguée syndicale qui est parfois assistante infirmière-chef, occupe une position privilégiée lui permettant de témoigner des répercussions que peuvent avoir des plaintes syndicales logées à l'endroit de gestionnaires. Celle-ci indique qu'au même titre que les infirmières soignantes, les gestionnaires s'exposeraient à des reproches de leurs supérieurs lors de telles plaintes. D'après Océane (055EG2), la qualité du travail de ces gestionnaires d'unité serait, dès lors, remise en question, ces derniers pouvant être étiquetés de mauvais gestionnaires ou de gestionnaires incapables d'éviter que les infirmières soignantes sous leur responsabilité managériale s'adressent à leur syndicat.

Il serait en quelque sorte permis aux infirmières soignantes d'émettre certaines critiques qui seraient, par exemple, relatives à leurs conditions de travail mais, selon Lisa (057EG2) et plusieurs autres participantes, ce ne serait qu'à l'intérieur du cadre restrictif du bureau d'un gestionnaire que cela serait permis. Les infirmières soignantes seraient par

ailleurs bien conscientes que le fait d'enfreindre cette loi non écrite – émettre une critique à l'extérieur de ce cadre restrictif – les amènerait à prêter le flanc à diverses représailles. D'ailleurs, d'après les témoignages que nous avons recueillis, le fait de faire appel à leur syndicat représenterait la transgression ultime de cette loi non écrite. Toujours dans le cadre du deuxième groupe de discussion, Éric (060EG2) a aussi fait allusion aux étiquettes qui seraient attribuées aux infirmières soignantes lorsqu'elles font appel à leur syndicat ou qu'elles sont identifiées comme *dissidentes*, le tout selon une logique similaire à celle que soulève Océane (055EG2) en ce qui a trait aux gestionnaires qui seraient étiquetés par leurs supérieurs du fait qu'ils sont l'objet de plaintes syndicales. En ce qui a trait spécifiquement au phénomène rapporté par Éric (060EG2), le fait d'être associées à leur syndicat ou, tout simplement, d'être identifiées comme ayant une tendance dissidente, amènerait les infirmières soignantes à être étiquetées par un grand nombre d'intervenants, et ce, le plus souvent de façon irréversible. Dès lors, les infirmières interviewées nous ont confié qu'elles ne reçoivent plus autant d'aide de la part de leurs collègues, qu'elles se font « *montrer du doigt* » (Laurier, 032EI), qu'elles se font qualifier de « *chiâleu[s]es* » (Éric, 060EG2 et Laurier, 032EI), de « *fille[s] qui brasse[nt] la marde* » (Linda, 030EI & Yuan, 041EI), « *qui aiment la chnoutte* » (Linda, 030EI) et se feraient notamment qualifier de « *shit disturber* » (Yuan, 041EI) dans le milieu anglophone. Comme l'indique Julie (039EI), que nous avons rencontrée dans le cadre d'une entrevue individuelle, les infirmières soignantes auraient peur d'être étiquetées de la sorte si elles ont recours à leur syndicat. D'ailleurs, si l'on se fie au témoignage de Julie (039EI), il apparaît que le phénomène serait si bien intégré à la culture hospitalière que les infirmières s'auto-identifieraient à ce genre d'étiquette :

tout de suite là [...], tu vas voir ton syndicat pour quelque chose de bien simple et là, ta boss [...], elle dit : « c'est-tu toi qui as demandé au syndicat de régler ça? » « Euh, oui, pourquoi? » Là, on dirait qu'on se sent comme tout mal, [...] qu'on se sent fauteurs de troubles et là on se dit : [...] « j'aurais dû essayer de régler ça avec ma gestionnaire, malgré que [...] ça ne marchait pas [...], c'est pour ça que j'étais allée voir le syndicat. » On veut tout le temps [bien] paraître, [...] on est encore comme les petites CEPI qui rentrent en probation. Ce n'est pas drôle! On a peur d'être étiqueté. (Julie, 039EI)

D'après Michel (037EI), les conséquences de cette peur de faire appel au syndicat peuvent parfois se répercuter à l'échelle de toute une unité de soins :

si des infirmières ont peu tendance [...] à demander de l'aide à leur syndicat, par exemple, est-ce que ça ne peut pas exacerber la détresse qu'elles vivent? (Chercheur)

Oui, [...] encore à matin [...], une de mes collègues [...] disait : « c'est sûr que le syndicat, avec la mauvaise presse [...], juste le fait d'être du syndicat, on n'a pas nécessairement une bonne réputation. » Il y a un département qui n'est plus en notre faveur [...] qui subit encore du TSO. Il y a des pressions, mais ils travaillent seuls dans ça, quand ils pourraient avoir l'appui d'un organisme [...] qui connaît des voies [de sortie de crise]. Oui, ils peuvent augmenter leur fardeau [...], en considérant que, même juste de se réseauter entre départements [...] et dire : « hey, sur ce département-là ça ne fonctionne pas comme ça, pourquoi nous autres? » Et d'aller chercher l'appui de leurs consœurs. Je pense que oui, ça peut exacerber des situations de crise. (Michel, 037EI)

Pour Michel (037EI) et pour nombre de participantes, les infirmières soignantes seraient donc les premières affectées par les conséquences de cette peur d'avoir recours à leur syndicat.

4.1.3.4.2 - Est-ce légitime d'avoir peur de s'adresser à son syndicat ?

Toujours dans le cadre du deuxième groupe de discussion, nous avons procédé à un appel à tous, de façon à nous enquérir de l'avis de chacune des infirmières participantes et, ainsi, recueillir des propos plus nuancés quant à ce phénomène de la peur de faire appel à son syndicat ou de revendiquer certains droits. Cet exercice a mené des participantes à remettre en question l'existence même de cette peur, ce qui a à son tour incité d'autres infirmières participantes à décrire plus en détails leurs expériences vécues.

Ben, nous on essaye de leur retirer ça, [cette peur de faire appel au syndicat]. Comme les filles [...] il y a un bout [elles] ne complétaient pas [leur horaire en fonction de leur poste] et donnaient des shifts à d'autres. Y en a qui complétaient et il y en a d'autres qui ne complétaient pas. Ça fait que : « vas-y [...] à la direction des ressources humaines, prends la feuille et remplis-la! » Un coup qu'ils vont t'avoir payé à rien faire chez vous là... ils vont se souvenir de ton nom. Et ils n'ont pas de représailles, et de toute façon, même si elles ont des représailles, on va les... les... (Adèle, 058EG2)

On (le syndicat) va les défendre. (Laurie, 059EG2)

Adèle (058EG2) n'est pas la seule participante à considérer que cette peur de faire appel à son syndicat ou d'être identifiée comme dissidente, du fait de certaines revendications, soit une fausse croyance présente chez les infirmières soignantes. Yuan (041EI), que nous avons rencontré dans le cadre d'une entrevue individuelle, abonde dans le même sens qu'Adèle (058EG2) :

elles disent si je fais une plainte, je vais me retrouver sur une black list [et] je n'aurai pas les plus beaux horaires. Mais, [...] c'est le contraire, même qu'il y a une couple d'infirmières qui ont découvert que celles qui se plaignent ont ce qu'elles veulent [...]. Toutes leurs demandes [...] pour les jours fériés, les jours mobiles : elles les ont. Et, celles qui disent jamais un mot, elles ne l'ont pas toujours. Alors, je ne sais pas où ils prennent l'idée [...] qu'elles vont se retrouver sur une liste noire ou, que si jamais elles appliquent sur un autre poste, elles sont [...] garanties de ne pas l'avoir. C'est un mythe qui se propage et j'ai ben de la difficulté de pouvoir démystifier ça. (Yuan, 041EI)

En ce qui a trait spécifiquement au fait d'être identifié au syndicat, Charles (036EI), qui a lui aussi été rencontré dans le cadre d'une entrevue individuelle, emprunte à peu près le même discours que Yuan (041EI) et Adèle (058EG2) :

mais, ça fait trois ans que je suis impliqué syndicalement, pis [...] je ne me suis jamais fait réprimander, pis j'ai de très belles relations avec l'employeur quand même [...]. (Charles, 036EI)

Les propos d'Éric (060EG2), qui s'appuient sur ses propres expériences vécues, sont en totale divergence avec ceux d'Adèle (058EG2), Yuan (041EI) et Charles (036EI). Voici donc ce qu'Éric (060EG2) a répondu à Adèle (058EG2), dans le cadre du deuxième groupe de discussion, après que celle-ci ait indiqué que les infirmières soignantes qui auraient tendance à revendiquer leurs droits ou qui seraient associées à leur syndicat ne subiraient aucunes représailles :

depuis l'histoire de mon épaule,⁷⁹ [...], ça a changé la dynamique sur l'étage [...]. J'ai l'étiquette de chiâleux (il tape sur la table) [...]. C'est juste que quand tu chiales, ça laisse des représailles et, moi, je suis marqué au fer rouge. J'suis fini là, la dynamique c'est d'la marde! L'AIC me hait la face, mon chef d'unité me hait la face à c't'heure [...]. Ça fait que c'est pour ça que le monde ne veulent pas [faire appel à leur

⁷⁹Éric (060EG2) a dû se battre pour faire reconnaître ses droits après un accident de travail. Certains détails de son histoire ont été changés pour des raisons de confidentialité.

syndicat]. En même temps, je suis comme un exemple sur l'étage : ça les encourage encore moins à chialer [...]. Elles ont vu ce que ça fait [...], elles voient ben que j'en mange d'la marde, [...] ça ne me parle plus, ça me parle sec, ça m'aide pas. (Éric, 060EG2)

Même avec les collègues, vous voyez une différence? (Chercheur)

Surtout les collègues, pas toutes, mais les deux Germaines (rires). Elles sont vraiment pro-chefs d'unités et antisyndicales. (Éric, 060EG2)

C'est qui ça, les Germaines? (Chercheur)

C'est des AIC [...], c'est eux autres qui décident, c'est eux autres qui mènent, qui tiennent les rênes. Mais quand c'est [Éric] qui [tire sur les] rênes et qui veut faire avancer la cause des conditions de travail, [...] elles n'aiment pas ça. (Éric, 060EG2).

Chez nous, ça ne fait pas ça. [À] moins qu'elles soient très hypocrites là. Mais les filles : « ah! ouais, t'es dans le syndicat. Pis, nouveau mandat... Hey! représente-toi dans le syndicat pis... » (Adèle, 058EG2)

Mais moi aussi, il y a du monde qui sont contents [...]. Le quart de jour : ils sont super heureux, pas d'trouble : « hein, Éric go, go, go! » Le quart de nuit : ils se taisent plus parce qu'ils ne veulent pas la Germaine contre eux autres. (Éric, 060EG2)

Ok. Mais, nous autres, nos assistantes [...] ne couchent pas avec le boss, là. (Adèle, 058EG2)

Les miennes couchent en masse. (Éric, 060EG2)

Il ne faut pas les mettre tous dans le même bateau. Parce que de 1) je suis assistante... C'est sûr que je ne couche pas avec les boss et moi, je ne tape pas sur la tête du monde (rires)! (Océane, 055EG2)

Je ne dis pas que toutes les AIC font ça... mais la mienne, oui. (Éric, 060EG2)

Mais il n'y a pas juste la sienne. (Martha, 054EG2)

Pendant qu'Éric (060EG2) termine son témoignage et qu'Adèle (058EG2) confirme à nouveau que, dans le CH où elle exerce, « ça ne se fait pas », Martha (054EG2), sans vouloir couper la parole à Éric (060EG2), se mis à lever sa main avec insistance, de façon à prendre la parole.

J'aimerais entendre Martha. (Chercheur)

Depuis que je suis représentante syndicale [...], ma chef de service [...] n'a plus la même approche avec moi. Avant, elle était contente de me voir et elle me parlait. Maintenant, elle ne me dit même plus bonjour quand j'arrive. (Martha, 054EG2)

Ça, c'est tous les jours, moi aussi, ça je peux te dire. (Éric, 060EG2)

Les autres [...], quand ils voient ce qui se passe [...], ils sont contents de me demander des services [en lien avec le syndicat], mais [...] ils me le demandent quand il n'y a personne alentour [...]. Penses-tu qu'ils vont vouloir s'associer au syndicat? Jamais [...]! Parce qu'ils voient de quoi ça a l'air. C'est un régime de terreur. (Laure, 056EG2)

Les avis demeurent donc partagés à savoir si cette peur de recourir au syndicat ou de revendiquer des droits à titre d'infirmière soignante est bel et bien justifiée par de réelles représailles. Cependant, même si cette peur de recourir au syndicat demeure une réalité discutable d'après les résultats que nous avons recueillis, toutes les participantes qui ont été questionnées relativement à ce phénomène ont admis son existence. Donc, même si cette peur ne s'appuyait que sur de fausses croyances, celle-ci demeure présente chez les infirmières soignantes.

4.1.3.5 - Une peur causée par certaines expériences passées

Si, dans le cadre de la présente étude, la majorité des participantes nous ont révélé que les infirmières soignantes exerçant en CH ont une réelle peur des représailles qui pourraient être déployées à leur endroit, plusieurs ont fait référence à un certain lien de causalité entre des événements qui se seraient produits dans le passé et cette peur de représailles. Selon les témoignages que nous avons recueillis, les grèves des infirmières de 1989 et 1999 et, plus particulièrement, les représailles associées à la Loi 160 et à la Loi 72 imposées par le gouvernement provincial visant la fin de ces grèves seraient les événements qui auraient le plus contribué à cette peur de représailles encore très présente aujourd'hui chez plusieurs infirmières soignantes. Par ailleurs, plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué que les menaces et représailles qu'elles ont subies personnellement ou dont elles ont été témoin dans le cadre de leur travail, parce que des collègues les ont subies, exacerberaient aussi cette peur.

Le point de vue de certaines participantes rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles expose, ci-dessous, ces deux phénomènes spécifiques contribuant à l'augmentation de la peur de représailles vécue par les infirmières soignantes.

4.1.3.5.1 - Le traumatisme des conflits de travail : des représailles collectives

Les événements associés aux grèves des infirmières de 1989 et de 1999 et, notamment, les représailles gouvernementales issues de la loi 160, votée pour mettre fin à la grève de 1989, et de la Loi 72, votée et, couplée à la Loi 160 pour mettre fin à la grève de 1999, auraient, selon certaines participantes, contribué à l'instauration ou à l'exacerbation d'une peur de représailles vécue par plusieurs infirmières, une peur allant bien au-delà de ces contextes de grève. Chez près d'une dizaine de participantes, dès que celles-ci faisaient allusion à un sentiment de peur vécue par les infirmières, qu'il ait été question d'une peur de représailles, d'une peur de parler, d'une peur d'agir pour favoriser la transformation de leurs conditions d'exercice, ou d'autres types de peur, il fut chaque fois question du souvenir encore douloureux des représailles gouvernementales associées à ces grèves, qui ont été imposées aux infirmières et à leurs syndicats. Dans l'ensemble, les infirmières soignantes ayant participé à l'étude ont affirmé que ces représailles gouvernementales, dont la menace de perdre une année d'ancienneté par jour de grève étant indubitablement la plus déterminante à leurs yeux, ont marqué de façon indélébile la mémoire collective des infirmières par un sentiment de peur qui les habite encore aujourd'hui et qui ferait obstacle à leur désir de parler et d'agir pour faire valoir, au quotidien, leurs droits dans leur milieu de travail. Certaines participantes ont souligné que l'impact réel de ces représailles gouvernementales ne justifie aucunement que les infirmières soignantes soient autant marquées par les événements entourant ces conflits. Parmi les répercussions associées à ce phénomène, d'autres ont pour leur part fait référence aux effets délétères de ces conflits sur la solidarité entre infirmières. C'est ainsi que nous avons regroupé les données qui suivent sous le thème du traumatisme des conflits de travail.

Les allégations de Michel (037EI) sont éloquentes : « *les infirmières ont eu peur, pis [elles] vont garder ça longtemps ! Même les jeunes ont été contaminées par cette peur-là, par leurs consœurs plus vieilles qui ont subi ces grèves-là* ». Michel (037EI) fait référence ici à ce

que l'on pourrait qualifier de traumatisme, lequel aurait entraîné des perturbations à l'échelle d'un groupe tout entier, celui des infirmières. Si le caractère coercitif des dispositions législatives imposées aux infirmières dans le cadre de ces grèves a favorisé la mise en mémoire collective de ces événements, Michel (037EI) avance que les infirmières d'expérience ont elles-mêmes fortement contribué à la pérennisation de ce traumatisme subi en le communiquant aux infirmières des plus jeunes générations. Toujours d'après Michel (037EI), si le spectre des grèves de 1989 et de 1999 plane toujours sur les infirmières, ce serait aussi parce que celles-ci auraient toujours refusé de prendre en considération les gains qui ont été réalisés, notamment dans le cadre des négociations de 1999. Comme si le traumatisme subi par les infirmières avait été associé à une charge symbolique si grande que tous les gains réalisés dans le cadre de ces négociations avaient été occultés.

Le spectre des dernières [...] grèves 89 et 99 ont fait beaucoup peur et ça, c'est malgré les gains qu'on a obtenus : les filles ont gardé seulement le côté négatif [...]. On a essayé de leur expliquer, elles revenaient quand même sans cesse dire : « oui, mais en 99, c'est comme ça que ça s'est passé et on a perdu ça. » Mais [elles] ne voyaient pas tous les gains qu'on est allés chercher. Si je ne me trompe pas, en 99, on est allé chercher l'équité salariale pour les bachelières, [...] c'est quand même un gros morceau! (Michel, 037EI)

En plus d'estimer que les gains considérables réalisés dans le cadre de la grève de 1999 n'ont jamais réellement été pris en compte par les infirmières, Michel (037EI) poursuit son argumentaire en minimisant les représailles qui ont été subies par les infirmières lors de la grève de 1999.

Il y a des gens qui ont perdu des années d'ancienneté pour chaque journée de grève qu'elles ont faite. Mais il y a peu de gens qui n'ont pas récupéré ces années d'ancienneté là [...]. Avant que ce soit officialisé (la récupération des années d'ancienneté), l'ancienneté non officielle était respectée. S'il y avait un poste à être attribué, il l'était [...], même si elles avaient perdu l'ancienneté, [puisqu'] on se fiait à l'ancienneté qu'elles auraient dû avoir. Donc [...], c'est une fausse perte... (Michel, 037EI)

Même en ce qui a trait aux sanctions monétaires imposées aux infirmières par le gouvernement, Michel (037EI) considère qu'elles ne justifient aucunement que les infirmières aient été autant marquées par les événements entourant la grève de 1999.

Puis, au niveau monétaire [...], celle qui a payé le plus cher [consécutivement aux sanctions associées aux lois spéciales] a payé entre 500 ou 600 dollars [...] de sa poche. [Ç]a fait mal 500 \$ [...], mais [...] sur une carrière, tout cet argent qu'ils vont [...] gagner de plus [...]. Pour 500 \$, je pense que ce n'est plus une perte, mais un investissement. Elles ont eu peur à cause de ces fausses [...] pertes! C'est sûr que [...] je n'ai pas eu à payer ces 500 dollars-là, mais christie, je pense que pour mes collègues qui ont leur bac, aujourd'hui, c'est un beau sacrifice que je serais prêt à payer encore aujourd'hui pour qu'ils aient ce salaire de plus, là. (Michel, 037EI)

4.1.3.5.2 - Un corolaire qui s'ajoute à la peur associée aux grèves infirmières

Si, d'après de nombreuses participantes, les représailles infligées aux infirmières à la suite des grèves de 1989 et 1999 ont joué un rôle considérable, que ce soit dans le développement, dans l'accentuation ou dans la pérennisation d'un sentiment de peur toujours vécu par les infirmières, les représailles découlant des législations gouvernementales mises en place pour mettre fin à ces grèves auraient aussi eu pour conséquences d'affaiblir la solidarité infirmière, une solidarité qui, comme l'a indiqué Laurier (032EI) dans le cadre de l'entrevue qu'il nous a accordée, était apparemment déficiente avant même l'avènement de ces conflits :

vous avez vécu des conflits, des grèves? ... (Chercheur)

Oui. (Laurier, 032EI)

Est-ce que vous avez considéré que les infirmières étaient solidaires dans ces moments-là? (Chercheur)

Pas du tout. Non, non. (Laurier, 032EI)

Est-ce que vous croyez qu'il y a une raison particulière pour laquelle elles n'étaient pas solidaires? (Chercheur)

La peur avec les menaces du gouvernement. Je me rappelle : on retranche tant d'années d'ancienneté, par journée de grève, pas personne qui veut ça, là. C'est sûr que c'est sûr que c'est la grosse peur. C'est sûr, y veulent la convention [...], y veulent avoir des augmentations de salaire et toutes les conditions de travail, etc. Mais, quand ça vient le temps de mettre un effort, puis de vraiment oser [...], non, non, non. (Laurier, 032EI)

Il apparaît pour Laurier (032EI) que ce qu'il identifie comme les : « *menaces du gouvernement* », n'ont fait qu'empirer la situation relative à la solidarité infirmière, une

solidarité qui, sous le spectre des lois spéciales, a grandement été mise à l'épreuve en temps de grève, dans une conjoncture où la mobilisation des infirmières était pourtant à son paroxysme.

Je me souviens à un moment donné quand on était dehors, c'était la grève et puis tout le monde disait : « en tout cas, moi, je ne rentrerai pas et pis [...], on va tenir notre bout. » À un moment donné, ils annonçaient, le syndicat, parce qu'il fallait quand même qu'il y ait les soins essentiels là : « on aurait besoin d'une infirmière pour telle unité... » Celles qui disaient : « en tout cas [...] moi, je ne rentrerai pas », [elles] partaient toutes en courant : « moi, moi, moi, moi! » T'sais, faites-vous désirer. Ils ont besoin de vous autres, là, r'garde. (Laurier, 032EI)

L'exemple donné par Laurier (032EI) est patent : bien au fait des représailles qui étaient inhérentes à la Loi 160, loi qui avait déjà démontré son pouvoir coercitif dans le cadre de la grève de 1989, les infirmières avaient vite fait de comprendre, lors de la grève de 1999, que plus elles contribuaient à assurer le maintien des services essentiels, plus elles diminuaient les pénalités pouvant s'appliquer à leur endroit, hypothéquant du même coup la solidarité entre infirmières.

Si, en pleine grève, dans le contexte d'une peur des représailles gouvernementales associée aux menaces d'une suppression d'ancienneté et de pénalités financières, cela apparaissait justifier, jusqu'à un certain point, un tel bris de solidarité entre infirmières, les conséquences de ces représailles gouvernementales auraient eu des effets concrets jusqu'aux négociations ayant débuté à l'automne 2009, 10 ans après les événements de 1999, et ce, même si aucune pénalité n'était susceptible de toucher les infirmières dans le cadre de ces négociations.

On a fait notre nouvelle convention collective nationale [et] c'était dur d'aller chercher les filles [...], parce qu'elles ont tellement peur des re[présailles]. Quand on a parlé de grève, là, c'était la panique totale. Elles se rappelaient, eux autres [de] la grève [...] : « ouais, vous voulez aller en grève? Vous allez perdre une année d'ancienneté par jour de grève ! » Les filles : « non, non, non, moi, je ne veux pas embarquer là-dedans, t'sais! » Ça fait que la solidarité est là, en pensée, mais, en action, peut-être pas. À cause, justement, des peurs que l'employeur fait. (Monique, 032EI)

À travers son témoignage, Charles (036EI) a décrit le même phénomène que Monique (032EI) lors des négociations de 2009, toujours en attribuant ce déclin des solidarités infirmières aux

représailles gouvernementales associées aux grèves précédentes. Il en a été de même pour Michel (037EI), qui nous a indiqué qu'au sein du CH où il exerce, les infirmières avaient, en grande partie, refusé de prendre part à des moyens de pression qu'il qualifiait pourtant de modérés, à savoir de porter un bracelet et un chandail noir une journée par semaine pour la durée de ces négociations. Pour sa part, Roméo (061EG3) a indiqué que si ce n'avait pas été des représailles gouvernementales déployées lors des derniers conflits, les infirmières auraient été à même de faire beaucoup plus de gains en ce qui a trait à leurs conditions de travail lors de ces négociations. Selon lui, les infirmières seraient donc les premières affectées par le déclin de solidarité induit par les représailles gouvernementales associées aux dernières grèves :

je pense que, justement, l'infirmière a peur... On voit avec la nouvelle convention collective, t'sais, je pense qu'on aurait pu aller chercher davantage. Je pense qu' [...] avec les mesures «si vous faites la grève, on va vous enlever une année d'ancienneté... », je pense que les infirmières ont peur parce qu'elles sentent qu'elles n'ont pas le pouvoir nécessaire pour changer les choses. On oublie souvent qu'on est 70 000 et qu'on a un poids et pis, qu'on est capable d'en faire plus. Pis, d'en avoir plus pour nous et d'avoir des meilleures conditions de travail. Mais on a peur. (Roméo, 061EG3)

Outre la peur et les effets délétères sur la solidarité infirmière, les représailles gouvernementales infligées aux infirmières lors de la grève de 1999 auraient, selon Roméo (061EG3), mené les infirmières à négliger le pouvoir qu'elles seraient à même d'exercer par la force du nombre. La peur et les effets sur la solidarité infirmière ainsi que sur la perception que les infirmières ont du pouvoir qu'elles peuvent exercer seraient, selon Roméo (061EG3), des conséquences des actions coercitives gouvernementales des récentes grèves infirmières.

4.1.3.5.3 - Des expériences personnelles ou dont on a été témoin

Si, selon plusieurs participantes, les événements entourant les grèves de 1989 et 1999 ont vraisemblablement eu un rôle à jouer dans l'établissement d'un sentiment de peur de représailles qui atteint collectivement les infirmières et qui inhibe notamment leur propension à se mobiliser en tant que groupe, il apparaît que des expériences vécues au quotidien par les infirmières soignantes ont pour effet de contribuer à pérennité de ce sentiment malsain. Des

participantes nous ont effectivement confié avoir vécu certaines expériences dans le cadre de leur travail qui, à leur avis, avaient pour effet de générer ou de contribuer à maintenir un sentiment de peur, tant chez elle que chez leurs collègues. Dans l'ensemble, ces expériences vécues ont été identifiées par les infirmières participantes comme des formes de réprimandes qui, bien qu'elles prenaient parfois place dans la sphère privée, ont toutes eu des impacts dans la sphère publique du microcosme des unités de soins. Dans certains cas, ces expériences vécues nous ont été présentées comme des formes de représailles à des actes de résistance. Dans d'autres, nous n'avons pas été mis au fait des raisons qui auraient pu justifier une réprimande. Des participantes nous ont révélé que ces réprimandes ont pour effet recherché le muselage des infirmières soignantes qui en ont été l'objet ou qui en ont été témoin.

Plusieurs infirmières participantes nous ont fait part de situations où elles-mêmes ou leurs collègues ont été confrontées en public par leurs supérieurs. Certains témoignages sont plus frappants que d'autres, par exemple, cette situation révélée par Laurier (032EI), alors qu'il venait de faire allusion à différentes formes de harcèlement de la part d'une AIC :

ça, du harcèlement, est-ce que vous considérez qu'il y en a beaucoup sur les unités?
(Chercheur)

Il y en a énormément. (Laurier, 032EI)

Oui? (Chercheur)

Sur mon département, oui. Entre l'AIC et le personnel, énormément. J'ai vu...
(Laurier, 032EI)

Spécifiquement, cette infirmière-là? (Chercheur)

Spécifiquement cette infirmière-là [...], je l'ai vue à un moment donné tellement picosser une infirmière que, cette infirmière-là est tombée par terre sur le plancher en pleurant et même vomir. Ça, je l'ai vu. Deux semaines après, elle s'est essayée avec moi. Je peux vous dire qu'elle est tombée deuxième. Ça a pas marché. (Laurier, 032EI)

Même si, comme Laurier (032EI), plusieurs participantes nous ont confié avoir été témoin de situations similaires dans le cadre de leur travail ou nous ont confié les avoir elles-mêmes vécues, peu d'entre elles nous ont spécifiquement indiqué que ces actions étaient délibérément

mises en place pour provoquer un sentiment de peur chez les infirmières soignantes, une peur qui les amènerait à modifier leur conduite. C'est ce que Martha (054EG2) nous a confié dans le cadre du deuxième groupe de discussion :

on était en négociation et [...], dans nos impressions, on avait marqué comme de quoi que l'on se retirait des différents comités. Je suis allée voir ma chef de service pour lui dire : « ben là, regarde je me retire de façon temporaire du comité de l'organisation de travail parce qu'on est en négociation, c'est un moyen de pression. » Elle s'est mise à me crier après devant tout le monde [...], pis les baguettes en l'air. J'ai dit : « mon dieu, elle est donc ben crinquée, c'est quoi son problème? » Je suis restée calme [mais] qu'est-ce que tu penses que c'a donné comme exemple aux autres? Les gens rampaient [...], ils avaient peur d'elle. Comprends-tu? (Martha, 054EG2)

La situation rapportée par Martha (054EG2) est éloquent et montre tout l'impact que de telles confrontations publiques peuvent avoir sur les infirmières soignantes, bien que ce récit ne précise pas spécifiquement si ces confrontations publiques se produisent notamment pour générer délibérément la peur chez les infirmières soignantes. Linda (030EI) a été la participante qui nous a indiqué le plus explicitement que des actions seraient expressément mises en place pour faire peur aux infirmières soignantes, pour leur indiquer clairement ce qui arrive à celles qui prennent position, à « *celles qui se donnent le droit de parler* ».

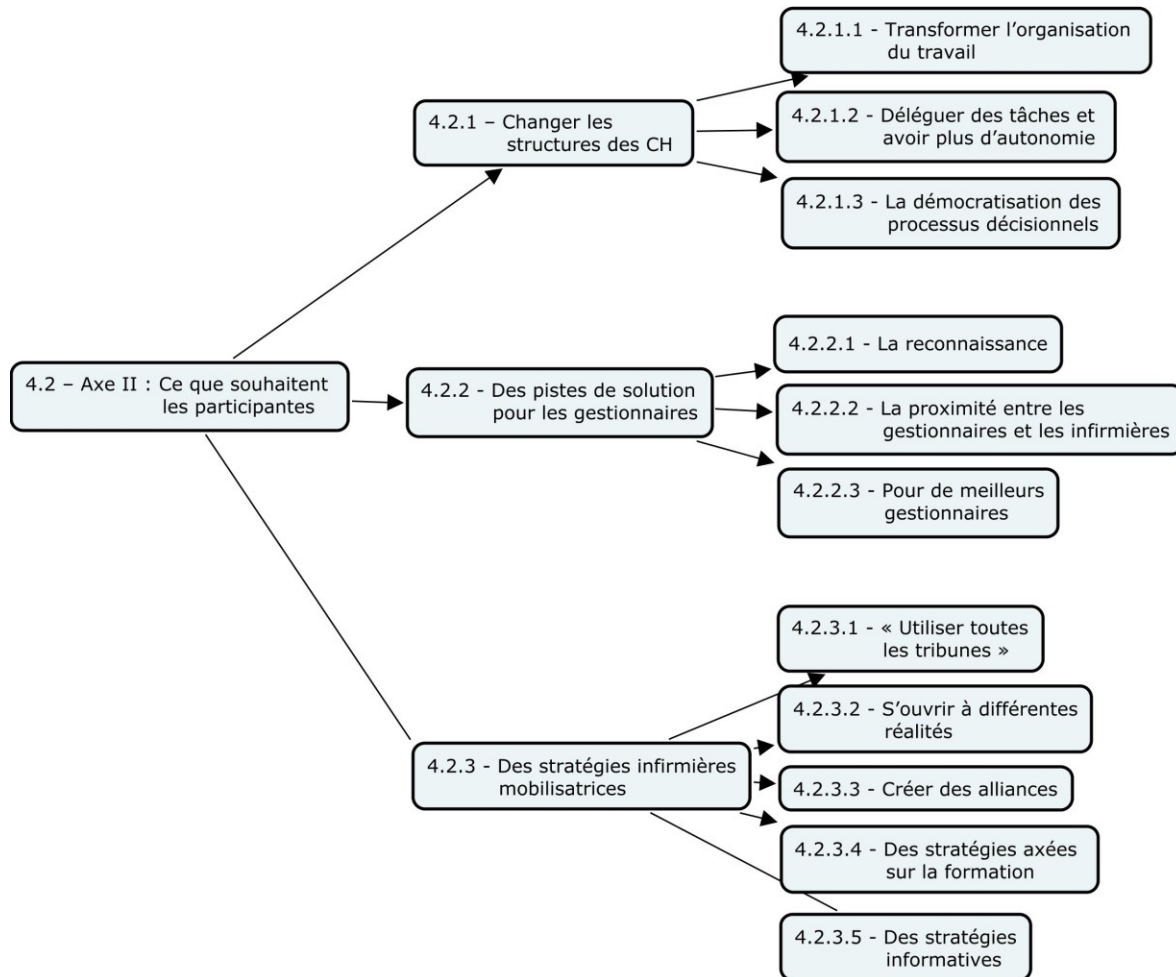
Moi, quand j'ai revendiqué et que j'ai eu ma suspension⁸⁰, ils se sont dit : « on va [lui] faire peur! Hey, Linda c'est la fille qui brasse la marde, d'habitude, c'est celle qui revendique et qui veut faire avancer les choses. Ouais, r'garde on va la suspendre. Elle va faire le message autour d'elle et les filles vont s'écraser. » On marche par la peur et on marche par la menace. Mais, [...] la menace n'est plus qu'une menace et on passe à l'acte. Et, [...] c'est pour ça aussi que les filles ne veulent pas se mobiliser, parce qu'elles ont peur. (Linda, 030EI)

Ce serait, pour Linda (030EI), dans le but de provoquer la normalisation des comportements des infirmières soignantes et, notamment, pour les faire taire, que certaines sanctions sont parfois appliquées à l'endroit de celles-ci, que l'on miserait sur la peur. Dans la situation rapportée par Linda (030EI), il n'est pas question de confrontation publique, du moins au sens propre, comme pour ce qui est des situations qui ont été rapportées par Laurier (032EI), Martha (054EG2) et différentes participantes, qui nous ont d'ailleurs indiqué que ces

⁸⁰ Linda (030EI) a été suspendue à son travail parce qu'elle a dit à une infirmière coordonnatrice qui voulait l'obliger à faire du TSO d'enfiler un uniforme et de remplacer elle-même l'infirmière manquante.

confrontations publiques sont aussi largement utilisées pour « *casser les jeunes infirmières* » afin qu'elles sachent pertinemment ce qu'elles n'ont pas le droit de faire ou de dire. Pourtant, les finalités de l'action coercitive décrite par Linda (030EI) sont étrangement similaires à celles des confrontations publiques, si l'on se fie à son témoignage. Effectivement, même si ce n'est pas en public que Linda (030EI) a été suspendue, tout compte fait, les répercussions de cette action coercitive ne se limitent pas à la sphère privée. D'après Linda (030EI), les gestionnaires seraient d'ailleurs bien conscients qu'une unité de soins consiste en un microcosme où tout ou presque finit par se savoir. Ils sauraient donc pertinemment que les sanctions infligées aux infirmières dissidentes seront largement diffusées au sein des unités de soins, et même au-delà de ces lieux, ce fait étant d'ailleurs présent dans le témoignage de Linda (030EI) : « *on va la suspendre. Elle va faire le message autour d'elle et les filles vont s'écraser* ».

4.2 - Axe II : Ce que souhaitent les participantes



Comme nous l'avons indiqué précédemment, dans le cadre de chaque entrevue que nous avons réalisée, qu'il s'agisse d'entrevue individuelle ou de groupe, nous avons tout d'abord demandé aux infirmières participantes de nous décrire leurs expériences vécues au quotidien relativement aux conditions d'exercice dans lesquelles elles évoluent au sein des CH. À cette étape, les participantes ont, pour la plupart, adopté une posture d'indignées et ont aisément décrit une multitude de phénomènes à dominante négative, lesquels ont été abordés sous le premier des trois axes thématiques qui composent le présent chapitre. Par la suite, lors du deuxième temps de notre questionnement, nous nous sommes enquis de ce qui serait

souhaitable⁸¹, à leur avis, au regard de la conjoncture qu'elles avaient préalablement décrite, et ce, en nous efforçant, par nos questions, de déplacer leur regard sur un autre monde possible au travail, un monde meilleur. À cette étape, c'est un peu comme si nous avions proposé aux participantes de s'immerger dans « une démarche de recomposition plus égalitaire des rapports sociaux » (Lamoureux, 2013, p. 60) qui prévalent au sein des CH, une démarche réflexive et praxéologique, à travers laquelle elles en sont notamment arrivées à se demander dans quel sens elles aimeraient qu'un accroissement des libertés infirmières advienne.

Cette deuxième étape de notre questionnement fut certainement plus exigeante pour les infirmières participantes, entre autres parce qu'on leur demandait implicitement de se projeter dans le futur, de prioriser certains souhaits par rapport à d'autres, en plus de tenir compte de la faisabilité de ces derniers⁸². Ainsi, lorsque nous constatons que des participantes hésitaient à se prononcer parce qu'elles considéraient leurs souhaits comme étant utopiques ou irréalisables, nous leur avons demandé ce qu'elles feraient en priorité si elles bénéficiaient de ressources infinies, qu'il s'agisse de ressources financières, matérielles ou humaines. Le niveau de réflexion demandé est, certes, demeuré élevé comparativement au premier temps de notre questionnement, mais notre stratégie a permis à ces participantes de nous faire part de leurs souhaits les plus profonds sans qu'elles aient à s'arrêter aux diverses contraintes associées à l'opérationnalisation des idées qu'elles nous ont communiquées.

À travers le processus qui a mené à la rédaction de cette section, nous avons répertorié, à partir des données recueillies, tout ce que les participantes nous ont indiqué comme étant

⁸¹ Le discours des infirmières a ainsi pris une tournure politique parce que, comme le rappelle Lamoureux (2013), c'est sur le possible et le souhaitable que porte essentiellement le politique.

⁸² Ce que les participantes ont identifié comme étant souhaitable au regard de leurs conditions d'exercice découle d'un processus réflexif subjectif et complexe qui ne constitue pas une répétition inversée de ce qui a été consigné sous le premier axe thématique, et ce, même s'il existe un lien très fort entre les thèmes regroupés sous ce premier axe et ceux qui ont été regroupés sous le deuxième. Ce que les infirmières participantes ont identifié comme étant souhaitable est tributaire d'une multitude de facteurs sur lesquels nous ne pouvons malheureusement que spéculer. Par exemple, nous croyons que l'idéologie dominante a une très grande influence sur ce que les participantes se permettent de souhaiter ou croient avoir la possibilité de souhaiter, et ce, parce qu'elles en ont tout simplement assimilé les préceptes. Ainsi, même si la presque totalité des infirmières interviewées ont souligné, parfois même violemment, le caractère inhumain de certaines pratiques comme le TSO, seulement certaines d'entre elles nous ont clairement indiqué qu'elles souhaitent que cette pratique soit éradiquée. Nous reviendrons, dans le cadre du cinquième chapitre de cette thèse, sur les différentes raisons qui auraient pu justifier ce non-sens apparent. Nous croyons que les participantes n'ont pas eu tendance à se positionner en ce sens parce qu'elles ont de la difficulté à envisager leur réalité sans le TSO qui, à leurs yeux, fait maintenant partie intégrante de l'exercice de la profession infirmière en CH.

*souhaitable*⁸³ dans la conjoncture actuelle des conditions d'exercice de la profession infirmière en CH. Parmi ces éléments figuraient différentes idées ou propositions qui, dépendamment du moment de leur statut d'émergence, étaient plus ou moins élaborées. Ainsi, lorsque ces idées ou propositions avaient pris forme dans l'immédiateté des entrevues que nous avons réalisées, c'est-à-dire à travers la réflexivité et le processus de conscientisation permis par le dialogue qui y prenait place, elles étaient nécessairement moins élaborées. Par contre, lorsqu'elles étaient issues de réflexions antérieures aux entrevues, ces idées ou propositions se sont révélées mieux développées, voir « opérationnalisables »⁸⁴. D'ailleurs, les participantes nous ont souvent fait part de ces idées ou propositions comme s'il s'agissait de plans d'actions qu'elles souhaiteraient voir mis en place, notamment de façon à ce que les infirmières soignantes se mobilisent et se solidarisent davantage, se conscientisent politiquement et défendent plus ardemment leurs intérêts et différents objectifs concourant à l'amélioration des conditions d'exercice. Comme nous le verrons subséquentement, nous avons identifié ces éléments sous les vocables de *pistes de solution* ou de *stratégies infirmières*. Les données ainsi recueillies ont pu être regroupées sous trois grands thèmes : les changements souhaités relatifs aux structures des CH, les pistes de solution pour les gestionnaires des institutions hospitalières et les stratégies infirmières présentant des attributs mobilisateurs.

4.2.1 - Changer les structures des CH

Dans le cadre de cette étude, plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué souhaiter que différents changements structuraux soient mis de l'avant dans les CH québécois. À leur avis, ces changements seraient susceptibles de provoquer l'amélioration des conditions

⁸³ Les infirmières participantes devaient nous indiquer clairement ce qu'elles souhaitaient, afin que nous prenions compte de leurs dires. Nous n'avons ainsi déduit aucun de ces souhaits.

⁸⁴ Il est éminemment difficile de déterminer le statut d'émergence d'une idée ou d'une proposition formulée, mais certaines participantes ont souligné, dans le cadre des entrevues qu'elles nous ont accordées, qu'elles réfléchissaient pour la première fois aux idées ou propositions dont elles nous ont fait part, confirmant ainsi ce statut des souhaits exprimés. Par ailleurs, certaines des idées ou propositions énoncées par des participantes étaient issues de réflexions antérieures à celles qui ont eu lieu dans le cadre des entrevues. Le plus souvent, nous en avons été informés parce que les participantes soulignaient qu'elles avaient, dans le passé, discuté de ces éléments avec leurs collègues infirmières.

d'exercice au sein desquelles elles évoluent. Certains de ces changements visent à provoquer la réduction de la charge de travail des infirmières soignantes, à leur donner la possibilité de soigner comme elles aimeraient pouvoir le faire ou à bénéficier d'une plus grande autodétermination. Nous nous sommes efforcés de regrouper l'essentiel des idées que les participantes ont émises relativement aux divers changements structureaux qu'elles souhaitent voir advenir sous les thèmes de l'organisation du travail, de l'autonomie professionnelle et de la démocratisation des processus décisionnels.

4.2.1.1 - Transformer l'organisation du travail

De nombreux éléments relatifs à l'organisation du travail ont été soulevés par les infirmières soignantes qui ont participé à notre étude. Dans plusieurs cas, des participantes ont fait allusion aux structures de l'organisation du travail dans les CH, en les décrivant comme désuètes et en expliquant en quoi celles-ci posent problème⁸⁵. Des participantes ont également énoncé certains des changements qu'elles aimeraient voir advenir en ce qui a trait à l'organisation du travail dans les institutions hospitalières. C'est plus particulièrement de ces changements souhaités par des participantes dont il sera question sous le présent grand thème. Parmi les changements à l'organisation du travail qui, parfois, nous ont été présentés comme des stratégies pouvant être mises de l'avant dans les CH, la modification des ratios infirmière/patients est celui qui est revenu le plus souvent dans les échanges. La prévision plus adéquate des effectifs nécessaires au bon déroulement des activités des unités de soins a été identifiée par plusieurs participantes comme étant souhaitable, et ce, au même titre que le fait d'organiser le travail des infirmières soignantes de façon à ce qu'elles puissent donner des *soins plus humains* à partir de *conditions d'exercice* qui seraient également *plus humaines*. Des infirmières participantes ont aussi suggéré de transformer les structures administratives des CH, notamment pour mettre un terme à certaines formes de gaspillage et pour circonscrire des problèmes liés à la productivité des gestionnaires et des infirmières.

⁸⁵ Il est plus particulièrement question de cette désuétude de l'organisation du travail dans la section de ce chapitre consacré à *ce qu'il en est* des conditions d'exercice de la profession infirmière en CH.

4.2.1.1.1 - Modifier le ratio infirmières/patient

Comme nous l'avons rapporté dans la section de ce chapitre consacré à la surcharge, la forte tendance des gestionnaires des institutions hospitalières à vouloir éviter les surplus, pour ainsi réaliser des économies, amène souvent ceux-ci à sous-évaluer les besoins de main-d'œuvre au sein des unités de soins, à ne pas remplacer les infirmières soignantes qui s'absentent et à n'octroyer qu'un minimum de postes à temps plein. D'après plusieurs participantes, cette pratique aurait pour effet d'augmenter le nombre de patients dont chaque infirmière soignante a la responsabilité, ce que certaines d'entre elles nomment le *ratio infirmière/patients*. De façon à mettre un terme à la surcharge dans laquelle elles évoluent et à avoir la possibilité de jouer pleinement leur rôle d'infirmières soignantes, des participantes souhaitent que les structures de l'organisation du travail des institutions hospitalières changent, en insistant notamment sur l'importance de revoir le ratio infirmière/patients.

S'il pouvait y avoir un peu un changement de la structure [...], changer les ratios pour permettre à l'infirmière de vraiment pouvoir remplir son rôle au complet. [Elle] donnerait de l'information, de l'enseignement au patient, à la famille [...], [elle pourrait] avoir le temps de faire ses documentations [...]. [On pourrait travailler] comme on a été formées pour le faire [parce que], non, on n'a pas le temps. (Yuan, 041EI)

Sans nécessairement faire référence aux ratios infirmière/patients comme l'ont fait Yuan (041EI), Charles (036EI) et Sylvain (043EI), des participantes comme Isabelle (027EI), Fatima (033EI) et Fabienne (053EG1) ont pour leur part indiqué qu'elles aimeraient que plus d'infirmières soignantes soient déployées au sein de chaque unité de soins : « *on veut avoir le temps de faire notre ouvrage. Il faut qu'on soit en nombre suffisant* » (Fabienne, 053EG1). Il s'agit, selon nous, d'une autre façon d'exprimer le même souhait, à savoir que la charge de travail des infirmières soignantes soit considérablement réduite.

Moi, je veux quelqu'un qui rentre, je veux une collègue. Je ne veux pas avoir huit patients en commençant mon shift, des patients décompensés, agressifs [...]. Ça n'a pas de bon sens, je ne peux pas exercer mon travail dans ces conditions-là! (Isabelle, 027EI)

Pour ces participantes, le fait d'augmenter le nombre d'infirmières soignantes au sein des unités de soins a directement pour effet de réduire le nombre de patients dont chaque infirmière a la responsabilité, le ratio infirmière/patients devenant dès lors plus acceptable.

4.2.1.1.2 - Prévoir les effectifs infirmiers à long terme

De point de vue de Michel (037EI), les structures de l'organisation du travail doivent absolument être repensées, de façon à ce qu'un nombre suffisant d'infirmières évolue au sein de chacune des unités de soins des CH :

ça [prend une] prévision à long terme des effectifs. On sait que, dans une semaine, il va manquer du monde. [Il y a] deux fonctionnements à l'hôpital, là : on a des autogestions, [soit] le personnel en place qui peut être appelé à combler ces trous-là puis, ensuite, à plus court terme, la liste de rappel. Mais la liste de rappel n'est jamais employée une semaine à l'avance, même si on sait qu'avec l'autogestion, il y a un trou. Ils essaient d'attendre à la dernière minute pour être sûrs qu'il n'y ait pas quelqu'un qui se rajoute [sur l'unité qui est en déficit de personnel]. Est-ce que de planifier à l'avance coûterait si cher [plutôt] que de se ramasser à avoir du TS ou de fonctionner avec une équipe réduite, mais avec une charge alourdie? Ça revient peut-être moins cher, mais, [...] ça amène un fardeau sur l'équipe, qui va leur coûter plus cher [...], parce qu'il va y avoir de l'épuisement professionnel. (Michel, 037EI)

Les problèmes managériaux auxquels Michel (037EI) fait référence sont inhérents aux structures du fonctionnement de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux. Comme nous l'avons vu précédemment⁸⁶, nombreuses ont été les infirmières participantes à avoir souligné que les gestionnaires des CH veulent à tout prix éviter que des unités de soins se retrouvent en *surplus* de main-d'œuvre. Au-delà de cette crainte des surplus, les données que nous avons recueillies décrivent un phénomène managérial encore plus radical. Du point de vue de Michel (037EI), il n'y a aucun doute, les gestionnaires qui sont responsables de la répartition des effectifs ne veulent pas uniquement éviter les surplus de main-d'œuvre, ils utilisent des stratégies managériales qui visent explicitement à créer des déficits en ressources humaines infirmières au sein des unités de soins, et ce, de façon à réaliser des économies en salaires aux dépens des infirmières soignantes qui pallient ces déficits en effectifs en

⁸⁶ Se référer aux extraits de *verbatim* d'Isabelle (027EI), Suzanne (042EI), Fabienne (053EG1), Édith (052EG1) et Catherine (050EG1) dans la section de ce chapitre consacré à la surcharge.

augmentant leur cadence de travail. Michel (037EI) propose ainsi que l'on mise sur une « *prévision à long terme des effectifs* », et ce, parce qu'il croit que les gestionnaires disposent des ressources nécessaires pour s'assurer que les unités de soins ne fonctionneront pas à « *équipes réduites* ».

4.2.1.1.3 - *Respecter la continuité des soins*

Toujours du point de vue de Michel (037EI), la prévision à long terme des effectifs à partir des ressources humaines disponibles au sein de « *l'équipe volante* » doit elle-même être faite selon un principe de base de l'organisation du travail dans les CH : « *respecter la continuité des soins en mettant, le plus possible, la même infirmière à la même place* » (Julie, 039EI).

Les équipes volantes aiment ça voler mais [...], si deux et trois jours d'affilée [...], elles peuvent être à la même place, elles ne diront pas non [...]. Les gens sont tannés [...] de se faire changer de place à tous les jours [...], c'est un élément majeur. J'ai eu des exemples que je sais qu'ils auraient pu [...] remettre la même personne quelques jours d'affilée [au même endroit] et pis, non, [...] elles vont travailler deux jours et les coller sur deux départements différents [...], juste parce que la personne n'a pas regardé dans sa gestion. Est-ce qu'ils nous estiment encore comme étant une personne? Je pense que ça [démontre que] la personne est un peu [...] comme un numéro [et] ça vient [...] réduire la qualité des soins parce qu'on perd du suivi. (Michel, 037EI)

Comme Michel (037EI), Suzanne (042EI) propose également de miser sur une plus grande stabilité au sein des équipes de soins mais, contrairement à Michel (037EI), elle suggère que les gestionnaires cessent de se fier à « *l'équipe volante* » et qu'ils rendent disponible plus de postes permanents à partir desquels les infirmières soignantes ne seraient attirées qu'à une seule unité de soins :

c'est sûr que, l'idéal, c'est d'avoir [...] des équipes stables. Parce que là, [...] c'est la mode des équipes volantes, parce que les employeurs ne veulent pas payer de surplus. Ce qui fait qu'ils forment les gens un peu partout. On n'a plus d'équipes stables, [alors il faut] restabiliser nos équipes. (Suzanne, 042EI)

Dans l'ensemble, les données que nous avons recueillies suggèrent que de nombreuses infirmières participantes dénoncent cette forte tendance de l'organisation du travail au sein des

CH dans laquelle l'équipe volante est, à toutes fins pratiques, devenue le principal outil sur lequel les gestionnaires misent pour combler des déficits en effectifs infirmiers qui, en amont, pourraient être facilement comblés par une planification stratégique et à long terme des besoins en ressources humaines.

4.2.1.1.4 - Éliminer la main-d'œuvre indépendante

La suggestion d'Isabelle (027EI), Louise (044EI) et Josée (035EI) de ne plus miser sur une main-d'œuvre indépendante au sein des CH permettrait également de stabiliser davantage les équipes de soins, en plus d'éliminer certaines injustices relatives à l'organisation du travail. Selon Josée (035EI) :

si [...] on élimine les agences [de placement], on [améliore] les conditions de travail. [L]es gens [d]es agences [...] font un peu leur horaire comme qu'ils veulent, souvent au détriment même des gens sur le département, dans le sens que l'agence, elle dit : « ah moi, je suis disponible de jour. » Le chef : « ah ben, elle, elle peut rentrer le jour. Ben toi, tu vas être de soir ou toi, tu vas être de nuit. » Ça détériore [les conditions des infirmières en place] et, si on peut enlever ces agences-là de santé et que l'on recrute ces gens-là dans le public, ben, déjà là, notre pénurie est pas mal moins grande, là. Ça fait qu'on peut arriver à une meilleure gestion de notre personnel aussi. (Josée, 035EI)

Pour Josée (035EI), l'élimination du recours à la main-d'œuvre indépendante dans les CH n'est pas seulement garante d'une plus grande stabilité des équipes de soins, elle est également de nature à améliorer les conditions d'exercice d'infirmières soignantes qui subiraient les effets délétères de privilèges accordés aux infirmières d'agence. D'après Josée (035EI), la qualité des soins serait également améliorée si le souhait qu'elle formule devenait réalité, et ce, entre autres parce qu'elle croit qu'un retour massif des infirmières d'agence dans le système public aurait pour effet d'amoindrir la pénurie et, donc, de réduire la charge de travail dans ces milieux, ce qui amènerait les infirmières soignantes à bénéficier de plus de temps pour offrir de meilleurs soins.

4.2.1.1.5 - Humaniser les soins et les conditions d'exercice

S'il souhaite, comme la vaste majorité des participantes, que l'on réduise la charge de travail des infirmières soignantes, Laurier (032EI) suggère de transformer les structures de

l'organisation du travail infirmier de façon à ce que les infirmières soignantes puissent renouer avec le plaisir de travailler et avoir la possibilité d'offrir des *soins plus humains* :

une moins grande charge. Je pense que ça, ça réglerait un bon bout du problème. [Parce que] tu t'écœures de ta profession. Quand ça fait des années, ton écœurite, elle devient aiguë en maudit. Puis, tu vas à la job pour gagner ta paye, point. Tu n'as plus aucun intérêt. La flamme s'éteint. Ce qui fait que c'est ça de décharger un peu les infirmières pour qu'elles donnent des soins adéquats. Comme je dis des tender loving care, c'est pas juste : « prends sa pression et, ok, 120 sur 80, pis bonjour, correct. » Non, non, non, c'est d'avoir le temps [...] de prodiguer des bons soins. Pas des soins de chaîne de montage, comme moi, j'appelle, t'sais, au next, suivant! (Laurier, 032EI)

Agnès (048EI) abonde dans le même sens que Laurier (032EI) et souhaiterait que les infirmières soignantes aient la possibilité de donner des soins plus humains dans un système de santé qui le serait également. Celle-ci insiste d'ailleurs sur ce qui s'est révélé être le dénominateur commun de nombreux témoignages de participantes, à savoir l'importance, pour les infirmières soignantes de pouvoir bénéficier de suffisamment de temps pour *prendre soin* des patients convenablement :

[on veut] l'humanisation du système [...]. D'être capable d'avoir le temps de faire notre caring comme on a appris [...] et comme on aime à le faire pour s'en aller chez nous en se disant : « hey, j'ai fait ma job! » Pis [...], la petite grand-maman qui nous demande un verre de glace, parce qu'elle a la bouche sèche, qu'elle ne me tombe pas sur les nerfs, parce qu'elle défait toute mon horaire de la journée [...]. Et j'imagine tout ce qui découle de ça [...]. On veut de l'humanisation [pour] nous [...], dans notre travail et aussi pour les gens qui sont couchés dans le lit. (Agnès, 048EG1)

Dans le cadre de cette étude, lorsqu'il fut question d'humanisation à travers leur discours, plusieurs participantes ont eu tendance à aborder la nécessité de donner des soins plus humains aux patients. Pour leur part, tant Louise (044EI), Fabienne (053EG1), Laurier (032EI) qu'Agnès (048EG1) se sont éloignés de cette tendance à ne penser l'humanisation que du point de vue des soins donnés aux patients et ont également souligné l'importance d'humaniser les conditions d'exercice au sein desquelles les infirmières soignantes évoluent. Loin d'être la seule participante à avoir émis une critique de la société à partir d'un point de vue que l'on pourrait qualifier de macrosociologique, Louise (044EI) a toutefois été une des seules infirmières participantes à penser l'humanisation d'un point de vue sociétal. L'extrait

qui suit expose une réflexion critique qui transcende le microcosme du CH où Louise (044EI) indique souhaiter l'avènement d'un monde commun beaucoup plus humaniste :

on dirait que juste ce qui a du bon sens [...] n'a plus de valeur [...], c'est des mouvements plus marginaux, t'sais, la simplicité volontaire, le commerce équitable. Mais pourquoi que tout le commerce ne serait pas équitable? Pourquoi juste le chocolat et les cafés [...], pourquoi pas les voitures [...] et le pétrole équitable? Pourquoi ce serait en soi pervers, dans le sens où il est quasi automatiquement abusé et spéculatif? Pourquoi une économie capitaliste? Pourquoi les moyens de production et les ressources naturelles n'appartiennent pas à tout un peuple, à tous les peuples? [Riccardo] Petrella se bat pour faire de l'eau [...] un bien [...] pour l'humanité. Pourquoi qu'on commercialiserait ces choses-là? Ce sont des questions fondamentales, mais que notre société occidentale ou libérale et capitaliste et patriarcale encore dans plusieurs aspects, et racistes aussi [...], fait en sorte qu'on n'arrive pas à atteindre des objectifs qui seraient pourtant la norme du vivre-ensemble. C'est sûr que c'est idéaliste en particulier. Mais ça ne le sera pas dans quelques années. Ça va devenir la réalité et je l'espère. (Louise, 044EI)

Comme nombre d'infirmières participantes que nous avons citées jusqu'à présent, Louise (044EI) suggère, elle aussi, de transformer les structures de l'organisation du travail infirmier dans les CH. Elle émet cette suggestion, de façon à ce que les infirmières soignantes aient la possibilité, mais également le désir, de développer une relation plus humaine avec les patients :

[il faut] voir la personne de façon un petit peu plus globale, [et] humaniste [...], un peu comme le dit Servan-Schreiber dans Guérir [...]. Il dit comment la relation humaine est fondamentale dans le domaine de la santé [...] et que si on ne lui accorde pas d'importance, on devient des techniciens [...] qui ne peuvent pas faire leur travail pleinement. Travailler avec l'être humain, ce n'est pas de travailler avec un objet. [Alors,] moi, je dirais d'investir davantage la question de la relation avec les patients, soit en diminuant la charge de travail, soit en organisant différemment le partage des tâches des infirmières [et] en donnant plus de formation continue, [...] qu'on sente qu'on progresse, à la fois dans l'appropriation des connaissances qui évoluent constamment, pis [dans] la capacité [...] relationnelle. Parce que, ça s'apprend aussi, à développer une capacité relationnelle avec les patients. (Louise, 044EI)

Du point de vue de Louise (044EI), ce sont les infirmières qui doivent « *investir [cette] question de la relation avec les patients* ». Ce sont elles qui doivent en faire un enjeu important aux yeux des décideurs, surtout si elles sont convaincues de toute la pertinence de

prendre soin des personnes de façon « *humaniste* ». Pourtant, comme nous l'avons rapporté dans la section de ce chapitre consacré à la surcharge, de l'avis de Louise (044EI), toutes les infirmières soignantes ne sont pas nécessairement disposées à développer une relation plus approfondie avec les patients dont elles ont la responsabilité. Louise (044EI) souhaite ainsi que les infirmières bénéficient de formations dans le cadre desquelles elles pourraient « *développer leur capacité à entrer en relation avec les patients* » en plus d'avoir la possibilité de s'informer, notamment quant à l'importance fondamentale de « *la relation humaine [...] dans le domaine de la santé* ». En résumé, du point de vue de Louise (044EI), tant que la charge de travail des infirmières ne sera pas considérablement réduite ou que l'organisation du travail ne sera pas faite différemment, il sera, à toutes fins pratiques, impossible pour les infirmières soignantes d'entrer en relation avec les patients.

4.2.1.1.6 - Assouplir et alléger les structures administratives

À travers le commentaire dans lequel elle explique certaines des contraintes vécues par les infirmières soignantes au sein des CH, Louise (044EI) propose également d'assouplir les structures qui sont inhérentes à ces institutions⁸⁷ :

s'il y avait une souplesse plus grande, [...] par exemple, [...] je voudrais travailler tel samedi puis, mon collègue serait prêt à me remplacer, etc. Mais [...] il faut que tu le fasses à l'intérieur du 15 jours de ta paie et tu ne t'en sors pas, alors que ce serait infiniment facile de faire ça. Le choix des vacances sur une base volontaire, etc. [...] Une souplesse [comme il y a dans les] petites organisations à taille humaine pourrait [...] rendre le climat de travail plus intéressant [...]. Ce que l'on avait voulu mettre en place [...] à la clinique [où je travaillais], c'est un autre type d'institution beaucoup plus convivial, [...] où les relations sont plus égalitaires et où tu as le moins de bureaucratie possible, où la personne qui rentre est capable de parler au directeur dans la journée même. Ce type de circulation de l'information, pis de partage [...] des savoirs [...]. Dès que tu dépasses une certaine taille dans les institutions, t'es [...] mis face à des contraintes, des structures, des hiérarchies [...] et, donc, tu embarques dans cette logique-là [...] de guerre de pouvoir, de bris dans la chaîne de l'information [...].

⁸⁷ Josée (035EI) n'est pas la seule à avoir été critique de la complexité des structures hospitalières, en indiquant que les demandes des infirmières se perdent dans des dédales administratifs. Notons la critique de Serge (063EI) en ce qui a trait au rachat de contrats d'infirmières d'agence, celle de Dominic (038EI), qui indique ne pas être consulté, ni informé, lorsque des changements surviennent au sein de l'unité où il exerce, de même que celles de nombreuses autres infirmières participantes, dont Louise (044EI).

Souvent, tu entends dire : « je n'étais pas au courant. » Il faut que tu lises ça sur les tableaux [...]. C'est lié aux structures institutionnelles [...], pas aux individus. (Louise, 044EI)

Louise (044EI) poursuit, en soulignant qu'il est possible de transformer les structures des CH :

rendre un hôpital convivial, il faut le faire, t'sais, (rires), [mais] il y a des départements [...] qui y arrivent un peu plus. T'sais, la coordonnatrice nous dit toujours quand elle vient au [3]^e : « ah, c'est sympathique! » Tu sens que c'est chaleureux. On se fait des soupers, une fois par mois [...] et on sort toutes ensemble [...]. Bon, ça, ça crée des liens un peu, etc. Donc, on ne peut jamais dire, où qu'on soit, qu'on n'est juste opprimé par les structures dans lesquelles on est. On est à la fois opprimé, mais on est aussi capable et responsable de faire changer la situation. (Louise, 044EI)

D'après Louise (044EI), l'assouplissement des structures hospitalières ouvrirait la porte à de meilleures conditions d'exercice pour les infirmières soignantes. Grâce à cet assouplissement, celles-ci pourraient bénéficier d'un « *climat de travail plus intéressant* ». Si, dès que les institutions hospitalières atteignent une certaine taille, on voit apparaître « *des contraintes, des structures, des hiérarchies, des pouvoirs* » qui concourent à l'oppression des infirmières soignantes, la capacité et la responsabilité « *de faire changer la situation* » demeurent, pour Louise (044EI), l'apanage prioritaire des infirmières. Les infirmières devraient notamment⁸⁸ s'efforcer de créer des liens entre elles et ainsi rendre l'*institution hospitalière plus humaine*.

Comme Louise (044EI), Josée s'est faite très critique de la lourdeur des structures qui sont inhérentes aux institutions hospitalières. Si Louise (044EI) souhaite l'assouplissement de ces structures, afin que les infirmières soignantes puissent bénéficier d'un « *climat de travail plus intéressant* », Josée (035EI) propose que l'on *allège* les structures administratives des institutions hospitalières, parce que, à son avis, cela permettrait de réaliser des économies substantielles en plus de favoriser la prise en compte « *des pistes de solution [et] des demandes* » des infirmières soignantes :

⁸⁸ Bien qu'elle souligne la capacité des infirmières soignantes de provoquer des changements au sein du microcosme des unités de soins, en organisant par exemple des sorties entre collègues, Louise (044EI) affirme sans équivoque que des revendications plus larges – par exemple, une demande formelle pour l'assouplissement des structures d'un établissement hospitalier – doivent nécessairement être portées « *sur la place publique, [et que c'est par] des actions directes [comme] des occupations [...], des campements [et des] interventions [ciblées]* » que cela doit être fait dans la conjoncture actuelle.

dans un gros CH], t'sais [...], l'administration est plus lourde et [il y a] plusieurs chefs d'unités qui ont, [eux aussi], un supérieur. Ça fait que [...], quand on amène [...] des pistes de solutions, des demandes, ben, je pense que ça se perd [...] un moment donné, dans la hiérarchie [...]. C'est [...] beaucoup de paliers [...], t'sais, on pourrait restructurer autrement, là... Des fois tu dis : « mon dieu, la job est comme dédoublée, pis même peut-être triplée, pis ce qui fait que c'est des salaires... » On pourrait, t'sais, mettre l'argent ailleurs et ce serait peut-être plus efficace. (Josée, 035EI)

Le « *dédoublement de la job* » dont Josée (035EI) parle est spécifiquement relatif aux responsabilités des gestionnaires qui se chevauchent, entraînant une perte de productivité administrative dans les CH. Comme Julie (039EI) l'a également souligné dans le cadre de l'entrevue qu'elle nous a accordée, il apparaît que les structures hospitalières amènent également d'autres intervenants de la santé à travailler en doublon et, de son point de vue, les infirmières font partie de ces intervenants. Pour justifier cette affirmation, Julie (039EI) fait plus particulièrement référence à l'embauche d'une travailleuse sociale, ce qui, techniquement, devait réduire sa charge de travail à titre d'infirmière de liaison. Comme Julie (039EI) l'explique, cela a plutôt provoqué un chevauchement de leurs tâches respectives qui, à son sens, n'a pas sa place dans les CH : « *on intervient [...] en double, [...]. T'sais, dans le fond, c'est tout le temps doublé le travail, tout le temps...* » D'autres participantes nous ont également révélé avoir souvent l'impression de travailler en double, notamment lors de la rédaction des notes aux dossiers, une activité pour laquelle elles souhaiteraient investir moins de temps.

Comme nous l'avons vu dans la section de ce chapitre consacré à la surcharge, plus de la moitié des participantes ont souligné devoir passer trop de temps à compléter des formulaires ou à rédiger des notes au dossier du patient. Des participants comme Philippe (045EI) ont même fait référence à une « *surcharge administrative* » inhérente à l'exercice de la profession infirmière. Parmi ces participantes, Laurier (032EI), Monique (034EI) Josée (035EI), Yuan (041EI) et Philippe (045EI) abondent dans le même sens que Linda (030EI) ,qui précise qu'elle souhaite « *ne pas avoir à remplir dix milles paperasses* » dans le cadre de son travail. Du point de vue de Laurier (032EI), cela permettrait, entre autres, de réduire la charge de travail des infirmières soignantes : « *pour que les choses tournent bien et*

rondement. Pour alléger la tâche des infirmières, [il faut] arrêter de faire de la paperasse inutile, en duplicata et tout ce qu'on veut » (Laurier, 032EI).

4.2.1.2 - Déléguer des tâches et avoir plus d'autonomie

Dans le cadre de cette étude, nombreuses ont été les infirmières participantes à proposer de mettre à profit l'expertise de différents intervenants de la santé de façon à réduire la charge de travail qui leur incombe et, notamment, à pouvoir renouer avec les activités professionnelles qui leur amènent la plus grande satisfaction⁸⁹. Parmi les propositions formulées par des participantes s'inscrivant dans un remaniement des structures hospitalières actuelles, notons le fait de recourir davantage aux services des préposés aux bénéficiaires (PAB), des infirmières auxiliaires et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS). En ce qui a trait spécifiquement aux suggestions liées au fait d'avoir recours à davantage de PAB et d'infirmières auxiliaires, notons que des participantes ont également suggéré que plus de pouvoirs leurs soient confiés et qu'un meilleur partage des responsabilités prenne place entre ces différents intervenants et les infirmières soignantes, des suggestions qui ne font toutefois pas l'unanimité. Notons également que, si plusieurs participantes ont suggéré que les institutions hospitalières s'appuient davantage sur l'expertise des IPS, des participantes ont également proposé la création de nouveaux champs d'exercice pour ces infirmières. Nous verrons aussi que les avis des infirmières participantes sont partagés en ce qui a trait à l'élargissement de l'autonomie professionnelle des infirmières soignantes.

4.2.1.2.1 - Déléguer des tâches aux préposés et aux auxiliaires

Qu'il s'agisse d'Isabelle (027EI), de Cécile (029EI), de Linda (030EI), de Julie (039EI), de Michel (037EI) ou de Dominic (038EI), plusieurs participantes croient qu'un plus

⁸⁹ D'après les données que nous avons recueillies dans le cadre de cette étude, l'activité professionnelle identifiée comme étant la plus satisfaisante par les participantes est celle de communiquer avec les patients qui sont à leur charge, une activité qui serait paradoxalement la première à être mise de côté en cas de surcharge de travail. Pour des participantes comme Linda (030EI), le fait de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels permettrait notamment aux infirmières soignantes de prendre le temps nécessaire à l'établissement d'une communication efficace avec les patients.

grand recours aux infirmières auxiliaires⁹⁰ au sein des différents CH améliorerait les conditions d'exercice au sein desquelles évoluent les infirmières soignantes. Pour Michel (037EI), « *la réinsertion des infirmières auxiliaires*⁹¹ [aide les hôpitaux à se]sortir du borbier et de la pénurie ». Dominic (038EI), qui est du même avis que Linda (030EI) et Suzanne (042EI) sur cette question, croit que l'ajout de PAB pourrait également avoir des effets bénéfiques en ce qui a trait spécifiquement à la réduction de la charge de travail qui incombe aux infirmières soignantes.

Ils disent qu'il y a trop d'infirmières auxiliaires [...]. Moi, j'en rentrerais beaucoup plus. Les PAB, écoute, [...] former un PAB là, ça ne prend pas des années. Justement, de prendre les gens qui ne travaillent pas, [...] donnez-leur un cours [...]. C'est pas rare, nous autres, qu'il y a des étages la nuit qu'ils n'ont pas de préposés. Ce qui fait que c'est les infirmières qui changent, [...] tournent [et] lèvent les patients. Ça a aucun sens : [engagez] au moins des infirmières auxiliaires et des préposés! Puis, c'est sûr que ça va aller mieux, même si on est quatre infirmières à gérer le département. (Dominic, 038EI)

Si les CH ont de la difficulté à recruter de nouvelles infirmières soignantes, Dominic (038EI) croit que ces institutions devraient se rabattre sur l'embauche d'infirmières auxiliaires et de PAB dont la formation est plus courte et moins étoffée. Même s'ils ne possèdent pas la même expertise que celles des infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB ont, selon Dominic (038EI), la capacité de réduire passablement la charge de travail des infirmières soignantes. Les infirmières ne devraient pas avoir peur que plus de pouvoirs soient confiés aux infirmières auxiliaires, selon Isabelle (027EI), qui croit également que les infirmières soignantes devraient soutenir les infirmières auxiliaires, afin qu'ensemble, elles s'engagent à favoriser de

⁹⁰ Charles (036EI), Danielle (040EI) et Yuan (041EI) ont également proposé de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels dans le cadre de l'entrevue qu'ils nous ont accordée, mais n'ont pas spécifié quels professionnels ils avaient plus spécifiquement en tête.

⁹¹ « [À la fin des années 90], le modèle d'organisation du travail privilégiait alors les soins intégraux, c'est-à-dire une seule personne comme intervenante auprès du patient, les établissements hospitaliers de courte durée se sont délestés en premier lieu de leurs infirmiers et infirmières auxiliaires. Celles-ci ont donc presque disparu de la plupart des hôpitaux de soins de courte durée » (Kishka, 2003). En 1997, le MSSS a même envisagé « demander au MEQ de mettre fin au programme de formation *Santé, assistance en soins infirmiers* (SASI). L'OIIAQ organise alors une série d'actions pour démontrer son opposition, en collaboration avec les syndicats représentant les infirmières auxiliaires. Celles-ci portent fruit car, quelques mois plus tard, [la ministre] Pauline Marois confirme le maintien du programme de formation SASI orienté principalement en soins de longue durée. [Au même moment,] le MSSS offre des retraites bonifiées aux employés du réseau de la santé, causant le départ de près de 2 000 infirmières auxiliaires. » (OIIAQ, 2014)

meilleures conditions d'exercice : « même nous, [...] on a peur des pouvoirs des infirmières auxiliaires [...]. Mais, il faut les soutenir [...], pour qu'elles aussi aient plus de pouvoir, pour que l'on travaille ensemble à améliorer [la situation] ».

Dans le même sens, Louise (044EI) croit que le fait de vouloir renforcer le positionnement stratégique des infirmières à titre de professionnelles de la santé, ne devrait pas mener celles-ci à témoigner du mépris à l'endroit des infirmières auxiliaires ou des PAB. D'après Louise (044EI), il serait, de loin, préférable que les infirmières s'allient à ces groupes pour transformer le système de santé, afin qu'il devienne plus égalitaire et qu'un plus grand partage des responsabilités y soit possible :

moi, je ne pourrais jamais être solidaire avec des infirmières qui sont d'accord avec le système en place, [...] qui ne veulent rien changer, donc, qui n'ont que leur profession en vue, pis qui chient sur les infirmières auxiliaires et qui n'aiment pas les préposés et tout ça, et qui veulent juste se tailler une place corporative dans le monde de la santé. Je serais davantage solidaire avec l'interprofession. Se mobiliser pour garder un système de santé public pour changer la configuration des tâches dans ce système-là, pour avoir des systèmes plus égalitaires, en termes de [...] partage des responsabilités, ce qui veut dire de changer les frontières, de [les] brouiller [...] un peu, et de faire des expériences pilotes à ce niveau-là. (Louise, 044EI)

Pour sa part, Jacques (028EI) suggère d'élargir les équipes en engageant plus d'infirmières auxiliaires au sein des CH et est en accord avec l'élargissement de leur pouvoir, mais croit que cela doit nécessairement passer par l'élargissement simultané des pouvoirs des infirmières.

Sur les équipes terrain, c'est d'avoir de plus grosses équipes, donc [...], d'accepter de déléguer des pouvoirs à des infirmières auxiliaires, par exemple. Ce qui est bon, mais dans la mesure où, comme infirmier aussi, on peut, nous, avoir [...] un élargissement de nos pouvoirs, tant par l'aspect évaluation/suivi, et peu importe, là. (Jacques, 028EI)

Didier (047EI) est en profond désaccord avec cette stratégie d'avoir de plus en plus recours aux infirmières auxiliaires au sein des unités de soins des CH :

Les infirmières auxiliaires [...], avec la Loi 90, elles peuvent faire, à toutes fins pratiques, tout ce que les infirmières faisaient au niveau technique, [mais] elles n'ont pas suffisamment de formation [...] et ça met de la pression [sur les infirmières] qui doivent absorber une parcelle de [leurs] responsabilités [...]. L'infirmière qui [...] a 25 patients et qui les voit une fois sur son quart de travail, ça devient un peu inquiétant,

surtout quand la main-d'œuvre qui est en place [pour l'aider à faire face à une telle charge] manque énormément d'académie et de pratique. (Didier, 047EI)

Comme Didier (047EI), Roméo (061EG3) croit que le fait de recourir aux infirmières auxiliaires est financièrement plus avantageux pour les établissements hospitaliers, mais que ce choix ne permet malheureusement pas d'offrir un service équivalent à celui qui serait donné par des infirmières déployées en nombre suffisant au sein des différentes unités de soins.

Le matin, quand il manque du personnel, j'appelle la gestion des remplacements et eux me disent qu'ils n'ont pas d'infirmières [...] et ils font des substitutions d'infirmières auxiliaires. Ça, c'est une façon d'amoindrir dans le fond le coût des soins [...] parce que de substituer une infirmière par une infirmière auxiliaire ce n'est pas vraiment une substitution, dans le sens que les tâches [qu'elles accomplissent] ou les compétences [qu'elles possèdent] ne s'équivalent pas. (Roméo, 061EG3)

Sans se positionner contre cette stratégie de recourir davantage aux services des infirmières auxiliaires au sein des CH, Monique (034EI) abonde à peu près dans le même sens que Didier (047EI) : un tel choix institutionnel amène les infirmières soignantes à devoir assumer de plus grandes responsabilités, en plus de les amener à devoir souvent porter l'odieux des situations engendrées par ce type de gestion des ressources humaines.

Les infirmières [...] écopent dans tout, hein? Les infirmières auxiliaires, eux autres, font leurs pilules; leurs affaires. Mais [...] s'il y a une patiente qui ne va pas bien et que t'as tellement eu de l'ouvrage, là, que [...] t'as pas été aux aguets et qu'elle est [...] rendue en infarctus, c'est qui, qui est mal vu dans l'équipe? C'est pas l'infirmière auxiliaire, c'est l'infirmière [...]. [Même avec] 13 patients [...], s'il y a quelque chose qui t'échappe [...] ben, c'est toi qui va être appelé et le médecin [et] ta chef de service v[ont] te chialer, [...] peu importe toute la job que tu as eu, là : « non, le patient, tu aurais dû le voir! » « Oui, mais j'ai ça, j'ai ça [...] et j'ai de la misère à arriver et comment veux-tu que je vois ça? » On n'a plus le temps... (Monique, 034EI)

4.2.1.2.2 - Des IPS et de l'autonomie professionnelle

Pour leur part, Isabelle (027EI), Jacques (028EI), Josée (035EI), Yuan (041EI) et Leticia (046EI) suggèrent que les CH aient davantage recours à l'expertise des IPS. Yuan (041EI), qui exerce aux soins intensifs, décrit plus en détails en quoi l'apport des ISP pourrait consister au sein des CH :

ça aiderait [...], si on avait plus d'IPS. [Au] Québec [...], on est vraiment en arrière pour ça et ça aiderait à dé[charger] les médecins, [...] à désengorger les urgences [...]. Encore plus d'IPS, pas juste à l'extérieur de l'hôpital, mais dans l'hôpital. Quelqu'un [...] comme les anciennes infirmières chefs, qui étaient plus présentes au chevet [...], comme des personnes-ressources. [Les infirmières] ne seraient pas toujours pognées dans le red tape et de courir après [...] les médecins pour [...] les ordonnances. Ça changerait ben des choses si j'avais des IPS directement là pour écrire les prescriptions. [Aussi], les infirmières devraient avoir plus [...] d'autonomie. Si les infirmières étaient plus impliquées du côté social/politique, ça aiderait [à amener ces changements], mais c'est [...] difficile [de] pousser les infirmières à se rendre là. (Yuan, 041EI)

À l'instar de Yuan (041EI), Isabelle (027EI) et Josée (035EI) ont également fait référence aux difficultés rencontrées au Québec dans le déploiement des IPS. Pour ces participantes, « *ce sont principalement les médecins* » qui sont responsables de cette situation : « *c'est des petites guerres de clocher, là. Chacun veut garder ses affaires, mais [...] si on peut les aider, il est où le problème? Moi, j'en vois pas, mais je pense qu'on pourrait mieux s'entraider, puis être plus efficaces* » (Josée, 035EI). Si, pour Isabelle (027EI), les médecins ont effectivement leur part de responsabilité concernant les difficultés rencontrées dans le déploiement des IPS, de son point de vue, le gouvernement doit également assumer ses responsabilités en facilitant ce déploiement et en favorisant l'ouverture de nouveaux champs d'activités comme la santé mentale.

Si le gouvernement peut mettre ses culottes, juste les IPS [...], qu'on les déploie, enfin [...]! Que les médecins délèguent un peu du pouvoir et arrêtent de garder la main-mise sur ça. Et, dans beaucoup de domaines, comme notamment la première ligne en santé mentale, éventuellement, espérons-le... (Isabelle, 027EI)

Cette idée d'élargir le champ d'activité des IPS à la santé mentale est également partagée par Leticia (046EI), qui souhaiterait pouvoir bénéficier de l'expertise de ces infirmières au sein de l'urgence où elle exerce, notamment parce qu'elle intervient de plus en plus auprès de patients qui présentent de multiples problèmes de santé mentale.

Comme nous avons pu le constater à travers l'extrait du *verbatim* de Yuan (041EI), certaines participantes ont précisé qu'elles souhaitaient que les infirmières puissent jouir d'une plus grande autonomie professionnelle, et l'ont fait notamment en établissant un lien entre ce

souhait et le fait de devoir impérativement s'adresser à un médecin pour obtenir des ordonnances dans le cadre de leur travail. Dans le même ordre d'idée, mais cette fois-ci en faisant référence à une situation qui n'est pas rattachée au milieu du travail, Isabelle (027EI) suggère l'élargissement du champ d'exercice des infirmières soignantes mais également de celui des pharmaciens, afin qu'ils soient tous deux habilités à rédiger des ordonnances.

[Les] pharmaciens aussi devraient prescrire... [Moi], je prends du Ventolin depuis 12 ans : « non, mon médecin, je ne l'ai pas encore vu parce qu'elle est en vacances. Donc, peux-tu m'en prescrire pareil [...], je suis infirmière. » « Je vais te le donner ce mois-ci, mais là... » Quoi? Câlisse! Excusez... T'sais, mon médecin est super occupée et je vais aller la voir [...] : « peux-tu me donner une prescription de Ventolin, s'il te plaît? » « T'es venue juste pour ça? » On peut-tu comme les régler, ces aberrations-là et go, c'est simple, là, t'sais, je vais m'auto-prescrire, s'il le faut! (Isabelle, 027EI)

Nous le verrons subséquemment, des participantes comme Josée (034EI) ont été plus enclines à souhaiter que davantage d'ordonnances collectives soient mises à leur disposition qu'à demander à ce qu'on leur confère le droit de rédiger elles-mêmes des ordonnances, et ce, même si elles ont été nombreuses à souligner le caractère restrictif et insidieux du dispositif d'ordonnances collectives québécois. Étrangement, même si plusieurs participantes ont signifié l'inefficacité induite par l'obligation qu'elles ont de faire appel à un médecin pour obtenir des ordonnances qu'elles seraient à l'aise de rédiger elles-mêmes, Isabelle (027EI) fut la seule participante à aborder le sujet d'un possible « *pouvoir de prescription*⁹² » des infirmières soignantes. Comme nous pouvons le constater dans cet extrait d'Isabelle (027EI), cette dernière ne formule pas clairement le souhait que les infirmières soignantes puissent rédiger des ordonnances, ce qu'elle fait pourtant lorsqu'elle fait allusion aux pharmaciens. C'est plutôt par dépit qu'elle en arrive à dire : « *je vais m'auto-prescrire, s'il le faut!* » Si les médecins ont la possibilité de se traiter eux-mêmes lorsqu'il est question de conditions mineures et banales (Richer, 2009), Isabelle (027EI) croit qu'elle possède les connaissances lui permettant de s'auto-prescrire un médicament qu'elle s'administre depuis longtemps. Pourtant, tout au long de son témoignage, celle-ci ne fait aucunement allusion aux

⁹² Par pouvoir de prescription, nous entendons par exemple le fait de rédiger des ordonnances en ce qui a trait à certains médicaments ou examens diagnostiques que les infirmières soignantes se sentent à l'aise de prescrire en lien avec des connaissances qu'elles possèdent déjà relativement à leur champ de pratique respectif. Le terme *pouvoir de prescription* est celui utilisé par le ministre de la Santé du Québec lors de la 93^e édition du congrès annuel de l'OIIQ.

médicaments qu'elle administre depuis des années aux patients qui sont à sa charge et qu'elle pourrait également prescrire. Nous explorerons plus en détails, dans le cadre du cinquième chapitre de cette thèse, certaines des raisons qui auraient pu mener la presque totalité des infirmières participantes à éviter de se prononcer sur ce sujet spécifique lié à l'autonomie professionnelle. Soulignons toutefois que, parmi les 12 participantes ayant fait référence à l'autonomie professionnelle des infirmières soignantes, sept⁹³ ont proposé qu'on leur confère plus d'autonomie, tandis que cinq⁹⁴ ont affirmé bénéficier d'une autonomie suffisante. Il s'agit d'un sujet où plusieurs divergences ont été répertoriées à travers les données que nous avons recueillies.

Josée (034EI) croit qu'une plus grande autonomie professionnelle des infirmières devrait passer par la disponibilité d'une plus grande quantité d'ordonnances collectives mises à la disposition des infirmières soignantes.

Idéalement [...], ce serait qu'on ait plus d'autonomie [...] et qu'on puisse exploiter pleinement notre potentiel [...]. On connaît bien nos problématiques et [...] les traitements et je pense qu'il pourrait y avoir encore plus [...] d'ordonnances collectives qui pourraient nous donner un peu plus de latitude. Parce qu'on [...] a un jugement clinique et on a des connaissances. T'sais, des fois [...], il arrivait un résident qui disait : « qu'est-ce qu'on fait dans ce temps-la? » Là, c'est quasiment toi qui lui dis quoi faire, donc, ça veut dire qu'on les a, les connaissances. C'est qui fait que, oui, on pourrait être [mieux] exploitées. [Et] ça peut être un bel attrait pour les gens, là. (Josée, 034EI)

Du point de vue de Josée (034EI), mais également de celui de Linda (030EI), Monique (034EI), Julie (039EI), Yuan (041EI), Louise (044EI) et Leticia (046EI), les infirmières soignantes ont la capacité d'assumer beaucoup plus de responsabilités au sein des différents CH québécois, les connaissances qu'elles possèdent étant sous-exploitées, de leur point de vue. D'ailleurs, comme plusieurs participantes l'ont souligné, les infirmières soignantes sont parfois celles qui indiquent aux médecins quels traitements devraient être entrepris et quelles

⁹³ Parmi ces sept participantes, Yuan (041EI) était la seule à exercer en soins critiques. Celle-ci nous a indiqué bénéficier d'une autonomie considérable qu'elle associait à son champ d'exercice, mais désirer tout de même obtenir davantage d'autonomie à titre d'infirmière soignante.

⁹⁴ Parmi ces cinq participantes ayant souligné qu'elles bénéficiaient d'une autonomie suffisante, notons que trois exerçaient en soins critiques, un champ d'exercice où les infirmières soignantes disposent généralement d'un niveau d'autonomie plus élevé.

ordonnances devraient être rédigées. De façon générale⁹⁵, c'est donc pour réduire la lourdeur des processus de soins – pour lesquels on interdit en quelque sorte aux infirmières soignantes de prendre des initiatives qui leur permettraient d'intervenir immédiatement pour favoriser l'amélioration de la santé des patients – que ces participantes demandent à ce que plus d'autonomie leur soit conférée. Toutes ne voient pas du même œil ce par quoi cette autonomie doit passer. Si certaines participantes, comme Josée (034EI), demandent à ce que plus d'ordonnances collectives soient mises à la disposition des infirmières soignantes, des participantes comme Louise (044EI) n'ont pas tendance à suggérer cette façon de faire, conceptualisant négativement la notion d'ordonnance collective :

les infirmières pourraient avoir [...] plus de prise en charge, plus de capacité de prendre des décisions. Les ordonnances collectives [...], c'est la limite [...] de la capacité des infirmières à juger des situations, ça se négocie à ce niveau-là [...]. Notre profession [...] est [...] normée [...], il y a une sorte de sécurité à être à l'intérieur de cette case-là [...]. Je ne dirais pas [qu'elles sont] aliénées [...] ou, si elles le sont, elles le sont avec leur propre accord, [mais] les infirmières acceptent très bien [de ne pas avoir plus d'autonomie]. Il y a [...] un certain nombre d'infirmières [...] qui prennent de l'initiative [...], mais, moi [...], je le vois chez certaines, il y a la peur [...] des responsabilités [...]. Je comprends ça aussi [...], dès que tu changes la routine [...], il faut que tu te formes un petit peu plus, il faut que tu lises. Donc, c'est ça, il y a une espèce de peur de s'aventurer dans des chemins non fréquentés. (Louise, 044EI)

Même si elle indique comprendre leur comportement, d'après Louise (044EI), les infirmières soignantes seraient en partie responsables de leur manque d'autonomie, puisqu'elles acceptent, d'emblée, d'évoluer à travers le cadre normatif qui les confine à une *passivité rassurante*. Leticia (046EI) est du même avis que Louise (044EI) : « *[certaines infirmières] ne vont pas aller au-delà de ce qu'on leur dit de faire – pour certaines, je ne généralise pas – parce qu'elles ont peur que ça leur retombe dessus...* » De l'avis de Leticia (044EI), les infirmières soignantes anticiperaient donc les *contrecoups d'une autonomie professionnelle élargie*. Ce commentaire de Leticia (046EI) apparaît cohérent avec les données que nous avons recueillies,

⁹⁵ Plusieurs raisons, comme l'exacerbation de l'attrait pour la profession et la diminution des problèmes inhérents aux communications avec des médecins – qui ont parfois tendance à « *crier après* » (Julie, 039EI) les infirmières soignantes, parce qu'ils se font déranger pour ce qui leur apparaît comme des banalités, mais que les infirmières ne peuvent réaliser sans leur approbation – ont été soulevées par les participantes pour justifier leur désir d'obtenir une plus grande autonomie professionnelle.

les infirmières portant déjà l'odieux de situations dont elles ne sont pas responsables⁹⁶. Il est toutefois important de spécifier que, d'après ce que des infirmières participantes nous ont confié, ne pas avoir le désir de se voir octroyer plus d'autonomie n'est pas nécessairement justifié par une peur de « *s'aventurer dans des chemins non fréquentés* » (Louise, 044EI) ou par la peur des répercussions entraînées par davantage d'autonomie professionnelle. Comme l'indique Philippe (045EI), l'autonomie dont bénéficient actuellement les infirmières soignantes répond parfois à la conception de ce qu'est et de ce que devrait être la profession infirmière du point de vue de certaines participantes :

[dans un] CH, c'est du travail [...] très manuel [et] le travail, [...] autonome réel infirmier, je le vois très [...] rarement. On a énormément de protocoles [...] on a beaucoup de liberté [mais] dans un cadre assez restreint. Ça fait vraiment, [...] contraste avec ce qui peut être enseigné soit dans les universités, même au cégep ou [avec ce qui est] véhiculé par l'Ordre, où [...] on essaye, [...] de mettre en avant le rôle autonome de l'infirmière. Mais [...] ce n'est pas tout le monde qui va sortir du cégep et de l'université [...] pis que c'est juste du travail autonome qu'ils vont devoir faire. [...] On [...] ne dégrade pas la profession [...] si dans notre journée on fait 90% d'assistantat médical; [...] il y a une partie que l'infirmier doit pouvoir réfléchir, comprendre ce qu'il fait, mais, il y a une partie [où] j'ai besoin du médecin [...] et le médecin a besoin de moi. Moi, [...] je me plais très bien dans cette structure-là. Je ne demande pas plus de liberté. [...] Je ne revendique pas [...] une plus grande autonomie [...] et j'aime pas cette tendance-là de t'éloigner et du médecin et souvent et du patient. (Philippe, 045EI)

Au même titre que Pierre (031EI), Fatima (033EI), Charles (036EI) et Sylvain (043EI), Phillippe (045EI) n'est pas en quête d'une plus grande autonomie. Non pas parce qu'il aurait peur d'en avoir plus, mais tout simplement parce qu'il est heureux du rôle qu'il joue dans l'équipe de soins, même si cela l'amène le plus souvent à faire ce qu'il qualifie comme de l'« *assistantat médical* ».

⁹⁶ Se référer à la section de ce chapitre consacrée à la surcharge, plus spécifiquement à la sous section *Les infirmières en portent l'odieux*.

4.2.1.3 - La démocratisation des processus décisionnels

Dans le cadre de cette étude, plusieurs infirmières participantes ont proposé, en faisant notamment référence à différentes stratégies novatrices, de démocratiser les processus décisionnels qui sont inhérents au fonctionnement du système de santé et des CH. De leur point de vue, cela permettrait, entre autres, d'envisager l'amélioration des conditions d'exercice de la profession infirmière et l'octroi de meilleurs soins aux patients dont elles ont la responsabilité. Dans l'ensemble, les données que nous avons recueillies indiquent que des participantes souhaitent que les infirmières soignantes et les patients soient intégrés aux processus décisionnels dans les CH, que des instances de délibération collective y soient créées, que des simulations de budget y prennent place et que, parallèlement, l'on s'efforce d'améliorer la communication entre les infirmières soignantes et les gestionnaires, même si toutes ne sont pas persuadées que ce dernier souhait permette de changer quoi que ce soit aux conditions d'exercice de la profession infirmière.

4.2.1.3.1 - Donner la parole aux patients et aux infirmières

Tout au long de l'entrevue qu'elle nous a accordée, Louise (044EI) a décrit l'hôpital de façon très péjorative : « *un hôpital c'est drabe, c'est plate, c'est laid, c'est effrayant* ». Elle a décrit les structures de ces institutions comme étant « *absolument inadéquates* ». Louise (044EI) a également beaucoup insisté quant à l'importance de démocratiser la gestion hospitalière, en s'appuyant largement sur des idées d'infirmières soignantes et de patients, de manière à orienter le fonctionnement des hôpitaux dans le sens de leurs besoins :

toutes les tentatives qui ont été faites pour changer des structures et des systèmes, elles sont venues d'expériences pilotes de mouvements sociaux marginaux. Comme les cliniques populaires : au début, c'était complètement marginal [...]. Oui, il pourrait y avoir une façon différente de faire fonctionner les hôpitaux, [...] mais ça suppose des gens qui veulent investir beaucoup et qui veulent essayer [de provoquer des changements]. C'est des gens qui sont dans le milieu et les patients, eux-mêmes, [ils] pourraient aider à avoir ces idées nouvelles. Il y a plein d'alternatives possibles.
(Louise, 044EI)

Louise (044EI) croit pertinemment que les infirmières, mais également les patients, sont capables de mettre de l'avant des idées nouvelles permettant l'amélioration du fonctionnement hospitalier. Parmi les « *alternatives possibles* » qui permettraient de « *gérer de façon plus démocratique* » le système de santé et les CH, elle suggère des pistes s'inspirant du modèle participatif emprunté par le BAPE.

La santé pourrait être gérée de façon complètement différente, si on avait des modes participatifs. Je trouve que la formule du BAPE [...] est une formule intéressante de démocratie délibérative [...]. Quand il y a un problème et des décisions à prendre qui sont complexes, que ce soit en environnement [...], mais en santé aussi, [quand] il y a des décisions qui peuvent être controversées ou des connaissances qui ne sont pas avancées au point de dire qu'il y ait consensus sur telle affaire, [et qu'] il y a différents points de vue, [...] il faut apprendre à délibérer collectivement. Il faut apprendre à mettre en mouvement et à impliquer les gens qui vont être l'objet de ces décisions-là [...]. Je trouve qu'il y a immensément de travail à faire à ce niveau-là. (Louise, 044EI)

Du point de vue de Louise (044EI), toute revendication doit nécessairement être portée « *sur la place publique* » et, d'après celle-ci, c'est par « *des actions directes [et collectives comme] des occupations, [...] des campements [et des] interventions [ciblées]* » que cela doit être fait dans la conjoncture actuelle. En accord avec ces dires de Louise (044EI), les infirmières et les patients doivent, eux-mêmes, exercer des pressions, afin que ces modes de gestion participative soient adoptés dans le domaine de la santé. Dans un même ordre d'idée misant sur le débat public pour transformer les processus décisionnels dans le domaine de la santé, Jacques (028EI) suggère de favoriser l'éducation à la citoyenneté des infirmières au niveau local, en ouvrant une vitrine sur les processus de gestion au sein même des CH :

l'éducation à la citoyenneté [...] est applicable à l'hôpital. Un CH qui a la volonté, [pourrait] faire une simulation de budget [...] comme la ville de Montréal l'a fait [...], un budget citoyen, et qu'il y ait des activités qui permettent d'avoir une acquisition de compétences en matière de gestion de santé. Qu'il y ait vraiment des états généraux comme : « voici notre structure [...], voici le montant qui est attribué à l'hôpital par année, [...] vous avez ces services-là à fournir. Où est-ce qu'on accorde les enveloppes? [...] Qu'est-ce que ça crée comme conséquences? » Ça permettrait une bonne prise de conscience, je pense, de chaque côté. (Jacques, 028EI)

D'après Jacques (028EI), la mise sur pied de telles activités éducatives au sein des institutions hospitalières permettrait aux infirmières soignantes de mieux comprendre la réalité budgétaire

à laquelle les gestionnaires sont eux-mêmes confrontés, en plus de favoriser l'émergence d'idées issues de la réflexion des infirmières soignantes, des idées qui auraient l'avantage d'être imprégnées de la réalité du terrain.

[Cela favoriserait] l'émergence d'idées qui viennent [...] des infirmières qui ont de l'expérience de terrain et qui ont peut-être des idées que les gestionnaires n'ont pas eues. Souvent, on a une vision très hermétique : l'infirmière fait son travail de terrain et le gestionnaire est là pour décider. Si on continue comme ça, je pense qu'on va être déconnectés de la réalité pendant longtemps. C'est ce genre d'initiative [qui] serait intéressante, [mais elle] doit venir d'en haut. (Jacques, 028EI)

Est-ce que les idées issues de la réflexion des infirmières soignantes auraient tendance à être plus réalistes à la suite de leur participation à ces activités de prise de contact avec les impératifs qui sont inhérents au monde de la gestion? Est-ce que cela favoriserait l'opérationnalisation subséquente, sur le terrain, de ces idées par les gestionnaires ? Seule la mise en place de telles activités permettrait de répondre à ces questions, une éventualité qui, d'après Jacques (028EI), dépend du bon vouloir de ceux qui sont « *en haut* ». Jacques (028EI) souligne effectivement que ceux qui occupent les hautes hiérarchies institutionnelles doivent *a priori* avoir le désir de se rapprocher de « *la sphère exécutante* », de façon à ce que l'on envisage de développer au sein des hôpitaux de telles activités d'*éducation à la citoyenneté* au bénéfice des infirmières soignantes. Sans décrire spécifiquement comment il proposerait d'agir pour faire naître ce désir chez ceux qui occupent ces positions hiérarchiquement élevées, Jacques (028EI) propose toutefois d'organiser « *des congrès* » au sein des CH qui, en plus de favoriser un rapprochement entre les gestionnaires et les infirmières, permettraient de valoriser les rôles de chacun :

[il faudrait] organiser des congrès dans ces CH-là ou, du moins, un moment de réflexion où les infirmières de chaque département... ou, [même], une infirmière par département, est invitée à aller, pour connaître les activités du développement de l'hôpital, les possibilités d'implication dans les comités [...]. [De mettre en place] des ateliers qui [...] vont traiter de tous les points administratif/gestion de l'hôpital pour, justement, faciliter l'acquisition de connaissances et de rapprocher la sphère décisionnelle et la sphère exécutante. D'en faire un gros événement, où le rôle de l'infirmière est valorisé [et] celui du gestionnaire l'est tout autant [...], de faire en sorte que les gens se parlent et ni l'un ni l'autre ne soit démonisé par personne. (Jacques, 028EI)

4.2.1.3.2 - Une meilleure communication entre les infirmières et les gestionnaires

Jacques (028EI) n'est pas le seul participant à insister quant à l'importance d'établir une communication plus efficace entre les infirmières soignantes et les gestionnaires qui, comme le souligne Alexandra (065EG3), sont souvent « *en opposition plutôt que d'être en collaboration* ». Tout comme Isabelle (027EI), Jacques (028EI), Josée (035EI), Alexandra (065EG3) et Laurier (032EI) croient en l'importance d'une bonne communication entre infirmières et gestionnaires. Pour sa part, Laurier (032EI) invite les gestionnaires à miser sur l'honnêteté, de façon à faciliter cette communication :

C'est vraiment la vérité que je veux avoir et pas des [...] mensonges [...]. Soyez honnêtes envers [les infirmières] et dites-leur la vérité, point. L'honnêteté dans la relation patron/employé. (Laurier, 032EI)

Même si de grands efforts étaient faits de façon à améliorer la communication entre les infirmières soignantes et les gestionnaires, Didier (047EI), qui croit tout de même qu'il serait pertinent d'agir de la sorte, ne se fait pas d'illusions quant au potentiel réel d'une communication plus efficace entre ces intervenants :

on pourrait améliorer [la] communication [entre les gestionnaires et les infirmières], mais même en [l']améliorant [...], même si les choses sont dites [...], maintenant, on fait quoi [...] avec l'argent qu'on a? C'est un peu ça, aussi, qui bloque tout et c'est pour ça qu'on a souvent des gestionnaires qui [...] se mettent les mains sur les oreilles. Ils ont tendance à ne pas vouloir entendre, parce que, justement, ils ne sont pas capables de livrer la marchandise. [C'est pour ça que], chez nous, mon patron attend toujours d'avoir l'arme chargée avant de vouloir régler des griefs ou de vouloir régler des situations. Vraiment, l'arme chargée et accotée dans le front! (Didier, 047EI)

Le témoignage de Josée (035EI) décrit fort bien le dialogue de sourds auquel Didier (047EI) fait référence mais, également, les conséquences que cela peut entraîner relativement à l'engagement politique des infirmières soignantes :

on n'a plus le goût de s'engager et de vouloir faire changer les choses. D'autres infirmières [m'ont dit]: « j'ai participé à des affaires et ça n'a jamais rien donné; c'qui fait [que je] ne participe plus, là. » Elles sont blasées, là [...]. Même moi [...], j'ai fait partie de vraiment beaucoup de groupes [...] de discussions, puis de travail, t'sais, je me faisais dire par la direction : « si ça ne fait pas ton affaire, tu peux t'en aller! » Si la direction te dit ça au lieu d'essayer de trouver des solutions aux problèmes, tu te

dis : « ben, c'est ça, je vais y aller [travailler] ailleurs, t'sais. » Ce serait une bonne affaire que nos infirmières s'impliquent plus, [...] de voir que nos actions auraient une portée [...], mais, là, elles ne le sentent pas, ça... Ça fait qu'elles sont démotivées [...]. Mais si tu te sens écouté, ouais, tu vas participer. (Josée, 035EI)

Même si, comme le souhaitent plusieurs participantes, il y avait, au sein des comités les plus influents des CH, « *des infirmières soignantes [...], pas des gestionnaires, des vraies infirmières de terrain, qui vont dire voici ce sont nos besoins* » (Linda, 030EI), du point de vue de Josée (035EI), si on ne prend pas compte des besoins des infirmières soignantes lorsque des décisions sont rendues dans ces comités, la communication entre infirmières et gestionnaires aura beau y être très bonne, les infirmières soignantes se rendront rapidement compte que leur présence à ces instances délibératives est, en définitive, inutile.

4.2.2 - Des pistes de solution pour les gestionnaires

Lorsque nous avons demandé aux infirmières participantes de décrire ce qu'il serait souhaitable d'entreprendre, dans la conjoncture actuelle, pour améliorer les conditions d'exercice de la profession infirmière dans les CH, plusieurs nous ont fait part de pistes de solutions novatrices qui, à leur avis, devraient être mises de l'avant par les gestionnaires. Nous avons regroupé ces pistes de solution sous trois grands thèmes : la reconnaissance; la proximité entre les gestionnaires et les infirmières; de meilleurs gestionnaires.

4.2.2.1 - La reconnaissance

Comme nous l'avons décrit dans la première section de ce chapitre consacré à la présentation des résultats, la presque totalité des participantes ont reconnu l'absence d'une reconnaissance, par les gestionnaires, du travail effectué par les infirmières soignantes. Certaines ont également fait référence à diverses pistes de solution qui pourraient être mises de l'avant par les gestionnaires, de façon à pallier le manque de reconnaissance dont elles sont l'objet. Ainsi, nous avons regroupé sous le thème de la reconnaissance certaines de ces pistes de solution : le fait d'encourager la tenue de différents types de rencontres ou activités tant à

l'intérieur qu'à l'extérieur des CH, la réduction des écarts salariaux entre les différents intervenants du domaine de la santé, l'augmentation des salaires des infirmières et, finalement, le fait de favoriser une présence accrue des gestionnaires au sein des unités de soins.

4.2.2.1.1 - Favoriser la reconnaissance

Pour Dominic (038EI) et Philippe (045EI), les rencontres, qu'il s'agisse de rencontres prenant place dans le cadre du travail ou à l'extérieur de celui-ci, sont propices à l'avènement d'une certaine reconnaissance. Si plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué qu'elles n'avaient que très rarement, sinon jamais, l'occasion de participer à de telles rencontres, Dominic (038EI) se compte chanceux d'avoir cette possibilité. Toutefois, c'est expressément parce qu'aucune reconnaissance n'émane des rencontres auxquelles il participe qu'il souhaiterait que la gestionnaire de l'unité de soins au sein de laquelle il exerce profite du cadre de celle-ci pour reconnaître le travail ou, du moins, les bons coups des infirmières soignantes.

Notre gestionnaire [...] nous rencontre deux fois par mois. C'est déjà bien [...]. Les chirurgiens sont d'accord, le bloc [opératoire] commence une heure plus tard [...] mais pendant ces réunions-là, ben, reconnais-nous t'sais! Je ne sais pas : « il s'est passé telle affaire, [...] ça bien été! Est-ce qu'il vous manque du stock? T'sais on a un budget pour telle affaire... » Non! C'est tout fait par en arrière, t'sais [...]. Au lieu de faire ça aux yeux de tout le monde [comme par exemple] : « bon, ben là en ortho, on va acheter ça, ça, ça... Y a-t-il des affaires qui vous manquent? Qu'est-ce qui ne va pas bien? » On n'a pas [cette opportunité-là] t'sais [...]. Il faut qu'il y en ait un qui aille [voir la chef chaque fois, tandis qu'on pourrait faire ça durant la réunion], t'sais. (Dominic, 038EI)

Pourquoi vous pensez que c'est comme ça? (Chercheur)

Je ne comprends pas pourquoi. Ce ne serait tellement pas compliqué de, justement, le dire aux yeux de tous et tout le monde serait content. (Dominic, 038EI)

Ils ont peut-être peur que ça coûte trop cher? (Chercheur)

Ce serait pas dur de dire : « ben là, on l'a épuisé le budget. Bon, c'est correct, t'sais, on le sait et il va y en avoir d'autres dans tant de temps. » (Dominic, 038EI)

Du point de vue de Dominic (038EI), les gestionnaires des unités de soins devraient également s'assurer d'éviter de dissimuler de l'information aux infirmières soignantes, en les intégrant davantage dans les processus décisionnels⁹⁷, notamment lorsque des impératifs économiques sont en jeu. De cette façon, les infirmières soignantes seraient probablement plus susceptibles de se sentir reconnues à titre d'interlocutrices légitimes, à titre de professionnelles à part entière ayant le droit de donner leur point de vue quant aux décisions qui seront prises, surtout si ces décisions les affectent directement.

Pour sa part, Philippe (045EI) fait référence à un autre type de rencontre se déroulant à l'extérieur du milieu de travail, qui a pour objectif premier la reconnaissance, et qu'il souhaiterait voir se déployer sous différentes formes dans les CH québécois :

j'ai même vu à une clinique où j'ai travaillé, et encore une fois, c'est toujours une question d'argent [...], c'était une clinique privée, [...] pas qu'ils fermaient la clinique, mais [...] du personnel externe [...] venait [remplacer le personnel de la clinique] pour [...] la sortie annuelle. C'était payé par les médecins-chefs et eux disaient : « non, une fois par année, on gâte nos employés. C'est des fins de semaine de ski pour tout le monde. » L'excuse que : « ça ne me tente pas d'y aller » ne marchait pas. Non, non, on en profite et tout le monde se voit et pour être tout le monde ensemble. Moi, ça, je trouve que c'est important et ça, ce n'est pas fait ici au Québec. (Philippe, 045EI)

Bien que Philippe fasse ici référence à une rencontre prenant la forme d'une activité sportive organisée par une clinique privée et qu'il serait certainement plus difficile d'organiser pareilles activités au sein d'un hôpital, l'idée demeure intéressante⁹⁸ et nous apparaît comme une piste de solution qui pourrait être mise de l'avant par les gestionnaires des institutions hospitalières. En plus de favoriser la cohésion sociale des groupes de travail, ce type de rencontre organisée à l'extérieur des CH a le mérite d'indiquer clairement que l'on reconnaît la contribution de chacune des personnes qui y sont conviées, parce qu'elle est organisée expressément dans des finalités de reconnaissance, une reconnaissance des efforts déployés « [que] la plupart des

⁹⁷ Plusieurs participantes ont proposé que les infirmières soignantes soient davantage intégrées aux processus décisionnels qui sont inhérents aux différentes institutions hospitalières. Les suggestions et souhaits des participantes en ce sens ont été consignés dans la section 4.8.1 *Souhaiter changer les structures des CH*.

⁹⁸ Même si l'idée de base d'une rencontre organisée à l'extérieur du milieu de travail, pour des finalités autres que fonctionnelles, est intéressante, une attention particulière au mode de financement d'une pareille activité devrait être prise en compte de façon à ce que celui-ci ne reproduise pas une dynamique de domination déjà à l'œuvre au sein du milieu de travail – comme nous pourrions le percevoir dans cet exemple donné par Philippe (045EI) où les médecins se font les pourvoyeurs de ceux que nous pourrions qualifier comme leurs subalternes.

infirmières [...] veulent [obtenir]» (Agnès, 048EG1). Sans que l'on ne mobilise tout le personnel d'une unité de soins d'un CH durant une aussi longue période, une activité similaire, et naturellement moins coûteuse, serait assurément réalisable dans le contexte hospitalier. De toute façon, d'après plusieurs participantes, lorsqu'il est question de reconnaissance, l'intention compte généralement beaucoup plus que les moyens déployés pour signifier l'appréciation.

On a eu un boss [...] il achetait des beignes à tout le monde, [...], je crois qu'il [...] comprenait ce qu'on vivait [...]. C'est banal comme reconnaissance [...], mais, c'était : « oui, je vois tout ce que vous vivez! » Mais il n'y en a pas de ça. Même, des fois, les familles nous envoient une carte : c'est une reconnaissance, ça, et ça fait du bien. Il n'y en a plus de ça. Il n'y a plus aucune forme de reconnaissance. On est là et on est obligé à ça, c'est tout, c'est ta job! On est rendu loin, parce que juste une petite reconnaissance comme ça, ça fait du bien et ça fait ma petite tape dans le dos. (Sylvain, 043EI)

Différentes actions signifiant la reconnaissance seraient donc à la portée des institutions ou de leurs gestionnaires, si l'on tient compte des propos de Sylvain (043EI), mais également de ceux de Charles (036EI) et Philippe (045EI), qui insistent respectivement quant à l'importance d'un simple « merci » ou d'une « petite tape sur l'épaule ». Même s'il indique qu'il ne « sait pas ce qui pourrait amener une meilleure reconnaissance des infirmières », Sylvain (043EI) a pu identifier ce qu'il considère comme étant souhaitable en ce sens. Maintenant, comment faire comprendre aux gestionnaires des unités de soins toute l'importance de ces petits gestes attentionnés? La question demeure. Dans le cheminement de cette idée vers son opérationnalisation, il est à prévoir que les gestionnaires des unités de soins devront être mis au fait, et certainement par les infirmières soignantes elles-mêmes, de toute l'importance que revêtent de pareils gestes pour assouvir ce besoin vital de reconnaissance.

4.2.2.1.2 - Une meilleure rémunération pour les infirmières

Certaines participantes ont proposé des changements ayant trait à la rémunération des infirmières soignantes, lesquels nous apparaissent porteurs d'une certaine reconnaissance. À travers son témoignage, Louise (044EI) nous a indiqué qu'« au niveau salarial, ça pourrait être, oui, infiniment mieux ». Celle-ci a également décrit en profondeur le mode de

fonctionnement de la clinique populaire au sein de laquelle elle a exercé durant de nombreuses années. D'après celle-ci, la gestion hospitalière gagnerait à s'inspirer des modes de fonctionnement de ces cliniques qu'elle présente comme éminemment plus humaines. Parmi les politiques internes de ces établissements, qui mettent de l'avant des préceptes théoriques égalitaristes des plus émancipateurs, notons la réduction des écarts salariaux.

On était d'accord avec une réduction des écarts [salariaux] entre les professionnels et les non-professionnels, parce qu'on disait, au fond, que la santé d'un quartier, ça ne reposait pas seulement sur les épaules des médecins, ça reposait sur la communauté et que chacun avait un rôle à jouer dans l'atteinte de la meilleure santé possible pour une collectivité. (Louise, 044EI)

Pour Louise (044EI), « l'équilibre entre la division des tâches [et] les salaires » devrait être complètement repensé au sein des CH. Cela lui apparaît essentiel, de façon à ce que l'importance de chacun des employés d'un établissement soit reconnue, et ce, sans égard au statut social ou hiérarchique. Si Louise (044EI) prône la réduction des écarts salariaux entre les infirmières et les médecins, elle suggère également de réduire ces mêmes écarts entre les infirmières et les PAB. Elle justifie comme suit sa prise de position :

moi, je travaille dans un hôpital de réadaptation. Or, le nursing, à l'intérieur de ça, et moi je le dis très franchement, ce n'est pas l'essentiel du travail. Et les PAB, par exemple, dans un hôpital de réadaptation, qui ont à lever les patients, qui les mettent dans les fauteuils roulants, [...] qui, ont à s'occuper qu'ils n'ont pas de plaies de lit, etc., sont aussi importants, je dirais que les infirmières [...]. Et, on sent que l'équilibre entre la division des tâches puis des salaires [...] serait à refaire complètement dans ce type de milieu-là. Alors, pour moi, les infirmières cherchent à se tailler une place [...], de façon corporative peut-être, [...] en particulier, évidemment, face au corps médical. On est encore dans cette espèce de tension-là. (Louise, 044EI)

Si l'objectif de « réduction des écarts [salariaux] » (Louise, 044EI), visé par cette stratégie favorisant la reconnaissance se situe à la marge de l'idéologie dominante, la suggestion qui suit s'inscrit certainement davantage dans la foulée de cette idéologie :

je regarderais [pour mettre en place] une prime pour toutes les infirmières qui travaillent dans les CH où on sait que c'est des patients plus aigus et plus problématiques. Je leur mettrais un salaire différent ou une prime différente. (Yuan, 041EI)

L'augmentation des salaires des infirmières exerçant dans les hôpitaux favoriserait, selon Yuan (041EI), la rétention d'infirmières qui sont venues chercher de l'expérience au sein des CH et qui, par la suite, ont tendance à quitter ces milieux parce que l'exercice de la profession infirmière y est trop exigeant. Même si, d'après Yuan (041EI), il serait intéressant de majorer les salaires ou de donner une prime aux infirmières exerçant au sein de ces institutions hospitalières, celle-ci croit qu'un effort doit simultanément être déployé de façon à diminuer la charge des infirmières qui exercent dans ces milieux, sans quoi une prime ou une augmentation salariale ne saurait retenir des infirmières que l'on confine au surmenage.

Du point de vue de Michel (037EI), pour mieux reconnaître la contribution des infirmières soignantes, les gestionnaires des unités de soins devraient également s'assurer de les rémunérer convenablement lorsqu'elles ne prennent pas leur pause ou lorsqu'elles terminent leur quart de travail plus tard que prévu. Michel (037EI) poursuit en indiquant pourquoi il considère que toutes les heures travaillées par les infirmières soignantes méritent d'être rémunérées convenablement :

il faut reconnaître le travail que les personnes font pour [...] augmenter la satisfaction. Si les filles font du TS, il faut qu'elles soient payées à taux et demi, pis même si c'est 15 minutes. Juste ça, les filles vont se sentir valorisées là-dedans et, donc, en se sentant valorisées, moins de détresse, moins d'épuisement fonctionnel. [En étant] heureux, c'est qu'on est capable de passer à travers de ben des épreuves. Que l'employeur arrête de garder sa bourse fermée [...] : si on a des fonds, eh bien, qu'on s'en serve! Qu'on arrête d'essayer [...] de faire des reports d'argent; [...] ce n'est pas comme ça qu'on va [résoudre les problèmes]. Il faut utiliser nos fonds, [et] bien les utiliser. (Michel, 037EI)

4.2.2.1.3 - Des gestionnaires présents pour une reconnaissance adéquate

Pour sa part, Charles (036EI) suggère une présence accrue des gestionnaires sur le terrain de façon à pallier le manque de reconnaissance des infirmières soignantes :

[il faudrait] augmenter la présence des gestionnaires sur le terrain. Peut-être que ça pourrait donner un plus. Ça [aiderait] certainement que les gestionnaires soient plus présents sur les lieux et moins souvent en réunions, [...] ils pourraient voir l'ensemble des choses [qui sont faites par les infirmières] en passant sur [leurs] départements. Ça aiderait [pour] donner un feedback au monde. (Charles, 036EI)

Il tombe sous le sens qu'en étant témoin du travail quotidien – ainsi que de leurs bons coups – effectué par les infirmières soignantes, les gestionnaires auraient certainement une plus grande propension à être reconnaissants à leur égard. D'autre part, nombreuses ont été les infirmières participantes à souhaiter une présence accrue des gestionnaires sur le terrain mais, cette fois, pour des raisons autres que le déploiement d'actions de reconnaissance des gestionnaires à l'égard des infirmières soignantes et que nous explorons ci-dessous à titre de pistes de solution associées à ce grand thème de la proximité entre les gestionnaires et les infirmières soignantes évoqué par nos participantes.

4.2.2.2 - La proximité entre les gestionnaires et les infirmières

Dans le cadre de cette étude, nombreuses ont été les participantes à proposer que les gestionnaires des unités de soins se rapprochent de la réalité vécue par les infirmières soignantes qu'ils se rapprochent de la réalité du terrain. Qu'il s'agisse d'Isabelle (027EI), de Jacques (028EI), de Linda (030EI), de Julie (039EI), de Suzanne (042EI), de Danielle (040EI), de Serge (063EG3), de John (064EG3) ou d'Alexandra (065EG3), la presque totalité des infirmières participantes ont, plus ou moins directement, fait allusion à ce désir d'une plus grande proximité avec les gestionnaires qui, à leur avis, passent beaucoup plus de temps en réunion que sur le terrain, auprès des infirmières soignantes. Parmi les éléments les plus porteurs d'une stratégie permettant l'amélioration des conditions d'exercice de la profession infirmière, les participantes que nous avons rencontrées parlent d'un souci accru, de la part des gestionnaires, de ce qui se passe sur le terrain, lequel faciliterait la communication entre les deux groupes, renforcerait le sentiment d'appartenance des équipes de soins, donnerait l'occasion aux gestionnaires d'aider concrètement les infirmières, de mieux les comprendre et d'être plus sensibles à leur réalité. D'après plusieurs participantes, cela conférerait également une plus grande crédibilité aux gestionnaires des unités de soins. Par ailleurs, certaines participantes ont souligné différentes façons d'encourager une plus grande présence des gestionnaires sur le terrain, comme le fait de permettre et d'encourager une pratique mixte chez les gestionnaires et d'évaluer périodiquement les infirmières soignantes.

Dans cet esprit, d'après Danielle (040EI), il est important qu'en situation de pénurie, les gestionnaires soient encore plus présents sur le terrain, de façon à ce qu'ils puissent identifier les problèmes qui en découlent et ainsi intervenir rapidement pour les régler :

en période de pénurie [...], ce n'est plus le temps de parler, de faire des comités, [et de] rester embarré dans les bureaux, c'est le temps d'être sur le plancher. Ça ne prend pas la tête à Papineau : tu te promènes. Les gestionnaires verraient les problèmes, là. Et, de diminuer, s'il vous plaît, le nombre de gestionnaires. T'sais, d'avoir je ne sais pas combien de coqs [...] sur le dos, c'est assez! En [...] pénurie, tu coupes l'administration et tu augmentes sur le plancher. J'assiste à leurs réunions parce [...] qu'on vient chercher des gens du plancher : « on va vous écouter, vous êtes tellement importants! » J'ai passé une journée à entendre parler de golf, là, c'est ça une réunion de gestionnaires. On peut-tu travailler et parler terrain [...]? Je veux du pratico-pratique, ici, maintenant, chez nous! (Danielle, 040EI)

À travers son témoignage, Danielle (040EI), au même titre que Philippe (045EI), souligne sans équivoque l'importance de réduire le nombre de gestionnaires dans les différents milieux, mais insiste plus particulièrement pour que ceux-ci ne soient pas constamment mobilisés par des réunions qui, à son avis, ont pour effet de leur faire perdre le contact avec la réalité du terrain. D'après Danielle (040EI), les réunions ne doivent pas nécessairement disparaître, mais la majorité d'entre elles devraient être succinctes et en lien direct avec ce qui se passe au sein des unités de soins.

Tu te promènes : « ok, réunion de 10 minutes. Là, je vous ai parlé du respect, je vous ai parlé de ça [...] comment on pourrait [s]'organiser? » Ça ne prend pas des sous, ça là, [...] même pas une grosse organisation [et] il y a des choses qui se font. Ça prend juste des gestionnaires qui sont capables de lâcher leurs papiers et de regarder la réalité et de dire : « non, c'te façon [là de fonctionner], ça a pas d'allure! » Pis de regarder : « qu'est-ce que t'en penses? [Et toi,] qu'est-ce que t'en penses? » (Danielle, 040EI)

Pour Isabelle (027EI), comme pour d'autres participantes, un plus grand intérêt de la part des gestionnaires quant à ce qui se passe réellement sur le terrain faciliterait une communication qui est actuellement déficiente entre les gestionnaires et les infirmières soignantes.

Il faut que les gestionnaires aussi lâchent un peu la gestion [...] et reviennent un petit peu sur le clinique et qu'ils soient plus présents. Nos infirmières chefs, il faut qu'elles soient plus près de nous, plus présentes. Il me semble que de se sentir supporté quand

c'est dur, c'est déjà mieux mettons... À moins un [dans les effectifs], avec un support concret [et] une écoute [ça aide]. (Isabelle, 027EI)

Isabelle (027EI), qui est une jeune infirmière, demande à ce que les gestionnaires « reviennent » sur le terrain, et ce, au même titre que nombre d'infirmières participantes qui ont plus d'expérience et ont vécu cette réalité passée où les gestionnaires étaient omniprésents au sein des unités de soin. Plusieurs raisons ont été invoquées par les participantes pour justifier ce désir qui les habite. Si, comme nous l'avons rapporté, Isabelle (027EI) croit que ces pratiques faciliteraient la communication entre les gestionnaires et les infirmières soignantes, nombreuses ont été les participantes à souligner que la présence des gestionnaires sur le terrain favoriserait également la consolidation d'un *sentiment d'appartenance à l'équipe de soins*.

[Ce] qui serait l'idéal [...], c'est que nos gestionnaires soient sur le terrain, qu'ils reviennent sur les départements avec le personnel comme c'était avant pour faire le petit noyau d'équipe. T'sais, avant, c'était une équipe, on était tissé serré. On avait tous un sentiment d'appartenance à notre équipe. (Suzanne, 042EI)

Contrairement à la majorité des participantes, Julie (039EI) ne ressent pas nécessairement le désir que la gestionnaire de l'unité au sein de laquelle elle exerce se rapproche du terrain et, donc, des infirmières soignantes, et ce, parce que celle-ci ne détient pas une formation d'infirmière. Julie (039EI) n'a pas l'impression que cette gestionnaire pourrait comprendre le travail effectué par les infirmières soignantes, c'est donc plus particulièrement de l'AIC⁹⁹ qu'elle souhaiterait obtenir plus de soutien.

J'aimerais ça que ce soit quelqu'un d'autre que mon AIC qui fasse les horaires et la gestion, à la place de la chef. Comme ça elle aurait plus de temps [...] avec nous autres [...] pour nous former, nous informer [...] et de sentir qu'on a quelqu'un [...] parce que là, on se sent toutes seules [...]. La gestionnaire [d'unité], elle est ergothérapeute [...]. Moi, je n'ai pas nécessairement besoin de sa présence, parce qu'elle n'a pas le profil que j'attends d'une supérieure. Je m'attends d'avoir une infirmière qui est ma supérieure et qu'elle ait du temps pour moi. [Elle] connaîtrait plus notre réalité [et pourrait] prend[re] en considération le fait qu'on a besoin de formation. (Julie, 039EI)

⁹⁹ Rappelons que nombreuses ont été les participantes à souligner qu'afin de réduire la surcharge ambiante, les AIC doivent très souvent relever les ordonnances; une tâche qui devrait être accomplie par les infirmières soignantes. Cette tâche, ajoutée à la gestion des horaires, amène les AIC à consacrer moins de temps à l'encadrement et au soutien clinique des infirmières soignantes.

Si la majorité des participantes nous ont indiqué qu'elles n'obtiennent que très peu de soutien de la part de gestionnaires d'unité qui, même bénéficiant d'une formation d'infirmière, peinent à comprendre leur réalité, il apparaît, du point de vue de Julie (039EI), qu'il est encore plus difficile pour des infirmières soignantes de se sentir comprises par une gestionnaire d'unité qui n'est pas infirmière. *Ipsa facto*, Julie (039EI) souhaite avoir une infirmière comme supérieure, mais apprécierait également pouvoir jouir d'une certaine proximité avec celle-ci. De par l'expertise infirmière qu'elle posséderait, mais également de par cette proximité qu'elle entretiendrait avec les infirmières soignantes, cette supérieure pourrait, par exemple, la remplacer lorsqu'elle fait face à une surcharge de travail au sein de l'unité et qu'aucune collègue n'est disposée à la remplacer afin qu'elle puisse aller dîner.

J'aimerais ça que les gestionnaires comprennent ça, c'est quoi la job des infirmières. Pour moi, l'infirmière-chef, c'est quelqu'un qui dit : « hey, va dîner j'veis m'en occuper de ton patient. » Quelqu'un qui est proche de ses employés [...]. Ils mettent n'importe qui, n'importe où... Il y a tellement de gestionnaires là, pis ils font des belles rencontres toute la journée [...], pis mon AIC fait des horaires. [Alors] c'est qui [...] qui m'aide? Quand j'ai des questions, c'est qui que j'appelle? [Et] j'ai l'impression que c'est [comme] ça partout, pis qu'ils ne savent pas pantoute ce qu'on fait. En liaison, ne demande pas à ma boss c'est quoi que je fais, elle ne le sait pas. Elle ne le sait pas pantoute! C'est comme si on est une curiosité (rires)! (Julie, 039EI)

Dans le même sens, Jacques (028EI) propose que les gestionnaires aillent encore plus loin en suggérant eux-mêmes¹⁰⁰ sporadiquement d'effectuer du TSO à la place des infirmières soignantes, une action qui, d'après Jacques (028EI), permettrait de consolider la *légitimité* de leur pouvoir aux yeux de celles qui, au quotidien, sont susceptibles d'être confrontées à cette mesure coercitive :

j'ai souvent dit à mes patrons : « moi, ça ne me dérange pas de rester en TSO », mais je vais avoir beaucoup plus de respect pour toi, si un jour, je te vois débarquer en me disant : « c'est moi qui va le faire à ta place. » C'est un peu dans la légitimité du pouvoir. Pour qu'un gestionnaire soit légitime, [...] j'ai besoin de savoir qu'il est présent, qu'il valorise [ce que je fais], mais, et en même temps, qu'il est sensible à la situation et qu'il est dans le même bateau, dans la mesure où je pense qu'il faut que l'on travaille tous à l'amélioration de la situation, et qu'il y ait des employés qui peuvent être exténués, puis, ça, il faut le comprendre. (Jacques, 028EI)

¹⁰⁰ Du moment qu'elles sont elles-mêmes infirmières de formation.

Si les gestionnaires peuvent, par leurs dires, se montrer « sensibles à la situation » vécue par les infirmières soignantes, selon Jacques (028EI), rien n'est plus garant de l'authenticité de cette sensibilité que de s'immerger pleinement, en tant que gestionnaire, dans la réalité quotidienne des infirmières. Serge (063EG3) abonde dans le même sens que Jacques (028EI) à ce propos et fait référence à la crédibilité que les gestionnaires peuvent acquérir en travaillant sur le terrain, une crédibilité qui, d'après lui, est indispensable pour « mobiliser une équipe » dans un sens donné. Serge (063EG3) propose d'ailleurs que les gestionnaires aient la possibilité, au même titre que certains médecins, d'adopter une pratique mixte à travers laquelle elles auraient la possibilité d'agir à titre de gestionnaires tout en demeurant actives au niveau clinique et puissent continuer à donner des soins. Une proposition avec laquelle John (064EG3) et Alexandra (065EG3), qui ont participé au troisième groupe de discussion, sont en accord.

Je trouve ça ben intéressant de voir les médecins qui peuvent avoir des pratiques mixtes, qui vont continuer de [...] suivre leurs patients et [...] vont pouvoir faire de la gestion aussi en même temps. Chez les infirmières, [...] ce n'est pas un modèle qui existe. À partir du moment où on embarque dans une job où, vraiment, on va faire plus de la gestion, on doit absolument faire notre deuil [...] du caring et de la clinique [...]. Moi, j'aimerais [...] éventuellement de pouvoir avoir une pratique mixte, [...] d'arranger un horaire de travail pour pouvoir faire les deux. (Serge, 063EG3)

Te garder à jour. (John, 064EG3)

Oui. (Serge, 063EG3)

Ça permettrait une bien meilleure gestion, vu qu'elle resterait enracinée [dans la pratique]. Et puis [...], ce serait un modèle qui permettrait une pratique plus efficace parce que justement ça obligerait chacun à faire un chemin vers l'autre. Puis les chefs qui ne resteraient pas derrière leur paravent, [...] ils seraient capables de mettre leur uniforme et de venir [nous aider]. (Alexandra, 065EG3)

Si je n'arrête pas de chialer et de dire que vous n'êtes pas capables d'avoir tels standards de qualité [...], puisque moi-même [...] je n'y arrive pas... mais j'veux dire [...] ce n'est pas de la mauvaise volonté, [c'est que] ça ne se peut pas, ok. [À l'inverse, si [...] on me dit : « ben non, on n'est pas capable de faire ça. » « Ben, je le fais là, voyez je peux le faire [donc], il y en a d'autres qui peuvent le faire », t'sais [...].

D'un autre côté, si je suis sur le plancher avec mes employés et que je travaille, ben, je développe de la crédibilité aussi. [C'est avantageux] quand on parle de mobilisation, t'sais, de mobiliser une équipe, etc. (Serge, 063EG3)

Si John (064EG3) et Alexandra (065EG3) sont en accord avec la proposition de Serge (063EG3), pour sa part, Roméo (061EG3) ne croit pas que cela soit salubre. Celui-ci suggère plutôt que davantage de pouvoir soit délégué aux AIC et que celles-ci se rapprochent des infirmières soignantes et collaborent plus étroitement avec elles :

Serge, je trouve ça intéressant ce que tu apportes [...], mais je suis contre [...], parce que [...] quand [...] je vois [...] ma chef d'unité qui arrive [pour] donner un soin au patient parce que bon, ça l'interpelle ou [il y a] une situation inhumaine [...], je trouve tellement à ce moment-là qu'elle n'est pas à sa place. Dans le sens, où, pendant qu'elle fait ça, elle ne fait pas d'autres choses qui pourraient bénéficier à l'ensemble de l'équipe [...]. Je pense que l'on doit [plutôt] déléguer, justement, comme beaucoup de pouvoir aux assistants et de leur faire confiance et, en même temps, de travailler en collaboration avec eux pour arriver à changer les choses [...]. Oui, si j'étais gestionnaire, j'aimerais ça avoir le temps [...] d'être sur le plancher [...], mais je ne pense pas que c'est le rôle d'un chef d'unité d'être directement aux patients. Je ne pense pas qu'on maximiserait, et son temps, et son salaire. (Roméo, 061EG3)

En conférant plus de pouvoir aux AIC tel que Roméo (061EG3) le suggère, celles-ci deviendraient, de façon beaucoup plus formelle, les supérieures des infirmières soignantes exerçant au sein des unités de soins. Pour celui-ci, cela rapprocherait les infirmières soignantes de leur supérieure immédiate, ce qui les amènerait à être dirigées par quelqu'un qui serait bien au fait de ce qui se passe sur le terrain. Cela pourrait, en quelque sorte, répondre à la demande de nombreuses participantes de pouvoir se référer à une supérieure qui connaît mieux la réalité du milieu, celle des infirmières soignantes. Pourtant, si l'on se réfère au témoignage de Julie (039EI) qui, comme nous l'avons vu précédemment, considère que les AIC ont déjà trop de responsabilités pour soutenir adéquatement les infirmières soignantes dans leur pratique, il est à prévoir qu'en conférant plus de pouvoir aux AIC, ce problème s'exacerbera.

Pour Danielle (040EI), se rapprocher du terrain et des infirmières soignantes pour une gestionnaire d'unité de soins, c'est également évaluer sporadiquement les compétences de celles-ci, et ce, de façon à ce qu'elles se sentent soutenues et qu'on les encourage à vouloir améliorer leur pratique.

Ça prend une évaluation du personnel. Le personnel n'est plus évalué. De dire : « bon, écoute, tu es rentré depuis tant de temps. Toi, comment tu trouves que tu travailles? » (Danielle, 040EI)

Il n'y en a plus aucune? (Chercheur)

Aucune évaluation [...], aucun suivi de personnel. Le suivi apparaît quand il y a un problème. [Pourtant,] c'est une base de [la] gestion. T'es un gestionnaire, t'es un patron [...], je suis désolé [...], fais une évaluation de ton personnel et tu lui dis : « l'année prochaine, je veux que tu aies atteint tel niveau, je voudrais que tu travailles telle chose et on va se faire des rencontres. » Il n'y a plus aucune vérification [...] du travail des gens [...] : ça fonctionne aux plaintes... (Danielle, 040EI)

4.2.2.3 - Pour de meilleurs gestionnaires

Comme nous avons pu le constater précédemment en explorant le premier des trois axes thématiques qui composent ce chapitre, des infirmières participantes ont souligné une vaste gamme de problèmes relatifs à la gestion hospitalière et au manque de compétence de gestionnaires qui exercent au sein de CH. Qu'il s'agisse de les payer plus, de profiter des départs à la retraite pour engager des gestionnaires plus compétents, de s'assurer que ceux-ci s'enquière davantage de ce qu'est réellement une infirmière soignante ou de la mise en place d'incitatifs afin qu'ils aient le désir de parfaire leur formation de gestionnaire, des participantes ont proposé différentes pistes de solution pour que de *meilleurs gestionnaires* puissent évoluer dans les rangs des différentes institutions hospitalières québécoises.

Pour attirer de meilleurs gestionnaires au sein des différents CH québécois, Dominic (038EI) propose de les payer davantage :

j'ai l'impression que les gestionnaires ne sont pas bons. Moi, ce que ma blonde me répond, c'est : « qu'on ne les paie pas assez et c'est pour ça qu'ils ne sont pas bons. » Je ne sais pas, si on les payait plus, si ce serait mieux, mais j'ai l'impression que la grosse problématique, c'est le salaire. Parce que nous autres, on est là, et on la fait la job. On travaille et on ne peut pas faire plus que ça là, mais, eux autres, il me semble que oui, s'ils projetteraient mieux... (Dominic, 038EI)

Du point de vue de Dominic (038EI), il serait préférable de miser sur de meilleurs gestionnaires, en les rémunérant davantage, que d'économiser en engageant de moins bons gestionnaires. D'après celui-ci, les économies réalisées en ne les rémunérant pas suffisamment

seraient annihilées par les coûts engendrés par les mauvaises décisions qui sont prises par ces gestionnaires que l'on pourrait qualifier de « *gestionnaires à rabais* ». Pour sa part, Julie (039EI) ne précise pas si elle suggère de mieux rémunérer les gestionnaires des différents CH, mais elle souligne l'importance de profiter des prochains départs à la retraite, de façon à remplacer ceux qui quittent les institutions par de meilleurs gestionnaires, une stratégie qui, comme le souligne Dominic (038EI), requiert vraisemblablement de rémunérer plus adéquatement ces gestionnaires.

Ils mettent n'importe qui dans les bureaux. [Par exemple, aux] ressources humaines, ils ne comprennent pas c'est quoi la job d'une infirmière. On perd notre temps [...] avec des gens qui n'ont pas la compétence pour être là. Comment on fait avancer les choses avec des gens qui sont incompetents? Il faudrait les tasser, [car] c'est toujours juste de [...] régl[er] de petits problèmes local, là, au lieu de dire : « ok, on va se mettre à améliorer les conditions du personnel. » On est toujours au même point. [Alors,] il y a beaucoup de départs à la retraite chez les cadres, [...] eh ben, peut-être les prochains qui vont être embauchés... peut-être mettre du monde un peu plus compétent, un peu plus terrain [...], ce serait le temps. (Julie, 039EI)

La méconnaissance de la réalité infirmière de la part des gestionnaires des ressources humaines a été soulevée à de nombreuses reprises dans le cadre de cette étude, Laurier (032EI) et Julie (039EI) ont d'ailleurs souligné ce problème plusieurs fois à travers leur témoignage. Pour résoudre ce problème récurrent, Didier (047EI) propose la création d'une spécialité relative à « *la gestion de la ressource humaine* » infirmière :

il faut avoir une spécialité au niveau de la gestion de la ressource humaine, notamment en soins. Les infirmières [...], c'est pas juste une ressource humaine, c'est une ressource humaine qui est professionnelle aussi et qui a des obligations professionnelles et qui a un profil bien type. Donc, on devrait ajuster cette administration-là, je pense, en lien avec ces profils-là à administrer, de bien connaître [...] qui sont les infirmières. (Didier, 047EI)

Qu'il s'agisse de gestionnaires des ressources humaines ou de tout autre type de gestionnaire, Didier (047EI) insiste quand à l'importance d'évaluer leurs compétences, et ce, dans l'intention de parfaire leur formation pour combler les lacunes qu'ils présentent. Une proposition avec laquelle Roméo (061EG3) est également en accord.

Je ferais une bonne évaluation de ce que j'ai sur le plancher en termes d'administrateurs [et] j'essayerais d'aller puiser des administrateurs purs, des gens [...] qui ont fait de hautes études administratives pour essayer de rééquilibrer [...] cette gestion improvisée. On a des gestionnaires qui [...] n'[ont] pas les compétences académiques pour faire de l'administration : on y va [...] un peu d'instinct. Et quand l'instinct embarque dans un processus comme ça, on peut faire chirer le réseau. [Donc,] j'essayerais de les [...] inciter à aller aux études. Je sais que ça se fait par la relève aux cadres¹⁰¹ mais [j'irais] plus loin que la relève aux cadres. (Didier, 047EI)

4.2.3 - Des stratégies infirmières mobilisatrices

Dans cette sous-section, nous avons regroupé des idées des infirmières participantes qui sont ressorties des données recueillies et qui, à notre avis, pourraient être intégrées dans de futurs plans d'action à titre de stratégies favorisant différents objectifs comme la solidarisation des infirmières soignantes, leur réflexion critique, leur conscientisation politique et leur prise de parole dans la sphère publique. Comme, de notre point de vue, chacun de ces phénomènes concourt à la mobilisation des infirmières soignantes et de leurs alliées, afin qu'ensemble, elles exigent l'amélioration des conditions d'exercice de la profession infirmière, nous avons choisi de qualifier ces stratégies sous le thème des *stratégies infirmières mobilisatrices*. Dans l'ensemble, les données que nous avons regroupées sous ce thème suggèrent qu'il existe certaines divergences quant à l'importance, pour les infirmières soignantes, d'utiliser toutes les tribunes afin de faire valoir leurs intérêts. Nombreuses ont été les participantes à souligner qu'il serait souhaitable que les infirmières soignantes s'ouvrent davantage à d'autres réalités que celle qu'elles vivent au quotidien. L'importance de créer des alliances avec d'autres professionnels, mais également avec les patients, pour potentialiser les forces de chacun au sein de revendications communes et, ainsi, s'assurer qu'elles soient entendues, a également été abordée à de nombreuses reprises par des participantes. Finalement, plusieurs idées que des participantes ont émises suggèrent que la politisation de la formation infirmière serait souhaitable et qu'il serait important que des stratégies informatives convenables soient mises en place, de façon à favoriser la conscientisation des infirmières et celle des patients.

¹⁰¹ Le programme de relève des cadres offre un cheminement d'apprentissage dans le domaine de la gestion à des candidats triés sur le volet par les CH. Ce programme à travers lequel les participants sont invités à suivre différentes formations, à siéger à différents comités et à mettre de l'avant différents projets, mène généralement à l'obtention d'un poste de cadre.

4.2.3.1 - « *Utiliser toutes les tribunes* »

Pour certaines participantes, il est souhaitable, d'un point de vue stratégique, que les infirmières soignantes occupent tous les espaces où elles peuvent exprimer leurs opinions. De leur perspective, toutes les tribunes sont bonnes et il est important que les infirmières soignantes y soient présentes. Qu'il s'agisse de comités, de réunions, de congrès, de conseils d'administration, tous les espaces politiques doivent être occupés et chaque infirmière devrait également s'engager dans une cause qui lui est chère. De l'avis de certaines infirmières interviewées, la participation des infirmières à certains comités – ou même le fait d'assister à des rencontres d'équipe qui sont pourtant organisées de façon à circonscrire des problèmes récurrents vécus par les infirmières – ne sert vraisemblablement à rien, sinon qu'à détourner les énergies des participantes. Différentes propositions à teneur stratégique, telles le fait d'inviter les infirmières soignantes à s'engager davantage au niveau local ou de créer un groupe indépendant au sein duquel elles pourraient échanger sur les préoccupations qui leur sont propres, ont également été soulevées, le tout visant à favoriser la multiplication des prises de parole dans différentes instances.

Comme d'autres participantes, Josée (035EI) insiste quant à l'importance d'assister à toutes les réunions qui se tiennent au sein du CH où elle exerce et de prendre la parole à titre d'infirmière.

Ben, c'est de pouvoir [...] aller dans toutes les réunions et, que ce soit une réunion de département, une réunion syndicale... mais de se tenir informé et de dire notre opinion, de ne pas avoir peur [...]. Si, toi, tu essaies d'améliorer les choses, que t'apportes ton point de vue, mais t'apportes aussi tes solutions. Pour moi, c'est un engagement politique. C'est vraiment de prendre toutes les tribunes et d'aller dans toutes les réunions [...]. Pas juste d'aller écouter, mais, t'sais, de ne pas avoir peur de parler. (Josée, 035EI)

Judith (062EG3) abonde dans le même sens que Josée (035EI) et pousse sa réflexion plus loin en insistant sur le fait qu'idéalement, toutes les infirmières devraient s'engager activement, et ce, peu importe le type d'engagement choisi. Celle-ci précise également que chaque infirmière

devrait s'intéresser à l'actualité, une stratégie mobilisatrice qui leur permettrait de mieux veiller sur leur propre intérêt.

À un moment donné, y faut qu'il y ait des dialogues et je pense que tous les lieux d'influence sont bons. Souvent, on reste dans nos petits milieux, entre nous autres, je pense qu'il faut s'impliquer et peu importe l'implication, CI¹⁰², CIA, go vas-y. Mais, restez-en pas là. Tout le monde devrait avoir une implication et [...] il faut oser [...], il faut aller plus loin. Il y a des infirmières qui disent : « ben, moi j'y vas avec le soin. » Mais non, je suis désolée, mais il faut avoir une lecture de l'actualité aussi. Parce que c'est le seul moyen pour ne pas se faire passer un savon, là... (Judith, 062EG3)

Si, de ce point de vue, « tous les lieux d'influence ne sont pas à négliger », toutes les opinions sont aussi garantes de la qualité des débats qui y prennent place. Quelles soient généralement admises ou marginales, toutes les idées méritent de gagner la sphère publique, selon Judith (062EG3).

Contrairement à ce qu'avancent Josée (035EI) et Judith (062EG3), pour Roméo (061EG3), tous les lieux d'influence ne sont pas équivalents. Celui-ci croit d'ailleurs que certains comités, comme les CII, et les « comités relève jeunesse » des différents CH n'ont que très peu de pouvoir réel, voire aucun.

Le CI relève de la DSI qui est conseil. Ça fait [...] que le pouvoir, je pense, qu'il avait dans le passé est en train de se perdre... pis, on dirait que le désengagement [...] de la part des infirmières envers le CI est en train de se faire aussi. Ça fait qu'il faut que t'aies un CI qui est vraiment fort pour arriver à amener des gens qui s'impliquent [...] dans divers [changements]. On avait beau de se réunir, le CI, CM puis le CMDP¹⁰³. Ben, le CMDP n'était jamais là. Quand on voulait avoir un avis de tous les professionnels [...], c'était difficile de rallier tout le monde [...]. Moi, je suis d'accord que le CI a son rôle à jouer pour arriver à mobiliser les infirmières et d'essayer de [...] changer les choses, mais, en même temps, il faut qu'il y ait des leaders sur chacune des unités qui arrivent à changer les choses, mais au niveau plus local, t'sais... (Roméo, 061EG3)

Tu veux dire comme des infirmières de terrain? (Alexandra, 065EG3)

Oui, exactement. (Roméo, 061EG3)

¹⁰² Par CI, Judith (062EG3) fait ici référence aux conseils des infirmières et des infirmiers (CII) des CH, et ce, au même titre que Roméo (061EG3).

¹⁰³ Se référer à la liste des abréviations en page 14 et 15 de cette thèse pour plus de détails quant à ces différents conseils.

Parce que, dans ces conseils là, il manque des infirmières de terrain. (Alexandra, 065EG3)

Il y a le comité des jeunes aussi... (John, 064EG3)

Mais le comité relève jeunesse a un gros mandat, là... d'essayer d'améliorer l'attraction, l'intégration et la rétention des infirmières. Quand on sait tous les millions qui sont dépensés, par la DRH, pour essayer de faire de l'attraction et de la rétention, c'est en mettre beaucoup sur les épaules des infirmières qui viennent d'arriver [...]. Moi, en tout cas, je trouve ça lourd à porter. Pis, pour avoir été responsable du comité relève jeunesse [du CH où j'exerce], bon, on a une grande latitude, c'est certain, mais, est-ce qu'on a réellement un pouvoir? T'sais, je ne pense pas là... (Roméo, 061EG3)

D'après Roméo (061EG3), le désintérêt des infirmières soignantes pour les CII et autres comités relevant de la DSI des différents CH québécois n'est pas étranger au fait que ces DSI sont maintenant confinées à un rôle-conseil, ce qui, pour celui-ci, a pour effet de réduire le pouvoir conféré à ces comités. Comme Roméo (061EG3), Alexandra (065EG3) et Laure (056EG2) l'ont également souligné, les infirmières soignantes ne seraient que très peu représentées au sein des CI. « *Dans beaucoup, beaucoup de cas, c'est des comités qui sont mis sur pied souvent par la DSI, et qui comprennent des intervenants qui ne sont plus beaucoup sur le terrain* », comme le rappelle Laure (056EG2). D'après ces participantes, les intérêts des infirmières soignantes seraient ainsi relégués au second plan dans ces instances. Dans le même ordre d'idées, la possibilité que des infirmières ont d'initier de réels changements au sein de comités institutionnels comme les CRT (comité de relation de travail), où le syndicat et l'employeur traitent de différents dossiers qui sont relatifs aux conditions de travail, est sérieusement mise en doute, tant par Monique (034EI) que par Josée (035EI). Cette dernière doute également qu'il soit possible, pour des infirmières soignantes, de provoquer de réels changements dans les rencontres d'équipe, notamment mises en place dans le but d'améliorer l'organisation du travail au sein d'unités spécifiques. Josée (035EI) a d'ailleurs pris la décision de ne plus assister à ces rencontres, qu'elle considère inutiles.

En faisant notamment référence aux CII au sein desquelles les intérêts des infirmières soignantes ne seraient pas suffisamment pris en compte, Alexandra (065EG3) souhaite la

création d'un groupe indépendant, composé d'infirmières soignantes, ce qui permettrait de faire valoir leurs intérêts communs.

Donc, finalement, c'est d'être capable de se regrouper sous une sorte d'idéal commun, peut-être, et de dire : « eh bien, on a un idéal puis on va créer un [...] groupe [qui nous est] propre. » (Alexandra, 065EG3)

Cette idée de créer un groupe qui ne relèverait ni d'une institution hospitalière, ni d'un syndicat, ni même d'un ordre professionnel, où les infirmières pourraient échanger sur les préoccupations qui leur sont propres et, ainsi, de façon concertée, réfléchir aux moyens à emprunter pour faire advenir différents changements par leurs actions, nous apparaît comme une stratégie mobilisatrice intéressante pour favoriser l'émancipation des infirmières soignantes.

4.2.3.2 - S'ouvrir à différentes réalités

À travers les données que nous avons recueillies, certaines participantes ont souligné l'importance pour les infirmières soignantes de s'ouvrir à d'autres réalités que celles qu'elles vivent au quotidien et ont suggéré différentes façons d'y arriver. Nous pourrions qualifier ces différentes façons de s'ouvrir à d'autres réalités de *stratégies mobilisatrices*, du fait que celles-ci permettent aux infirmières soignantes de renouveler leurs aspirations professionnelles ou d'en formuler de nouvelles à partir du vécu de leurs collègues. D'ailleurs, d'après les données que nous avons recueillies, la convergence des différentes réalités permet souvent aux infirmières soignantes de réaliser qu'elles acceptent des situations qu'elles ne devraient jamais accepter. Ainsi, ces stratégies sont mobilisatrices du fait qu'elles donnent aux infirmières soignantes le recul dont elles ont besoin pour réaliser qu'elles évoluent souvent dans des conditions d'exercice intenable, mais elles le sont également du fait qu'elles renforcent la solidarité entre les infirmières de milieux divers. Qu'il s'agisse de s'intéresser simplement à ce qui se passe à l'extérieur de l'unité de soins où elles exercent, de prendre conscience des effets aliénants de leur propre quotidienneté, de se rendre physiquement au sein de d'autres milieux de soins, de créer des comités où différents professionnels de la santé pourraient échanger

quant à la réalité qui leur est propre ou de se présenter sporadiquement à des rassemblements ou congrès, de façon à s'enquérir des expériences et perceptions de collègues infirmières, plusieurs façons de s'ouvrir à de nouvelles réalités nous ont été décrites par les participantes. Linda (030EI) justifie la pertinence de cette stratégie et décrit comment elle l'a opérationnalisée dans le passé :

le groupe des infirmières [...] sont dans une certaine bulle [...], la bulle de leur CH et de leur département [...]. S'il y avait [...] plus de motivation et un incitatif qu'il faut qu'elles sortent de leur bulle [...] et de dire : « hey, r'garde les infirmières, là, en France, ou les infirmières en Ontario, eux autres vivent cette situation-là différemment. » Peut-être qu'on pourrait regarder comment ils font ça et peut-être que ça irait bien [pour nous]. T'sais [...], de voir comment les autres fonctionnent et de s'ouvrir. (Linda, 030EI)

Linda (030EI) nous met donc au fait d'une certaine aliénation dans le travail qui amènerait les infirmières à considérer leur réalité comme étant la seule réalité possible, une réalité qui leur apparaîtrait en quelque sorte comme immuable, impossible à changer. C'est *a priori* en portant un regard critique quant à l'aliénation d'une masse qu'elle décrit comme apathique, que Linda (030EI) transpose une réflexion, que l'on pourrait qualifier de macrosociologique, sur ce qui se passe au sein des hôpitaux chez les infirmières soignantes, comme si le schème emprunté par les êtres humains au sein de la société contemporaine se reproduisait sur le plan microsociologique dans la culture hospitalière.

Tout le monde dans le métro se fait foutre [un] journal [...] – même s'il ne veut pas – dans les mains en rentrant. Et on dirige les gens dans une direction avec ça. Les gens bouffent ce journal-là, bouffent l'information à la télévision, comme si c'est du cash. C'est ça, la réalité. Quand [...] tu vas sur Internet et que tu lis ce qui se passe dans les journaux en Grande-Bretagne, en France [...], ça reste que c'est de l'information qui est filtrée, mais ça [amène un autre point de vue]. Il reste qu'on a une vision très fermée de la réalité [...], c'est comme une bulle d'information et à l'extérieur de cette bulle-là, il n'y a rien. Et, ce qui est à l'intérieur de la bulle, finalement, c'est ça la vérité, [...] tu ne cherches pas plus loin, tu restes là. (Linda, 030EI)

En faisant référence à une expérience personnelle, Linda (030EI) décrit comment elle a elle-même déjà opérationnalisé cette stratégie, que l'on pourrait qualifier d'émancipatrice, de par sa capacité à renverser l'aliénation induite par le confinement à une réalité unique :

[dans le cadre d'un] comité, j'ai été obligée d'aller passer une journée à Info Santé parce que j'étais écœurée d'entendre mes collègues dire : « ah! à Info Santé, ils disent rien que des niaiseries au téléphone et ils nous envoient tous les patients. » Je suis allée passer une journée avec eux autres et j'ai tout révisé les protocoles et ce n'est pas vrai, car on n'est même pas dans leur livre de références. Si plus d'infirmières sortaient de leur petite bulle du train-train quotidien pour aller voir ailleurs [...], dans un contexte agréable. Une journée que tu devrais être sur le département et vas passer une journée [dans un autre CH] pour voir comment ça se passe. Ça amènerait du renouveau. Ça aiderait l'infirmière à sortir de sa bulle qui est fermée. (Linda, 030EI)

En plus de souligner, au même titre que Linda (030EI), l'importance, pour les infirmières de s'ouvrir à la réalité vécue au sein de différents CH, Charles (036EI) précise qu'une attention particulière doit aussi être portée à la réalité des patients et à celle des différents professionnels de la santé, et ce, à travers un comité paritaire où règne une attitude d'ouverture et une volonté d'écouter les revendications de chacune des parties.

D'avoir un comité paritaire où le monde va pouvoir s'exprimer [...] et que l'on puisse arriver à un consensus ensemble, [...] en écoutant vraiment tout le monde [...], tant les patients, tant les infirmières, tant les autres professionnels de la santé. [À partir de] ça, on peut déployer nos ressources efficacement pour que tout le monde y trouve son compte. [Il faudrait aussi qu'il y soit question] des bons coups qui se produisent dans d'autres établissements. Ça peut nous donner [...] des idées pour améliorer notre établissement, là. (Charles, 036EI)

Comme l'amélioration des conditions d'exercice des infirmières soignantes doit nécessairement passer par une certaine négociation avec la partie patronale, mais également avec différents intervenants du domaine de la santé, et que tout changement en ce sens a nécessairement des effets directs sur les soins qui sont donnés aux patients, le ralliement de ces différents intervenants au sein un comité paritaire apparaît avantageux, surtout si chacun s'ouvre sincèrement à la réalité de l'autre.

Si Linda (030EI) ne croit pas qu'il soit pertinent d'assister à différents congrès (celle-ci fait notamment référence aux congrès organisés par son ordre professionnel), entres autres¹⁰⁴

¹⁰⁴ Il est à noter que Linda (030EI) ne considère pas les possibilités de s'ouvrir à d'autres réalités qui sont offertes dans le cadre des congrès et « colloques des infirmières », parce qu'à son avis, en plus de se tenir dans des endroits qui ne sont pas intéressants, « il faut que tu paies pour aller à ton colloque. Il faut que tu prennes des journées de congé pour aller à ton colloque... » (Linda 030EI) Comme l'ont mentionné plusieurs participantes dans le cadre de cette étude, il demeure extrêmement difficile, pour les infirmières soignantes qui, doit-on le rappeler représentent la plus grande partie de l'effectif

parce que ce qui y est discuté « *touche rarement le vécu, le senti de l’infirmière et d’[avoir la possibilité de] dire* : “ hey, comment tu te sens toi, au travail par rapport à [ça]...” », des divergences ressortent des données que nous avons recueillies. En effet, tous ne sont pas du même avis quant à la pertinence d’assister à ce genre de regroupement infirmier. Monique (034EI) nous a d’ailleurs confié qu’elle et une de ses collègues infirmière apprécient particulièrement de se présenter au sein de regroupements similaires, qui sont toutefois organisés par son syndicat, une activité qu’elle considère comme un espace privilégié permettant de s’ouvrir à différentes réalités.

Moi et [mon amie], on [apprécie] aller dans un conseil fédéral pour rencontrer du monde : « hey, vous autres, ça marche comment cette affaire-là? T’sais, comment ça marche? » *Puis, on prend des notes et quand j’arrive devant l’employeur, je lui dis* : « ce que tu veux nous faire là, c’est la même proposition que l’employeur de Shawinigan a fait, puis de telle place [...] et, pis, c’est ça qui est sorti de ça. » *Ça, ça l’écœure.* (Monique, 034EI)

4.2.3.3 - Créer des alliances

Des infirmières participantes ont décrit différentes stratégies mobilisatrices qu’elles ont déjà mises de l’avant ou qu’elles souhaiteraient voir se déployer, et qui ont pour dénominateur commun la création d’alliances – que ce soit avec les médecins ou avec les patients – dans le but de favoriser certains changements. Ces stratégies s’appuient entre autres sur la possibilité qu’ont ces deux groupes de communiquer efficacement leur mécontentement aux autorités compétentes. Elles misent également sur le pouvoir que ces groupes sont à même d’exercer. D’après les données que nous avons recueillies, les infirmières soignantes doivent prendre en considération l’indéniable pouvoir qu’exerce le groupe des médecins sur l’articulation du système de santé, mais également la possibilité qu’ont les patients de se plaindre des soins

infirmier au Québec, d’assister à des congrès où des décisions qui les affecteront directement seront prises sans leur aval. Comme l’indique Yuan (041EI) :

à l’Ordre professionnel, quand ils font les assemblées annuelles (dans le cadre du congrès annuel) pour faire les changements, la majorité des gens qui sont là, c’est des gestionnaires. Les gestionnaires sont payés pour être là. Si, moi, je me présente là comme infirmière [soignante], c’est ma journée de congé, c’est moins intéressant, j’ai d’autres choses à faire que d’arriver là, ou si je tombe en travail de nuit, ben, je n’aurai pas le goût d’y aller. T’sais, le monde est facilité pour les [...] gestionnaires, [pour les] gens qui veulent faire des décisions, mais ce n’est pas nécessairement les bonnes personnes pour faire les décisions. Il faut que ça vienne vraiment du grass root, des racines, pour vraiment dire c’est quoi le problème. C’est là qu’on a un problème de communication. (Yuan, 041EI)

reçus – tant à partir d’initiatives individuelles qu’à partir de regroupements comme les comités de patients – et tenter de rallier ces deux groupes à leurs causes.

Josée (035EI), qui à ce sujet, est du même avis que Leticia (046EI), décrit les raisons qui l’amènent à suggérer de s’allier aux médecins, à travers une plus grande solidarité avec ceux-ci, de façon à ce que les infirmières obtiennent une meilleure écoute lorsqu’elles mettent de l’avant différentes revendications :

les médecins, quand ils ne veulent pas quelque chose, eh ben, même le gouvernement va reculer. Je sens qu’ils ont beaucoup de pouvoir. On s’entend bien sur le département [...], mais il n’y a pas encore assez une solidarité entre médecins et infirmières [...]. Mais ça va peut-être venir, parce que, souvent, les [intérêts des] médecins [sont similaires aux nôtres]. [Ils] sont tannés de tout le temps changer de personnel [...], ils aimeraient avoir [de la] stabilité [...], un lien de confiance, [pour que l’on puisse] donner des meilleurs soins [...]. Si on [était] capable de passer certains dossiers par eux, on aurait une chance d’être [...] un peu plus écoutées.
(Josée, 035EI)

Selon Josée (035EI), les intérêts des médecins et ceux des infirmières soignantes sont souvent les mêmes et cela devrait inciter ces deux groupes professionnels à mettre de côté leurs rivalités pour porter ces intérêts de l’avant, ensemble. D’après le raisonnement de Josée (035EI), les médecins devraient *a priori* être en accord avec les revendications des infirmières soignantes qui ont pour effet d’améliorer les soins qui sont donnés aux patients, parce que cette amélioration de la qualité des soins est une finalité qui devrait être partagée tant par les infirmières que par les médecins. De ce point de vue, à travers leurs revendications pour mettre un terme à la surcharge de travail qu’elles vivent au quotidien, il serait légitime de penser que les infirmières soient capables de rallier les médecins à leur cause, la surcharge de travail ayant un effet direct sur la qualité des soins, selon les données que nous avons recueillies. Ainsi, du point de vue de Josée (035EI), le pouvoir exercé par le groupe des médecins sur les décideurs du domaine de la santé ne pourrait qu’aider à ce que les revendications des infirmières soient prises en considération.

En faisant référence à un autre type d’alliance, Philippe (045EI) explique ses motivations de faire alliance avec les patients, pour favoriser certains changements. Il énonce également les raisons qui l’amènent à ne pas adhérer aux principes fondamentaux des

« *mouvements de grèves* », nécessairement associés à des bris de services, et qui, à son avis, prennent en otage les patients.

Quand j'ai commencé [...], il y avait beaucoup de mouvements de grève [...]. Je trouvais ça bizarre de dire : « ok, on veut de meilleures conditions, mais pour avoir ça, on coupe les ponts avec les patients. » Ce n'est pas eux qui nous donnent cette charge-là. Je me dis : « ben voyons [...], la sécurité des patients ... » [Donc,] si [...] le message ne passe pas avec les cadres, ben je vais y aller avec le patient. [Selon] le même principe [...] : mon enfant est dans une garderie [...], ils nous ont dit [...] : « là, nous, on est en négociations [...], mais vous, comme parents, allez parler à votre député, écrivez des lettres, vous faites quelque chose de votre côté. » C'est exactement sous ce système-là que, moi, je crois que ça pourrait marcher [pour] nous. (Philippe, 045EI)

D'après Philippe (045EI), s'allier aux patients à travers des revendications communes serait beaucoup plus efficace, en ce qui a trait à la résolution de problèmes, qu'une plainte formulée par une infirmière soignante à un gestionnaire d'unité de soins.

Sur le temps d'attente; ça vient se plaindre [...] : « c'est trop long [...] c'est inacceptable! » Je dis : « je suis entièrement d'accord avec vous. Prenez le temps de remplir le formulaire de plaintes parce que moi, je vais le dire à mon boss, mais [...] elle en entend tous les jours, elle va prendre ça comme si je chialais. » Les cadres, ils peuvent avoir un blocus [...], où, t'sais, moi, je m'entends bien avec mes cadres, puis j'me dis qu'eux aussi découlent de quelqu'un, pis y ont des budgets à respecter et ce n'est pas de la mauvaise volonté, là, [si] le message ne passe pas. (Philippe, 045EI)

Philippe (045EI) propose donc de sensibiliser les patients à leur capacité de mobiliser l'attention des décideurs, donc, au pouvoir qu'ils peuvent exercer, le tout dans une logique de conscientisation ayant pour but le déploiement d'actions individuelles non concertées. Ce serait la multiplication de ces actions individuelles de la part des patients, créant une pression sur les décideurs, qui aurait la capacité, selon Philippe (045EI), d'induire des changements à l'ordre établi :

les patients, c'est eux qui ont le plus gros pouvoir parce qu'eux peuvent répandre une nouvelle assez vite. [Donc je leur dit] : « vous, remplissez-le, ce document-là va aller à l'ombudsman; ça va aller à l'agence de santé; ça va monter éventuellement, mais si ça part de vous. S'il y a juste vous qui le faites ce mois-ci, ça ne marchera pas, mais s'il y a vous [...] et s'il y en a trois autres demain [...], là ça va [...] monter de la base vers la politique. » On l'a vu avec le printemps arabe et [...] avec plein d'exemples de jeunes gens et ça peut vite prendre [de l'] ampleur. Pour créer le changement, je vais plus vers le bas que vers le haut. Moi, le syndicat? Je ne veux pas non plus cracher dessus.

Je ne dis pas que c'est juste négatif, mais moi, j'ai plus confiance en la population. [Aussi], en [...] faisant partir [le mouvement] du bas, de la population, eh ben, il y a aussi une prise de conscience. Pis il y a [...] peut-être d'autres mentalités qui vont changer, soit au sein du gouvernement, du ministère. (Philippe, 045EI)

Philippe (045EI) préfère s'allier aux patients et solliciter leurs agissements plutôt que d'avoir recours à son syndicat, une organisation dont il met en doute l'utilité et en laquelle il n'a qu'une confiance limitée¹⁰⁵.

En accord avec la stratégie proposée par Philippe (045EI), Leticia (046EI) et ses collègues ont, elles aussi, développé une alliance avec les patients qui leur a permis d'inverser une décision administrative qu'elles considéraient illogique.

Ils voulaient nous mettre des patients en convalescence, [...] des gens qui ont toute leur tête, [...] avec des Alzheimer [...]. Maintenant, c'est une question d'argent, donc, ils étaient prêts à le faire. Ben, j'ai des collègues qui ont fait parler le comité des patients pour pouvoir obtenir gain de cause. Vous êtes des têtes pensantes, mais voyez la réalité [en face]: on ne peut pas mettre ces [patients]-là avec des gens qui rentrent dans leurs chambres, qui baissent leurs pantalons, [...] font pipi sur les lits [et] qui crient. [Alors, il ne faut pas] simplement [...] nous voir comme des exécutantes capables de mettre des piqûres, mais des personnes capables de réfléchir et de dire qu'on ne peut pas travailler dans ces conditions. (Leticia, 046EI)

Encore une fois, pour ce qui est de cet exemple décrit par Leticia (046EI), les intérêts des patients se sont avérés être les mêmes que ceux des infirmières soignantes. Étant au fait du pouvoir que les patients peuvent exercer, notamment à partir d'instances qui leur sont entièrement dédiées, comme le « *comité des patients* », dont différentes variantes existent dans la majorité des CH québécois, Leticia (046EI) et ses collègues ont su s'allier aux patients et, ainsi, faire renverser une décision qui, du point de vue de Leticia (046EI), reposait essentiellement sur des arguments économicofinanciers. Cette réussite amène Leticia (046EI) à affirmer que les infirmières soignantes sont intelligentes, capables de réflexion et à même d'adopter des stratégies originales leur permettant d'arriver à leur fin.

¹⁰⁵ Il est à noter que plusieurs participantes ont, au même titre que Philippe (045EI), émis une critique de leur propre syndicat dans le cadre de cette étude. Nous reviendrons sur ce sujet au cinquième chapitre de cette thèse.

4.2.3.4 - Des stratégies axées sur la formation

Plusieurs participantes nous ont fait part de suggestions de stratégies axées sur la formation qu'elles souhaiteraient voir implanter, notamment pour favoriser la politisation et la mobilisation des infirmières, mais également de façon à ce qu'elles soient mieux armées pour faire face à la réalité hospitalière. Parmi ces stratégies proposées par les participantes, notons la création d'un cours obligatoire de nature politique, que l'on intégrerait à la formation initiale des infirmières, le fait de rendre plus politiques des cours déjà existants, de s'assurer que ces cours soient donnés par des enseignants critiques qui n'hésitent pas à ébranler le *statu quo*, de trouver une façon réaliste et conviviale de poursuivre la formation des infirmières techniciennes afin qu'elles deviennent cliniciennes, de mieux préparer les futurs infirmiers au marché du travail, d'humaniser la formation initiale actuelle et de s'assurer que cette formation soit elle-même donnée en interdisciplinarité.

D'après Josée (035EI), Charles (036EI), Louise (044EI), Philippe (045EI), Lisa (057EG2) Laurie (059EG2) et Alexandra (065EG3), des modifications doivent absolument être apportées à la formation initiale des infirmières, notamment de façon à ce que les infirmières soignantes réalisent qu'elles ont la possibilité de prendre les dispositions qui seraient appropriées à de nouvelles circonstances. Des participantes nous ont indiqué comment ces modifications devraient être envisagées. Le rehaussement de la formation, tant la formation initiale des infirmières que la formation générale au secondaire, une stratégie qui favoriserait un plus grand engagement des infirmières soignantes, représente une piste d'intérêt pour Josée (035EI) :

ça doit partir [...] de plus loin, là. Pendant les études, sûrement [...], d'apporter cette conscientisation-là et que les gens ne prennent pas tout ce qu'on leur dit, mais, t'sais, d'amener le contre-discours [...]. Quand il y a un discours, il y a tout le temps un contre-discours. C'est ça qui forge ta pensée, ta prise de conscience [...]. Ce n'est pas autant sollicité à l'école. Si, déjà, on était conscientisé à ça [...] et qu'on était porté à se poser plus de questions [...], mais t'sais, ça nous suivrait tout le temps. Ça apporterait beaucoup plus de remises en question : « ok, les affaires sont de même et on nous fait croire que c'est [la seule façon d'envisager les choses] et qu'il faut que ce soit de même – mais non. » Si on va plus loin, ben, ça aussi ça va porter [vers] un engagement et des solutions. Mais le fait qu'on soit individualiste, pis qu'avec la convergence des médias [...], on part un petit peu de loin. (Josée, 035EI)

Dans quel cadre on ferait ça? (Chercheur)

On peut créer un cours là, [...] dans la formation de base de l'infirmière [...], ça pourrait être même au secondaire¹⁰⁶ [...], aussi loin que ça. (Josée, 035EI)

Du point de vue de Josée (035EI), les institutions d'enseignement devraient veiller davantage à la conscientisation des étudiantes en les invitant à remettre en question l'ordre établi, notamment par l'exploration de discours qui se trouvent en marge des discours dominants. Alexandra (065EG3), qui croit que la formation initiale des infirmières doit être remise en question dans son ensemble, est du même avis que Josée (035EI) et croit que « *ce qui est important, c'est de développer leur façon de penser* ». Au même titre que Charles (036EI)¹⁰⁷, Josée (035EI) propose de créer un cours qui s'insérerait dans la formation initiale des infirmières et dans lequel les étudiantes seraient encouragées à se questionner et à prendre position. Dans le cadre de ce même cours, Josée (035EI) croit qu'une attention particulière devrait être portée aux habiletés des infirmières soignantes à argumenter. En ce sens, les propos de Lisa (057EG2), qui a participé au second groupe de discussion, rejoignent essentiellement ceux de Josée (035EI) :

Ben, au bacc, [au niveau] du cours [de] leadership [...], il faudrait valoriser davantage l'implication et le fait qu'on peut modifier notre profession, nos comportements, notre organisation de travail et tout ça. C'est de là que ça part, [...] au sein de la formation initiale et de leur montrer le pouvoir qu'elles ont. Comment prendre la parole [...], s'exprimer devant le groupe, [...] argumenter. Parce qu'elles ne savent pas : [...] elles s'assoient dans la salle à café, pis c'est là qu'elles apprennent. Je pense que ça, c'est toutes des choses qu'il faudrait rajouter [dans la formation initiale]. (Lisa, 057EG2)

Si elle souligne l'importance de miser sur une meilleure éducation politique au sein de la formation initiale des infirmières, en sensibilisant notamment les étudiantes quant à l'importance de l'autodétermination mais également quant au pouvoir qu'elles pourront exercer à titre d'infirmières par la prise de parole et de bonnes habiletés d'argumentation, Lisa

¹⁰⁶ En ce sens, Martha (054EG2), qui semble être du même avis que Josée (035EI) quant à l'importance de sensibiliser les plus jeunes sur différentes questions relatives au vivre-ensemble, voit d'un bon œil la création récente d'un cours de niveau secondaire portant sur l'histoire et l'éducation à la citoyenneté.

¹⁰⁷ Pour sa part, Charles (036EI) croit qu'un « *un cours sur la participation citoyenne* » devrait être ajouté à la formation initiale des infirmières soignantes. Les éléments qui seraient abordés dans le cadre de ce cours sont similaires à ceux décrits par Josée (035EI).

(057EG2) considère que cela est encore plus important au sein de la profession infirmière parce que les étudiantes en soins infirmiers/sciences infirmières ont généralement des profils qui se démarquent par leur passivité. Des participantes comme Linda (030EI) ont, elles aussi, fait référence à ce phénomène que Lisa (057EG2) décrit plus en profondeur :

on a toutes un profil type [...]. Tu sais un orienteur nous dit : « ben, tu pourrais aller là-dedans parce que ça colle à tes caractéristiques et comportements et tout. » Bon, le besoin d'aller vers les autres initialement, l'ouverture... c'est tous des comportements un peu passifs, moins dans l'action que [les] polic[iers] mettons. On est plus dans la passivité [les infirmières], mais il y a une place pour l'action dans la formation. Il y aurait peut-être quelque chose qu'il faudrait ranimer dans chaque petite infirmière, [...] de prendre le pouls, prendre le pouvoir et de donner nos solutions. (Lisa, 057EG2)

Comme le propose Lisa (057EG2), sensibiliser les infirmières aux actions qu'elles peuvent mettre en place dès la formation initiale apparaît tout à fait cohérent si l'on s'attend à ce qu'elles agissent de la sorte une fois qu'elles auront intégré leur milieu de pratiques. Le fait d'avoir la possibilité de « *donner [leurs] solutions* » pour résoudre les problèmes qu'elles vivent au quotidien tombe également sous le sens. Pourtant, d'après Lisa (057EG2), ce n'est pas d'entrée de jeux que les institutions s'ouvrent à ces solutions pourtant issues des réflexions des principales intéressées. Ainsi, d'après Lisa (057EG2), pour qu'une attention soit portée aux solutions qu'elles proposent, les infirmières soignantes doivent « *prendre le pouvoir* » qui leur revient et le fait d'aborder cette possibilité dans le cadre de la formation initiale lui apparaît élémentaire.

Comme Lisa (057EG2) a amorcé son intervention dans le cadre du second groupe de discussion en faisant référence au cours de « leadership », Laurie (059EG2) est revenue sur ce sujet afin de proposer une stratégie permettant de rehausser l'intérêt des étudiantes pour ce cours qui fait partie de la formation initiale au baccalauréat au sein de plusieurs institutions universitaires québécoises.

Pour le cours de leadership [...], je me rappellerai toujours, [durant] mon cours, il y avait un méga conflit dans un CH de la région et les filles faisaient du TS à en mourir. Il y avait des filles [dans le cours], qui travaillaient dans ce CH là, puis la prof, qui travaillait dans le même réseau d'établissements est allée faire des actions pour que ça change. [...] Elle est allée régler le problème et les filles ne font plus de TS maintenant [...]. Il y a eu des changements dans les postes et les quarts de travail [...]. Imagine là,

le goût que ça a donné à tout le monde de s'impliquer. Nous autres on était super motivées et tout ça. Comme là, je suis dans le syndicat, t'sais, ça m'a vraiment motivée. (Laurie, 059EG2)

Les infirmières participantes ont souvent fait allusion, et ce, au même titre que Lisa (057EG2) et Laurie (059EG2), à ce cours de formation initiale où il est question de leadership et notamment de gestion, le plus souvent en décrivant ce cours comme étant ennuyeux. Laurie (059EG2) est probablement une des seules participantes à avoir autant apprécié ce cours et le fait que sa professeure ait montré concrètement qu'il était possible pour les infirmières d'initier de réels changements au sein des milieux de soins, apparaît avoir contribué à son intérêt. Sans que, dans le cadre de ce cours, les professeures n'interviennent directement dans un milieu de soins – parce que, pour différentes raisons, cela n'est pas toujours possible –, le commentaire de Laurie (059EG2) amène à penser qu'il est important que les institutions d'enseignement s'assurent que ce type de cours soit donné par des personnes qui ne se contentent pas simplement de transmettre la matière à étudier, mais montrent par leurs actions à quel point ils ébranlent eux-mêmes la conception dominante de l'exercice de la profession infirmière contemporaine.

Les propos de Roméo (061EG3) sont nuancés quant aux effets potentiels de ce même cours sur la propension à l'engagement des futures infirmières. Roméo (061EG3) croit que ce cours où il est question de leadership donne effectivement de bons outils aux futures infirmières pour leur permettre de s'engager dans la transformation de leur milieu, mais il croit que ce simple cours ne garantit pas un tel engagement. Roméo (061EG3) recommande donc de favoriser l'engagement des jeunes infirmières en leur offrant un espace où elles seront réellement entendues. Il propose également de remettre en question les hiérarchies établies pour que les suggestions qu'elles seront susceptibles d'émettre soient bel et bien prises en compte.

[Le] cours de leadership [...] offre les outils [...] à l'étudiant[e] pour [...] se manifester et d'être capable d'émettre une opinion et [...] des suggestions. Ça fait qu'à partir de là [...], vient la responsabilité à l'étudiante, qui devient infirmière, de se manifester. [Mais] je pense qu'on devrait [...] fournir une place [...] pour [que] les jeunes infirmières, [puissent] prendre position. Au lieu d'une hiérarchie verticale, [il faut que

ce soit] plus horizontal. Il faudrait avoir des forums d'expression pour les infirmières pour [...] donner des stratégies par rapport à des problématiques récurrentes. Il faut montrer aux infirmières qu'on est capable de s'exprimer et [...] d'émettre des recommandations. Je ne sais pas si ça devrait être obligatoire, après le temps de travail [...], on se réunit tout le monde ensemble, pis on discute [...], mais il faut [faire] sortir les opinions des infirmières. (Roméo, 061EG3)

Pour Roméo (061EG3), le cours de leadership donné par les différentes universités ne suffit donc pas à provoquer l'engagement des jeunes infirmières. Selon lui, les infirmières, quelle que soit leur expérience, doivent réaliser qu'elles ont le potentiel de « *s'exprimer et [...] d'émettre des recommandations* » pour être davantage portées à s'engager. La création de « *forums d'expression pour les infirmières* », que Roméo (061EG3) envisage même de rendre obligatoires, permettrait aux infirmières de réaliser ce potentiel en plus de leur donner la possibilité de faire connaître leurs opinions à une large échelle. Dans le même ordre d'idée, Sylvain (043EI) et Philippe (045EI) proposent également d'organiser des rencontres qui s'apparentent aux « *forums d'expression* » en milieu de travail suggérés par Roméo (061EG3), où les infirmières pourraient s'exprimer et tenter de trouver des solutions aux problèmes qu'elles vivent. Sylvain (043EI) exclut toutefois de rendre ces rencontres obligatoires, même s'il est bien conscient que les infirmières soignantes ne s'y présenteront pas nécessairement sans qu'un certain incitatif favorise leur attraction.

Je pense que de mettre en commun les problèmes qu'on rencontre dans la profession, chacun, pourrait nous aider à trouver des solutions. À partir par la base avant de vouloir aller [plus haut]. On n'a plus de base... C'est ça, des rencontres d'équipe. Et [...] de remettre ça [...] sur une période régulière et volontaire, je pense que ça pourrait donner un coup de main à souder l'équipe. [Mais] les gens sont de plus en plus matérialistes, ce qui fait que quand tu leur proposes des choses comme ça, eh ben : « on es-tu payé? » T'sais, ils font plus rien sans être payé, [...] de plus en plus matérialiste, capitaliste, peut-être-là d'avoir une rémunération pour ce qu'ils font? Ils ne donnent plus de temps à leur profession. (Sylvain, 043EI)

À la suite de ce commentaire, Sylvain (043EI) indique que tant qu'il n'y aura pas une réduction de leur charge de travail, il est improbable que les infirmières soignantes aient tendance à vouloir donner du temps pour l'avancement de la profession infirmière.

Pour sa part, Danielle (040EI) propose que l'on offre une formation aux infirmières techniciennes de façon à ce qu'elles puissent recevoir le titre d'infirmière clinicienne, et ce, dans un souci d'unification et de politisation des infirmières.

Si on diminuait [le nombre de] titres, [...] et de dire : « écoute, qu'est-ce qui te manque [comme formation pour devenir infirmière clinicienne]? » Donne-moi le, je vais le faire, là. Mais, ne me demandez pas de retourner, comme une petite fille de 20 ans qui ne connaît rien, pour faire le cours. Elles ont un côté politique, les bachelières, que les techniciennes n'ont pas qui pourraient combler [certaines lacunes] et les techniciennes ont une vision du patient que la bachelière n'a pas parce qu'elle a été éduquée trop loin du patient, ce qui fait que les deux ensemble pourraient faire une force incroyable. Moi, je pense que ça pourrait [...] arrêter la descente aux enfers et dire : « ensemble, on est capable de bâtir quelque chose. » Et, là, ce n'est plus le gouvernement [qui mène], ce n'est plus l'Ordre, c'est nous autres là. Faites passer la technicienne à bachelière, puis il y a un gros, gros problème qui va disparaître. (Danielle, 040EI)

Il est à noter que plusieurs infirmières participantes se sont également prononcées sur cette question, puisque qu'un mémoire avait été déposé par l'OIIQ quelque temps avant que nous réalisions la collecte des données de cette étude. Dans l'ensemble, la vaste majorité des participantes qui ont abordé le sujet ont témoigné leur appréhension quand au rehaussement de la formation initiale¹⁰⁸.

D'autres participantes ont, elles aussi, suggéré des améliorations à la formation initiale des infirmières qui, sans avoir une influence sur la politisation des étudiantes, présentent des attributs émancipateurs. Ces suggestions d'améliorations amèneraient notamment les infirmières à être mieux informées quant à la réalité du terrain, donc, à être mieux préparées à faire leur entrée sur le marché du travail. D'autre part, les infirmières participantes ont été nombreuses à indiquer qu'il y avait une dichotomie entre ce qui est enseigné dans le cadre de la formation initiale et la réalité des milieux.

Je reviens à la base pour nos étudiants : [...] les outiller, [...] les préparer à atterrir moins brusquement sur le marché du travail. De leur donner [...] les outils vraiment pour... oui, la réalité, c'est ça et ce n'est pas d'avoir deux patients et que tu fais les soins de A à Z, là. Pis, oui, ça se peut que tu te fasses engueuler. Pis oui, que c'est vrai que tu vas te faire parler bête par le médecin, peut-être, parce que tu l'as réveillé en

¹⁰⁸ Il est à noter que la presque totalité des participantes qui ont abordé ce sujet dans le cadre de l'étude étaient des infirmières soignantes qui avaient reçu une formation de technicienne.

pleine nuit pour une niaiserie, parce que tu débutes. Mieux les encadrer là-dedans.
(Océane, 055EG2)

Éric (060EG2) et Océane (055EG2) sont aussi d'avis qu'il est impératif de mieux préparer les futures infirmières à la violence qui est inhérente aux différents milieux de soins. Éric (060EG2) croit d'ailleurs que c'est par peur de voir des étudiantes quitter leur formation initiale que l'on évite de faire référence, au sein des institutions d'enseignement, à ce qui se passe vraiment sur le terrain.

Admettons, les TSO, ça peut paraître bête : 14 patients... faire des 16 heures... finir tard. Et se faire cracher dessus... se faire sauter dessus à la gorge... se faire insulter par un patient : ce n'est pas vendeur... C'est ça qu'[une professeure] m'avait dit [...] et c'est pour ça qu'ils n'en parlent pas de la réalité tant que ça. (Éric, 060EG2)

Oui, mais, veut ou veut pas, quand ils arrivent sur l'unité... Tu les vois arriver, ils sont blancs de la tête au pied... (Océane, 055EG2)

C'est bien que trop vrai! [Mais à] ce [moment]-là, leur paiement est déjà fait! C'est ça... mais si tu leur dis avant qu'ils rentrent... (Éric, 060EG2)

Oui, mais au moins qu'ils le sachent dans quoi ils s'embarquent... (Océane, 055EG2)

Attention les jeunes : ça va brasser à l'hôpital! Ah oui! (Éric, 060EG2)

Il faut qu'ils le sachent dans quoi ils s'embarquent. (Océane, 055EG2)

Ces commentaires d'Éric (060EG2) et d'Océane (055EG2) rejoignent celui d'Alexandra (065EG3), qui croit que la formation initiale des infirmières doit nécessairement être offerte dans un souci constant d'humanité, de façon à ce que les étudiantes aient tendance à reproduire cette humanité à travers les actes qu'elles prodiguent dans le cadre de leur travail, que ce soit auprès des patients ou de leurs collègues.

Dans la formation, il y a déjà une humanité à avoir... Par exemple, je suis en face d'un groupe et je donne une formation et à un moment donné, je vois que je n'ai pas l'attention du groupe. Alors, là, je dis : « allez tout le monde debout, on fait des exercices de relaxation. » Donc, je m'occupe de leurs corps. Je m'occupe de la personne, c'est-à-dire, que je montre déjà l'exemple de l'humanité. (Alexandra, 065EG3)

Le caractère disciplinaire dans lequel s'inscrit la formation initiale des infirmières a été souligné à de nombreuses reprises par les participantes, notamment par Serge (063EG3) : « *il y a une doctrine là, t'sais, j'veux dire on nous emmène en quelque part, là. C'est pas l'armée, là [...], mais c'est sûr qu'on nous amène à pratiquer la profession d'infirmière d'une certaine façon. J'veux dire que t'as pas 70 000 options, c'est comme ça là...* » D'ailleurs, si l'on s'attarde aux commentaires de certaines participantes, comme Adèle (058EG2), qui faisait référence à un collègue étudiant que l'on avait enjoint de retourner chez lui dans le cadre d'un stage « *parce qu'il avait des boxers bleus* », il apparaît que la suggestion d'Alexandra (065EG3) pourrait s'avérer des plus pertinentes, notamment au sein d'institutions académiques qui prônent les vertus de l'humanisme et du *caring* et qui omettent d'appliquer ces mêmes préceptes théoriques à la façon dont l'enseignement est prodigué.

Pour sa part, Cécile (029EI) propose de modifier la façon dont sont donnés certains cours qui appartiennent au tronc commun de programmes des sciences de la santé dans les universités, une stratégie qui pourrait avoir des effets bénéfiques, notamment quant à l'attitude des futurs médecins à l'endroit des infirmières.

[Il faudrait] faire le cours d'infirmière avec le cours de médecin, avec les psychologues, avec les ergos, les physios, tout le monde ensemble [...], pour apprendre à travailler en équipe multidisciplinaire. Déjà, d'apprendre à l'école à travailler ensemble pour quand on donnera des soins, de l'appliquer. [À] quelque part, il y a des cours qui se rejoignent entre eux autres [...], veux ou ne veux pas, on fait de la bio, de la chimie, [au même titre que] les médecins, ou d'autres professionnels. (Cécile, 029EI)

4.2.3.5 - Des stratégies informatives

Que ce soit pour les amener à lutter contre la peur qui les habite, pour ébranler les fausses croyances qu'elles entretiennent, pour favoriser leur conscientisation et leur engagement politique, pour qu'elles fassent davantage valoir leurs droits ou qu'elles fassent connaître à la population ce qu'elles vivent au quotidien – notamment pour mobiliser plus aisément l'opinion publique lorsqu'elles mettent de l'avant différentes revendications – des stratégies visant à mieux informer les infirmières soignantes, mais aussi les patients qui sont à

leur charge, ont été proposées par les participantes. Bien qu'elles ne visent qu'à informer et que leurs effets prennent parfois du temps avant de se faire sentir, ces stratégies informatives, qui provoquent des mouvements de la connaissance, sont émancipatrices du fait qu'elles ouvrent le champ des libertés infirmières ou qu'elles sont susceptibles de provoquer son ouverture dans l'avenir. Que ce soit, par exemple, par la diffusion immatérielle des idées ou par la circulation matérielle des textes et des images, ces différentes stratégies ont des répercussions sur le rapport que des infirmières soignantes ont à autrui, à l'institution hospitalière, aux discours dominants et même à l'histoire. Parfois, les connaissances avec lesquelles les infirmières soignantes seront mises en contact par ces stratégies informatives les amèneront à réaliser qu'elles ont le droit de s'exprimer ou de refuser de collaborer à une demande formulée par l'employeur. Parfois, celles-ci les amèneront à emprunter « *des chemins non fréquentés* » (Louise, 044EI), à prendre une certaine distance face aux normes ambiantes et à envisager des réalités collectives nouvelles où elles peuvent notamment exercer du pouvoir à titre de groupe d'infirmières. Dans certaines occasions, des infirmières soignantes se feront même productrices de savoirs émancipatoires, qu'elles mettront à la disposition de leurs collègues.

Josée (035EI) et Linda (030EI) croient qu'en informant mieux les infirmières soignantes, il est possible, avec le temps, de contrecarrer la peur qui les habite.

Les informer et d'essayer de défaire ce petit règne de terreur, là. T'sais : « ah, c'est l'employeur et il ne faut pas que je dise rien contre lui, il pourrait... » C'est comme lui qui a le pouvoir dans leurs têtes [...]. Les gens ne sont pas encore conscients que, non, nous autres aussi on en a du pouvoir. Peut-être plus d'information et du renforcement là-dessus et de dire : « oui, tu en as du pouvoir et tu peux le prendre. » Ça, c'est un travail de longue haleine, mais je pense que [c'est important de le faire]. (Josée, 035EI)

Ainsi, Josée (035EI) demeure persuadée de l'importance d'essayer de convaincre les infirmières soignantes du pouvoir qu'elles peuvent exercer et propose de les informer davantage quant à leur possibilité d'agir. Selon Josée (035EI), la prise de conscience de leur propre pouvoir permet aux infirmières de réaliser que la toute-puissance de l'employeur consiste en une fausse croyance qu'elles entretiennent depuis longtemps. De plus, Josée

(035EI) croit que cette prise de conscience pave le chemin de l'autodétermination des infirmières soignantes, puisqu'elle les amène graduellement à s'exprimer quant à ce qui les préoccupe, ce qui contribue à « *défaire ce petit règne de terreur* » qui, selon Josée (035EI), est bel et bien présent au sein des institutions hospitalières québécoises. Linda (030EI) abonde dans le même sens que Josée (035EI) et souligne l'importance d'utiliser différents moyens permettant de transmettre aux infirmières soignantes l'information dont elles ont besoin, notamment pour s'affranchir de la peur qu'elles vivent, mais également de façon à ce qu'elles en arrivent à mettre de l'avant des revendications importantes :

c'est des tracts, [...] des messages, [...] on peut avoir des pubs tellement percutantes, [...] des choses qui vont toucher les gens directement dans leurs milieux de travail [...] et qui touchent d'une façon percutante et claire. Des vraies choses, là, pas des affaires dans les airs là. Des capsules d'informations, [...] t'sais, dire : « si je dis non d'aller à cette formation-là pour être une super utilisatrice de telle pompe, est-ce que mon boss va me donner ma journée de congé [pour mon] rendez-vous chez le médecin? » « Oui, elle va te la donner [...] pareil. T'as le droit de refuser [...] et, n'aie pas peur! » Là, t'sais, t'as essayé d'enlever cette peur-là. Peut-être que, de plus en plus, les infirmières vont revendiquer des choses qui sont importantes pour eux autres. (Linda, 030EI)

Au même titre que Linda (030EI), plusieurs participantes ont proposé une vaste gamme de stratégies permettant de mieux informer les infirmières soignantes, que ce soit en organisant des « *réunions, [et] des petits midi-causeries* » comme Monique (034EI) le fait déjà sporadiquement, « *en rencontrant [les infirmières soignantes] une à une [...] ou en petits groupes* » comme Charles (036EI) aimerait pouvoir le faire à titre de délégué syndical, afin qu'elles réalisent qu'elles sont « *désinformées* », en les invitant à prendre connaissance de certaines études qui pourraient les intéresser, comme le souligne Didier (047EI), ou, tout simplement, en les incitant à lire – une activité qui, selon Louise (044EI) devrait être beaucoup plus encouragée chez les infirmières soignantes. « *Il faut que tu lises. Or, combien il y a d'infirmières qui lisent après 30 ans, 35 ans? Je pense qu'il n'y en a pas gros, en tout cas, je n'en vois pas gros* » (Louise, 044EI). Une stratégie décrite par Louise (044EI), qu'elle et ses collègues mettaient à profit du temps où elle exerçait en clinique populaire, à savoir de mettre à la vue des patients des documents favorisant leur émancipation « *au lieu d'avoir Vogue comme magazine* », pourrait aussi être déployée dans les hôpitaux. Cette stratégie informative,

notamment utilisée au poste des infirmières, permettrait de piquer la curiosité des infirmières soignantes par des lectures aux attributs émancipateurs, parce que, comme l'indique Louise (044EI) avec passion, « *c'est effrayant les magazines qu'ils ont, là... C'est terrible!* » Louise (044EI), qui a déjà plusieurs articles à son actif, ainsi que Josée (035EI), qui a participé à la rédaction d'un mémoire durant la dernière grève des infirmières, soulignent également la capacité des infirmières soignantes à publier sur différents sujets qui les touchent directement. John (064EG3) et Serge (063EG3) suggèrent également que les infirmières publient leurs bons coups.

[Bernice Buresh et] Suzanne Gordon [ont] écrit un livre qui s'appelle From Silence to Voice, t'sais, qui parle [de l'importance] de publier nos bons coups. De plus en plus, les infirmières devraient publier [les] bons coups qu'elles font... (John, 064EG3)

Exact... (Serge, 063EG3)

Elles démontreraient que, souvent, les infirmières devraient s'impliquer davantage [...] politiquement, [...] de publier leurs bons coups et de dire : « r'garde, telle situation est arrivée, [les infirmières se sont regroupées, elles ont agit] et r'garde ce que ça a donné comme résultats. » Et de démontrer aussi la complexité de la profession [...], faire davantage connaître à la population [...] c'est quoi notre réalité et l'impact qu'on a aussi... (John, 064EG3)

En accord avec les propos de John (064EG3), qui croit qu'il est important de faire connaître au grand public l'impact qu'ont les infirmières soignantes sur la santé des populations, la réalité difficile qui est la leur, mais également leurs bons coups, Linda (030EI) qui, à ses heures est elle-même vidéaste amateur, propose un moyen intéressant pour y arriver :

ce qu'il faudrait, c'est un vrai documentaire [...] qui suit une vraie infirmière [...] où c'est vraiment occupé, la réalité. T'sais, les moments forts de toute la journée. Elle part de chez eux, où elle a son petit qui est malade [...] et voir quand elle est obligée de dire à son patient : « monsieur Tremblay, je reviens » et que là, tu vois [...] qu'elle ne retourne pas voir monsieur Tremblay [qui] a besoin de la maudite bassine et qu'il n'y a personne pour y mettre. Je pense qu'il faut que les gens sachent c'est quoi, la profession d'infirmière, la vraie, et il faut, en même temps [...], montrer tout ce que les infirmières font de bien, pas juste la misère qu'elles vivent [...]. Montrer l'infirmière [...] à côté de son petit patient et qui n'a pas un poil sur le caillou [...], puis de prendre le temps de lire un livre [...]. Moi, lundi, quand on a interrompu la vie du bébé de ma

patiente, elle n'avait pas de musique. J'avais mon téléphone et je lui ai dit : « tu vas écouter de la musique et concentre-toi là-dessus. » Pour moi, ça c'est un geste d'infirmière [...], c'est un geste humain [...] et c'est ça être infirmière. (Linda, 030EI)

Tant du point de vue de Linda (030EI) que de celui de John (064EG3), la conscientisation du public quant à la réalité quotidienne vécue par les infirmières soignantes ne peut qu'être salubre pour leurs démarches vers l'amélioration de leurs conditions d'exercice.

À titre de stratégie informative, nombreuses ont été les participantes à souligner l'importance de « *rentrer dans les foyers [des infirmières soignantes] avec des technologies, comme par exemple : des réseaux sociaux, [pour] diffuser de l'information, rapidement, [et de façon] simple* » (Charles, 036EI). Monique (034EI) abonde également en ce sens :

Facebook, ça fait des miracles, hein? Tu passes full d'information là-dedans, des choses que le monde ne saurait pas et qu'on n'aurait jamais su avant, que [notre syndicat] nous envoie et que nous autres on partage, les filles lisent ça [...]. Des fois, on allait manger : « t'sais l'affaire que t'as publié, là, c'est quoi que ça voulait dire? » Là je me dis : « ah, ah, ça marche cette affaire-là. » Comparativement au journal [que l'on] mettait sur le département et que l'employeur [envoyait] aux poubelles. Et l'employeur, ça l'écoeure parce qu'il veut être notre ami Facebook [...], il veut savoir parce qu'il ne sait pas tout, pis, là, oups! Il voit des choses... (Monique, 034EI)

D'ailleurs, si Brigitte (049EG1) croit que les infirmières d'expérience doivent absolument sensibiliser les plus jeunes à leurs droits, les propos de Fatima (033EI), une jeune infirmière, nous amènent à croire qu'elles gagneraient à s'ouvrir aux nouvelles technologies de l'information si elles veulent établir un contact avec les plus jeunes :

le Web, c'est la meilleure façon, je trouve, avec la nouvelle génération, d'aller les chercher, là. Par Facebook, par des pages Web pour se renseigner là-dessus et aller les chercher. Puis, même, on avait créé un Facebook avec le comité de la relève et puis, des gens qui ne sont pas impliqués avec nous dans le comité [...] et qui sont [infirmières] dans [...] l'hôpital [...] venaient s'inscrire sur notre page. (Fatima, 033EI)

Même des infirmiers d'expériences comme Sylvain (043EI) reconnaissent l'énorme potentiel de *Facebook* pour établir une communication entre les infirmières soignantes et favoriser leur mobilisation.

Internet, Facebook : *je pense que les gens sont tout le temps avec ça. Comme des événements avec Facebook, ce serait d'essayer de les regrouper... les gens ne participent plus au niveau des soupers de Noël, par exemple. Quand on a commencé [les soupers de Noël], c'était tout le groupe [de] l'unité, mais [maintenant], y se ramasse 20 à 30 personnes sur 200-225. Il n'y a plus d'effet de masse... Comme dans la société, il n'y a plus d'effet de groupe, il n'y a plus d'entraînement de groupe.* (Sylvain, 043EI)

Pour sa part, Laurier (032EI), qui est lui aussi un infirmier d'expérience, met en garde les infirmières soignantes qui pourraient avoir tendance à transgresser les règles de base de la confidentialité lorsqu'elles fréquentent les réseaux sociaux :

Il y a une [infirmière] qui a fait une gaffe, elle s'est partie un confess book¹⁰⁹, puis vraiment, ça partageait là-dessus, mais [...] des noms [...] sont sortis et puis, ç'a été fermé. C'est sûr que tu ne peux pas nommer des patients là-dessus [...], tu ne peux pas nommer le département... t'sais [...]. Étant donné que c'est public, je ne pense pas qu[on devrait miser sur Facebook]... Je pense que n'importe qui peut embarquer là-dessus [...], c'est trop des choses privées pour être étalées sur un médium [...] social. (Laurier, 032EI)

Les avis demeurent donc partagés quant à cette stratégie informative que des infirmières soignantes utilisent déjà et qui présente certainement un potentiel mobilisateur.

Si nombre d'infirmières participantes ont fait allusion au féminisme durant l'entrevue qu'elles nous ont accordée et que l'on pouvait percevoir, particulièrement à travers le discours de Danielle (040EI) et de Judith (062EG3), que le féminisme les avait amenées à se faire respecter au sein de leurs milieux de travail respectif, certaines participantes ont, pour leur part, souligné l'importance de sensibiliser les infirmières soignantes aux préceptes théoriques féministes.

L'égalité [entre les hommes et les femmes] est loin d'être atteinte [...]. Mais c'est sûr que ce n'est pas les mêmes batailles que nos grand-mères ou nos mères. Oui, on a le droit de vote, [...] on travaille. Oui, mais l'hypersexualisation des jeunes filles, les aidantes naturelles [qui ne sont pas reconnues à leur juste valeur]; le droit à l'avortement qui commence à être menacé par le gouvernement [fédéral]... T'sais [...], si on n'est pas attentifs, on va connaître des reculs. [Alors], ça me donne encore plus le goût d'être féministe, [...] d'être alerte et d'informer les gens de faire attention. Et

¹⁰⁹ Il s'agit d'une page Facebook permettant aux infirmières d'échanger quant aux préoccupations qui leur sont propres.

si, oui, si je peux intervenir dans certains comités avec cette vision-là, pour justement que les femmes ne perdent pas encore plus, ben, oui, je vais le faire. (Josée, 035EI)

Est-ce que vous pensez que cette théorie ou les grandes lignes du féminisme peuvent apporter quelque chose au système de santé, à la façon dont s'articule le système ou les milieux comme les CH? (Chercheur)

Effectivement, [...] parce que, t'sais, il y a beaucoup de précarité d'emploi [chez les infirmières soignantes], il faut pas se le cacher, il y a beaucoup plus de temps partiels que de temps pleins, mais on est en pénurie! En tout cas [...], ça démontre une gestion un peu [désuète]... mais [avec] une qualité d'emploi majoritairement féminine [et précaire], veut ou veut pas, ça va être la retraite plus tard, [...] les retraits préventifs [pour les infirmières qui sont enceintes]. C'est beaucoup de choses qui touchent aux femmes et [...] en tant que féministes [...], on pense plus loin [...] et l'on peut prévenir les contrecoups... Je pense qu'on pourrait arriver à améliorer [les conditions d'exercice]... Pis on a [...] des bonnes idées aussi, ce qui fait que, oui, je pense que ça pourrait changer [les choses] cette vision féministe-là. (Josée, 035EI)

D'après Josée (035EI), le féminisme donne aux infirmières les outils leur permettant de défendre plus adéquatement leurs intérêts, notamment au sein de comités institutionnels où des décisions qui les affectent plus particulièrement sont prises. Les préceptes théoriques féministes les amèneraient à demeurer plus alertes et devraient, selon elle, être plus largement transmis aux infirmières soignantes, ainsi qu'à toutes les femmes. L'enseignement des préceptes de la théorie féministe pourrait ainsi être considéré comme une stratégie informative à déployer. Dans le même ordre d'idée, Louise (044EI) croit que les valeurs féministes devraient également être transmises aux jeunes infirmières. Elle explique ici pourquoi cela devrait être fait :

Est-ce que vous croyez que c'est pertinent [...] de transmettre les valeurs féministes aux jeunes infirmières? (Chercheur)

Tout à fait. Tout à fait. (Louise, 044EI)

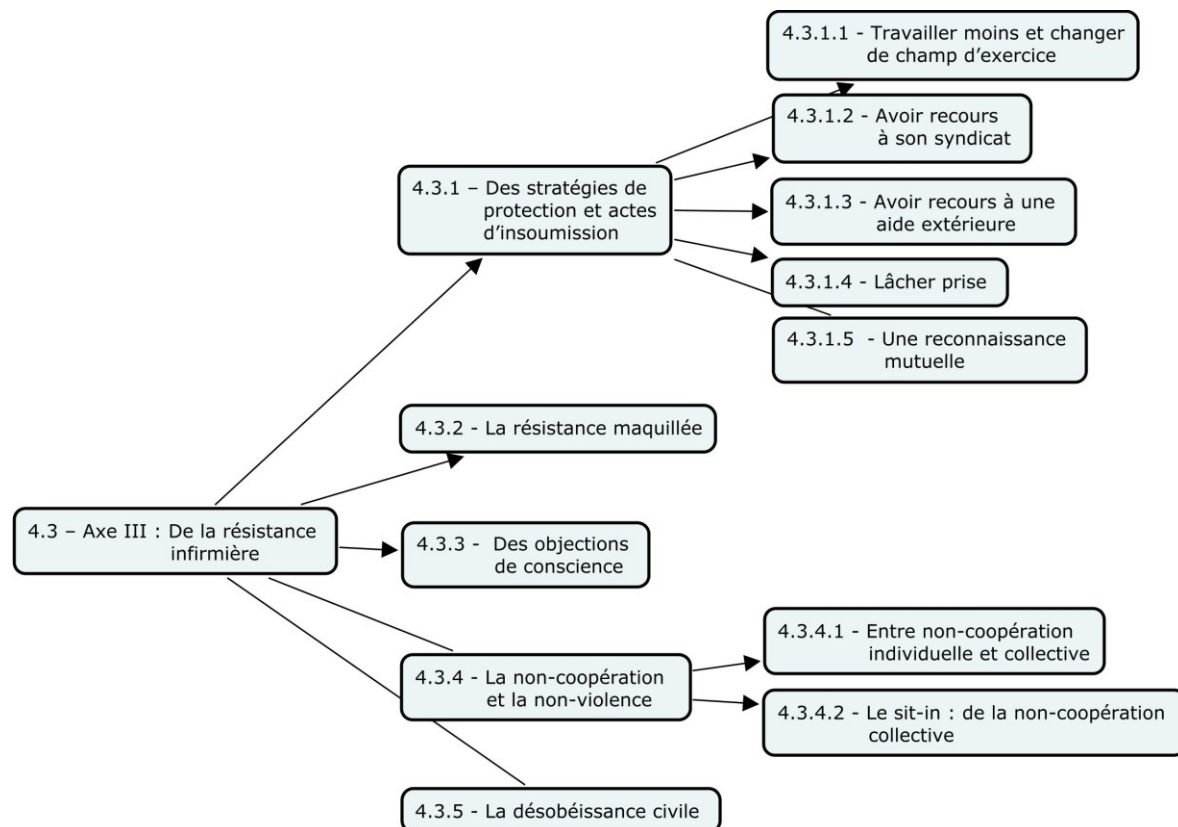
Pour quelles raisons, selon vous? (Chercheur)

Premièrement, la façon de voir le monde quand on est féministe, c'est qu'il doit y avoir une égalité entre les hommes et les femmes, entre autres. À partir de cette simple affirmation-là, le regard que tu portes sur le travail et dans le travail que tu fais, s'il n'y a pas d'égalité entre les hommes et les femmes, ben, tu réagis, t'sais. Si les hommes

patients ne te traitent pas de façon égalitaire, tu réagis. Si, à l'inverse, les femmes sont toujours les victimes dans leurs relations avec leurs [collègues], tu réagis. Mais, encore une fois, l'égalité entre les hommes et les femmes, c'est une condition indispensable à la démocratie et à la société. Donc, toutes les fois qu'il y a des dérives par rapport à ça, il faut réagir. (Louise, 044EI)

Le commentaire de Louise (044EI), en ce qui a trait à l'importance de sensibiliser les jeunes infirmières soignantes aux préceptes théoriques féministes, apparaît des plus pertinents si l'on prend en considération les données recueillies dans le cadre de cette étude. Des participantes nous ont effectivement confié que ce sont généralement les jeunes infirmières qui se retrouvent victimes de harcèlement sexuel de la part des patients, en plus d'être le plus souvent les victimes de prédilection de la violence entre collègues.

4.3 - Axe III : De la résistance infirmière



Comme ce fut le cas dans nos introductions aux deux précédents axes thématiques, nous avons questionné les infirmières soignantes qui ont participé à cette étude selon différentes étapes. Après les avoir interrogées quant à leurs expériences vécues au regard des conditions d'exercice dans lesquelles elles évoluent au sein des CH, et après leur avoir demandé ce qui serait souhaitable dans la conjoncture qu'elles avaient décrite, nous nous sommes attardés à la dernière étape de notre questionnement. À cette étape, nous avons tenté de nous enquérir des actions qu'elles avaient déjà mises de l'avant ou qu'elles aimeraient déployer¹¹⁰ pour faire advenir ce qu'elles nous avaient préalablement décrit comme étant souhaitable. Ainsi, après avoir demandé aux participantes de nous montrer où logent l'injustice, la domination et l'oppression dans les arrangements sociaux et politiques hospitaliers, et après les avoir invitées à déplacer leur regard sur un autre monde possible au travail, un monde meilleur et souhaitable, nous avons poursuivi notre démarche en demandant aux infirmières participantes comment elles avaient déjà combattu certaines formes d'injustice, de domination ou d'oppression et comment il serait pertinent de poursuivre leurs avancées émancipatrices. Si, dans le cadre du deuxième temps de notre questionnement, nous avons demandé aux participantes de s'immerger dans « une démarche de recomposition plus égalitaire des rapport sociaux » (Lamoureux, 2013, p. 60) qui prévalent au sein des CH en leur demandant de statuer quant à ce qu'elles considérait comme étant souhaitable au regard de leurs conditions d'exercice, nous pourrions affirmer que le troisième temps de notre questionnement constituait la suite de cette démarche, puisqu'il y était question des modalités d'actions à envisager pour que cette recomposition plus égalitaire advienne.

A priori, nous avons cru qu'en nous faisant part des actions auxquelles elles avaient déjà participé ou de celles qu'elles aimeraient mettre en place, les infirmières interviewées feraient majoritairement allusion à des pratiques émancipatrices, c'est-à-dire à des pratiques qui mettent de l'avant un projet collectif permettant aux infirmières de s'émanciper et, donc,

¹¹⁰ Il est à noter que les actions que les infirmières participantes aimeraient déployer pour que ce qu'elles souhaitent puisse advenir, constituent en elles-mêmes des éléments qui sont également souhaitables de leur point de vue. Ces éléments ont été consignés sous le troisième et dernier axe thématique de ce quatrième chapitre et non sous le deuxième, parce que ces souhaits sont liés à une composante d'action et constitutifs d'une *praxis* « en tant que processus d'action et de réflexion des individus sur leur milieu dans l'intention de le transformer » (Garibay & Séguier, 2009, p. 9).

de s'affranchir de différentes formes d'aliénation et de domination, de se solidariser et de se libérer des conditions inhumaines dans lesquelles elles exercent. Pourtant, à l'analyse, nous avons constaté que les participantes ont davantage fait allusion à des actions de nature individuelle et/ou fonctionnelle et/ou réactionnelle qui ne visaient pas nécessairement la mobilisation du groupe des infirmières vers un mieux-être collectif. Le registre de ces actions s'est ainsi avéré plus large que nous l'avions prévu au départ et allait bien au-delà de la notion de pratiques émancipatrices.

Des participantes ont ainsi fait allusion à des idées de pratiques émancipatrices qu'elles aimeraient voir se déployer mais, le plus souvent, celles qui nous ont confié ces idées nous ont indiqué qu'elles n'avaient jamais tenté de les opérationnaliser¹¹¹. Lorsque des infirmières participantes ont précisé avoir essayé de mettre certaines de ces idées en pratique, dans la vaste majorité des cas, ces tentatives ont échoué. Les données recueillies ayant trait à *ce qu'il en est* de l'exercice de la profession infirmière en CH, données que nous avons regroupées sous le premier des trois axes thématique composant ce chapitre, annonçaient ce sombre constat. Couplé à l'épuisement consécutif à la surcharge quasi continue dans laquelle elles évoluent, à l'utilisation abusive de techniques coercitives comme le TSO, à la mise en place d'un contrôle disciplinaire de plus en plus grand et d'une surveillance étroite, les données recueillies suggèrent qu'il existe de multiples entraves au déploiement de pratiques émancipatrices infirmières et à tout acte d'opposition infirmier, de puissantes forces oppressantes qui reposent, le plus souvent, sur des mécanismes de subjectivation et sur leurs effets délétères, comme la peur. Ainsi, ces mécanismes concourent à la construction d'un sujet infirmier docile, voire soumis, ne bénéficiant aucunement des conditions lui permettant d'agir pour favoriser son bien-être. Nous le croyons pertinemment, et il en sera d'avantage question dans le cinquième chapitre de cette thèse, ces mécanismes inhérent au dispositif hospitalier¹¹²

¹¹¹ Même si les idées de pratiques émancipatrices qui nous ont été confiées par les infirmières soignantes n'ont, à titre d'idées, pas encore atteint le stade de l'opérationnalisation, celles-ci demeurent toutefois d'une grande richesse, car elles sont teintées des valeurs, des réflexions et des façons d'appréhender le monde social qui sont communes aux infirmières soignantes. Elles reflètent ainsi une partie extrêmement importante d'un processus de *praxis* qui demeure en cours et qui, comme l'indique Dunne (1993), demeure un type tout à fait particulier d'engagement humain, connecté de façon vitale aux expériences de la vie quotidienne.

¹¹² Parmi ces mécanismes inhérents au dispositif hospitalier, certaines participantes, comme Linda (030EI), ont fait allusion à des mécanismes syndicaux.

ont pour effet de récuser la vaste majorité des actions permettant l'ouverture du champ des libertés infirmières et nous sommes persuadés que c'est expressément pour cette raison que même des participantes qui se démarquent par la vigueur de leur engagement politique ont été peu enclines à décrire des actions similaires auxquelles elles auraient participé dans le passé. Force est de constater qu'il est extrêmement difficile, pour les infirmières soignantes, d'agir pour transformer le *statu quo* hospitalier.

Après avoir pris connaissance du registre des actions qui nous ont été confiées par les infirmières participantes comme étant susceptibles de faire advenir ce qu'elles nous avaient préalablement décrit comme étant souhaitable, nous avons choisi d'utiliser l'expression actes de résistance pour qualifier ces actions. Nous avons fait ce choix parce que l'expression *actes de résistance* présente un spectre conceptuel beaucoup plus large¹¹³ que celle de *pratiques émancipatrices*, que nous avons prévu utiliser à la phase protocolaire de ce projet de recherche pour qualifier les données recueillies à la dernière étape de notre questionnement. Ce sont précisément ces idées d'actes de résistance et ces actes de résistance qui, du point de vue des participantes, permettraient d'induire la transformation de l'exercice de la profession infirmière contemporaine dans les CH, dont il sera question sous ce troisième et dernier axe thématique.

Qu'il s'agisse de « [s'opposer] à un ordre, à une loi, à un système jugé injuste, oppresseur ou inhumain » (Durand, 2004, p. 87), de « [défendre] la liberté par la contestation de l'autorité dominante » (Vandroy-Fraigneau, 2003) ou de « porter préjudice à un ennemi, de façon à s'assurer par tous les moyens légitimement acceptables, de contrecarrer la réalisation de ses objectifs » (Laborie, 2001), la notion de résistance demeure généralement associée à des actions, ou à des réactions, à teneur politique.

La notion de résistance comporte un vaste spectre conceptuel se rapportant à des comportements actifs – physiques, verbaux ou cognitifs (Hollander et Einwohner, 2004). Porter le jeans au travail ou à l'école, c'est déjà résister (Buchanan, 2010). S'exprimer d'une certaine manière également (Gal, 1995). L'apparente passivité de ces deux derniers exemples

¹¹³ Il est d'ailleurs à noter que la notion d'actes de résistance inclut la notion de pratiques émancipatrices.

situé néanmoins de tels actes sous la rubrique de l'action et, donc, sous celle d'*acte de résistance*.

C'est ainsi que la notion d'*actes de résistance* s'est avérée toute désignée pour faire référence à ces actions, tant individuelles que collectives, que les participantes avaient déjà mises de l'avant ou désireraient déployer, de façon à faire advenir ce qu'elles nous avaient préalablement décrit comme étant souhaitable en regard des conditions d'exercice de la profession infirmière, puisque le spectre de ces actions s'est également avéré être très large. À partir des données recueillies, nous avons regroupé sous l'axe conceptuel de la résistance infirmière différents regroupements thématiques selon leur caractère subversif¹⁴, en présentant tout d'abord des stratégies infirmières de protection et des actes d'insoumission relatifs à ces stratégies, qui nous sont apparues comme étant moins subversives. Nous avons, par la suite, rassemblé sous les regroupements thématiques de la résistance maquillée, des objections de conscience, de la non-coopération/non-violence et de la désobéissance civile une vaste gamme d'actes de résistance qui, chacun à leur façon, mettent de l'avant un projet de transformation des rapports sociaux de domination et d'exclusion qui affectent les infirmières soignantes au quotidien.

4.3.1 - Des stratégies de protection et actes d'insoumission

Nous avons préalablement fait référence à certains phénomènes, comme le fait que des infirmières soignantes ne prennent pas de pauses, qu'elles débutent leurs quarts de travail plus tôt, qu'elles les terminent plus tard, mais également qu'elles sont dans l'impossibilité de développer des liens humains avec les patients dont elles prennent soin, pour désigner les effets collatéraux de la surcharge, selon la perspective que nous avons choisi d'emprunter. Mais nous aurions également pu représenter ceux-ci comme des stratégies fonctionnelles empruntées, de façon généralisée, par les infirmières, un ensemble d'actions mises de l'avant pour atteindre un but, celui d'avoir la possibilité de mener à bien toutes les tâches qu'on leur

¹⁴ Il est à noter que ce classement s'appuie sur des choix subjectifs et qu'il pourrait être réfuté par le lecteur. Ce classement présente une nature fonctionnelle et a été choisi pour faciliter la présentation des données. L'importance que nous accordons à chacun de ces actes de résistance n'est pas tributaire de ce classement.

demande de réaliser. Dans le même ordre d'idées, plusieurs infirmières qui ont été interviewées dans le cadre de cette étude nous ont indiqué qu'elles ont dû développer des stratégies de protection – que nous conceptualiserons dans certains cas sous le vocable de *stratégies de survie* – sans lesquelles elles auraient, dans bien des cas, été contraintes de quitter leur travail d'infirmière soignante. Nous faisons ici référence à une organisation d'actions déployées de façon à pouvoir continuer d'exercer la profession infirmière. Au sein des sous-sections qui suivent, nous aborderons les stratégies de protection dont il a été le plus question à travers les données que nous avons recueillies.

Parmi les différentes stratégies de protection discutées avec les participantes figurent le refus, pour un certain nombre, de travailler à plein temps, le changement de champ d'exercice pour un champ moins exigeant, le recours à leur syndicat, le fait de demander de l'aide à l'extérieur de l'institution hospitalière, le lâcher-prise et l'autoreconnaissance. Notre étude nous a amenés à découvrir que ces stratégies sont parfois étroitement liées à des actes d'insoumission¹¹⁵ de la part d'infirmières soignantes. La notion d'acte d'insoumission nous est apparue comme celle qui se prêtait le mieux à la qualification de ces actes de résistance individuels qui nous ont été décrits par les participantes, parce qu'il s'agit d'actes par lesquels elles refusent de se soumettre aux directives institutionnelles. Dans certains cas, les stratégies de protection dont il est question ci-dessous nous ont été décrites sans aucune allusion à des actes d'insoumission. Tantôt, ces stratégies ont été mises en place dans le but de rendre possible ou de faire perdurer un acte d'insoumission, tantôt, certains actes d'insoumission se sont révélés être simultanément des stratégies de protection.

4.3.1.1 - Travailler moins et changer de champ d'exercice

Avec les années, Linda (030EI) a élaboré ses propres stratégies de façon à pouvoir continuer à évoluer à travers des conditions d'exercice de plus en plus difficiles. Une de ces stratégies l'aide à ne pas développer des problèmes de santé, en plus de lui permettre de se

¹¹⁵ Ces actes d'insoumission diffèrent des actes d'insoumission privés auxquels nous ferons allusion à la fin de ce quatrième chapitre, lorsque nous aborderons la notion d'*objection de conscience*, et ce, du fait qu'ils relèvent de la sphère publique, du moins selon les témoignages que nous avons recueillis. Il est également à noter que les actes d'insoumission auxquels nous ferons référence pourraient également être qualifiés d'*actes de résistance*.

réaliser à l'extérieur de son milieu de travail. Pourtant, même si cette stratégie permet à Linda (030EI) de tenir le coup, de continuer à pratiquer la profession d'infirmière et, donc, de contribuer au maintien d'un système de santé qui a grand besoin de sa force de travail, elle se fait reprocher de l'utiliser.

Je me suis fait reprocher ça que j'avais un sept jours/quinzaine. Je ne travaille pas assez, moi. (Linda, 030EI)

Par qui? (Chercheur)

Par des supérieurs immédiats qui ont dit : « tu fais juste un sept, Linda? » « Euh, oui, c'est un choix. » Moi, je n'ai pas de congé férié. J'ai des bénéfiques marginaux, mais j'ai une vie à l'extérieur de l'hôpital. Ma vie me permet de continuer à faire ma profession, parce que si je fais du temps plein, eh bien, oubliez ça, je vais me taper un burn-out et je vais lâcher la profession. Je fais un sept, j'ai une vie à l'extérieur et Dieu merci! (Linda, 030EI)

Dans la presque totalité des cas, les infirmières participantes qui nous ont révélé avoir mis en place des stratégies de protection, se sont fait reprocher de les avoir utilisées, et ce, même si ces stratégies contribuent directement à leur bien-être. Soulignons également que plusieurs infirmières soignantes ayant participé à cette étude ont spécifié que leur travail occupe une place prépondérante dans leur vie et, souvent, une trop grande place, un phénomène qu'elles attribuent entre autres au TSO, auquel elles préféreraient être soumises dans une moindre mesure, voire aucunement : « tu passes plus de temps à l'hôpital que dans ta famille. À un moment donné, les conjoints et les enfants, tu comprends, ça apporte beaucoup de séparation ou de difficultés » (Josée, 035EI). La stratégie mise de l'avant par Linda (030EI) de ne travailler qu'à temps partiel agirait donc comme un facteur de protection contre la surdétermination de la sphère du travail dans sa vie d'infirmière soignante. D'autres stratégies similaires, comme de retourner aux études pour, ainsi, avoir la possibilité de poser sa candidature à des concours pour des postes hiérarchiquement plus élevés et bénéficier de certains avantages – comme de ne pas avoir à travailler les weekends – sont également mises de l'avant par des infirmières soignantes.

Toujours à titre de stratégie de protection, notamment de façon à se protéger contre les répercussions associées à un rythme de travail de plus en plus effréné, certaines infirmières

soignantes envisagent de changer de secteur d'activité. C'est le cas d'Isabelle (027EI), qui n'avait tout simplement plus l'impression d'être une infirmière lorsqu'elle exerçait encore sa profession au sein d'une unité de soins physiques. Elle ne pouvait plus *prendre soin* des patients qui étaient à sa charge et n'interagissait plus avec eux, et ce, par manque de temps. Elle a donc pris la décision de quitter les *soins physiques* pour exercer dans le champ de la santé mentale.

Je suis partie du physique un peu parce que je n'avais pas l'impression de prendre soin. En fait, [...] ça allait trop vite. C'était trop [...]. Je faisais mes affaires, je soulageais la douleur : « bon, lui, il est prêt à être vu par le médecin on a reçu les bilans. » Je n'avais pas le temps de prendre du temps avec le patient [...]. Pour moi, [...] c'était [ça], être infirmière et [...] je n'avais pas le temps de le faire. La santé mentale est venue comme répondre un peu à ce besoin là. Des fois, qu'on n'a pas plus le temps en santé mentale, parce que [...] c'est fou, fou, fou à l'urgence [psychiatrique] aussi. Mais, somme toute, mon travail rejoint plus [...] ce qui est pour moi de prendre soin. (Isabelle, 027EI)

4.3.1.2 - Avoir recours à son syndicat

Plusieurs participantes nous ont indiqué avoir déjà fait appel à leur syndicat, par exemple, pour faire cesser certaines irrégularités relatives à leur rémunération – comme cela a été le cas pour Brigitte (049EG1) – ou pour régler divers problèmes récurrents au sein des unités de soins où elles exercent, comme Julie (039EI) nous l'a révélé. Bien que d'avoir eu recours à leur syndicat constitue une stratégie empruntée par ces infirmières soignantes pour faire reconnaître leur droit ou favoriser leur bien-être à titre d'infirmières soignantes, nous ne décrirons pas ici ces différents recours de façon exhaustive. Deux situations où des participants ont sollicité l'aide de leur syndicat ont cependant retenu notre attention. Dans chacune de ces situations, ceux-ci ont fait appel à leur syndicat comme stratégie de protection de leurs droits et l'utilisation du vocable *stratégie de survie* serait d'ailleurs tout indiquée dans ces deux cas. Ces deux participants ont préconisé des stratégies de protection, que nous qualifierons de *syndicales*, et ce, de façon à rendre possible ou à faire perdurer un acte d'insoumission à des directives institutionnelles, directives qui mettaient elles-mêmes en jeu, soit leur sécurité financière, soit leur avenir à titre d'infirmier soignant.

J'ai vécu un accident de travail avec mon épaule. J'étais en arrêt de travail; [...] après un certain temps, la conseillère de la SST n'arrêta pas de m'appeler [...] à tous les jours, pis, t'sais... faire des expertises... À un moment donné, elle a commencé à lever le ton. Ça ressemblait à de la manipulation et elle faisait des menaces : « ce qu'on va faire, c'est qu'on va aller en arbitrage et tu vas perdre, il va falloir que tu paies 2 000 \$, [...] que tu paies les journées où tu étais supposé de rentrer. » Puis, elle me disait des niaiseries comme : « c'est normal dans ce temps-là d'avoir mal » – moi, j'ai tout le temps mal, en permanence – « c'est normal d'avoir mal quand on va travailler M. Éric. » C'est la fille de la SST qui m'a dit ça, là! (Éric, 060EG2)

C'est épuisant tout ça? C'est demandant pour un infirmier? (Chercheur)

C'est fatigant! (Éric, 060EG2)

Ce que Éric a fait, c'est énormément de démarches, de suivis, d'efforts... (Lisa, 057EG2)

Ce que les infirmières peuvent faire en communauté pour contrer ces affaires-là, c'est de se renseigner [...] : « le savoir, c'est le pouvoir. » Ce qui est important, c'est vraiment d'en parler de nos expériences vécues et de ce que le syndicat peut faire. Parce que le syndicat m'a aidé et je les aide à mon tour [...] : c'est ça qui m'a motivé à entrer dans le syndicat. Parce qu'il y a du monde qui aurait plié. Ils me l'ont dit : « tu es un des rares qui se lève et qui va jusqu'au bout malgré le fait qu'il y a eu un arbitrage et que tu aurais pu perdre 2 000 \$. » J'ai gagné parce que j'ai pris la peine de me renseigner [...]. Il faut se tenir ensemble. Il faut en parler. Il faut se renseigner. (Éric, 060EG2)

En plus d'insister pour qu'il retourne au travail malgré les douleurs qui l'affligeaient, la conseillère en Santé et Sécurité au travail (SST) du CH où Éric (060EG2) exerce lui « *faisait des menaces* ». Ayant le désir de poursuivre son acte d'insoumission, refuser de se présenter au travail parce qu'il avait mal en permanence et voulant se protéger contre ces menaces, Éric (060EG2) a décidé de faire appel à son syndicat. Cette stratégie syndicale de protection lui a permis de se renseigner quant à ses droits et possibilités à titre d'infirmier, en plus de l'amener à obtenir une écoute et un soutien à travers cette démarche qui, comme le souligne Lisa (057EG2), lui a demandé beaucoup d'efforts. Au même titre qu'Éric (060EG2), Sylvain (043EI) a, lui aussi, préconisé une stratégie syndicale de protection pour obtenir du soutien dans un acte d'insoumission à des directives institutionnelles qui mettaient en jeu son avenir à titre d'infirmier soignant. Ses amis l'ont aussi beaucoup aidé pour faire face à cette situation.

Quand tu as un problème : « passe à autre chose. » [Quand] t'es en maladie ou quoi que ce soit [...], on sent qu'on est un numéro [...]; moi, je suis [35138¹¹⁶], ce qui fait que [35138], ton numéro n'est plus efficace, [...] eh bien, on te change. C'est [une question de] performance. Une chance qu'on a des groupes d'amis, parce que de l'institution on n'a comme pas de support. J'ai un léger handicap et [...] : « bon, ok, t'es plus capable [...], on ne te reprend pas et organise-toi et va-t'en chez vous! » Aucun sens de [la] reconnaissance ou quoi que ce soit. Il y a eu augmentation de la douleur et des problèmes, ça fait qu'on flushe... je ne suis plus bon. (Sylvain, 043EI)

En fait, ils sont entrés dans des procédures... pour vous mettre dehors? (Chercheur)

Oui. Dans le sens [qu'] ils offrent un emploi [...] du genre : « bon va-t-en commis! » – [...] ça veut dire à peu près une perte de 20 \$ de l'heure. Ben voyons donc : « c'est quoi ton problème, là? » Au niveau syndical, une chance qu'on les a parce que ce n'est pas de même que ça marche. Ils sont prêts à faire signer des ententes là, tout de suite, soit que tu t'en vas chez vous en retrait permanent ou [qu'ils te donnent] 20 \$ de l'heure de moins. Ce qui fait qu'ils n'ont pas de cœur et c'est vraiment : « ton numéro n'est plus bon. Ben, on passe à un autre numéro meilleur. » (Sylvain, 043EI)

Ce n'était pas la première fois que Sylvain (043EI) avait recours à cette stratégie syndicale de protection. D'ailleurs, d'après ses dires, sans l'aide offerte par son syndicat, le CH où il exerce se serait débarrassé de lui depuis longtemps.

4.3.1.3 - Avoir recours à une aide extérieure

Lorsqu'elles ressentent le besoin d'être supportées pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent dans le cadre de leur travail et qu'elles sont incapables d'obtenir du soutien au sein des institutions hospitalières où elles exercent, des infirmières soignantes obtiennent parfois du support d'organismes ou de personnes qui ne sont pas rattachés à ces institutions. Leticia (046EI) et Danielle (040EI) ont toutes deux misé sur de telles stratégies de protection, respectivement en portant plainte à la police après une agression et en ayant recours à un centre de femmes pour obtenir de l'aide.

¹¹⁶ Le numéro d'employé de Sylvain (043EI) a été changé pour préserver son identité.

4.3.1.3.1 - Porter plainte à la police

Faute d'avoir pu bénéficier d'un soutien adéquat suite à une agression¹¹⁷, Leticia (046EI) affirme que c'est du fait qu'elle ait pris la décision de porter plainte à la police que découle l'écoute la plus bénéfique qu'elle ait obtenue en lien avec le traumatisme qu'elle a subi. En insistant pour porter plainte à la police, Leticia (046EI) a ainsi opté pour une stratégie de protection, de survie, qui s'est avérée salutaire.

C'est arrivé, alors que je leur disais : « ce n'est pas normal, nous n'avons pas de gardien de sécurité [...], ça va nous retomber dessus. » Donc, quand je me suis fait agresser, [...] c'était [une personne¹¹⁸] qui venait de fuir, que mon collègue avait détachée parce que [cette personne] venait d'être amenée par la police et c'était juste au moment où je commençais un 16 heures. [Cette personne] était sous l'emprise de la drogue et de l'alcool et elle n'était pas habillée et, par réflexe, je suis allée la chercher¹¹⁹ [...], mais, elle avait une [...] arme blanche, et pas la plus petite [...] et elle m'a dit : « tu ne m'empêcheras pas de partir. » Et j'ai été arrêtée (arrêt de travail), et, j'ai été traitée pour un stress post-traumatique suite à ça. (Leticia, 046EI)

[Et] la façon dont vous avez été soutenue post-incident? (Chercheur)

J'aurais aimé que l'on me rencontre, qu'on me parle de comment je me sentais, comment j'allais, plutôt que de me juger [...]. Ce n'était pas ma première agression, mais je pense [que] c'était l'agression de trop [...]. Parce que, pour résumer, j'ai revu cette arme en me demandant si ma famille savait à quel point je les aimais – excusez – et pourtant, c'est vieux et je n'ai pas été blessée – (moment d'émotion) [...], mais, c'est pour vous expliquer que ce n'était pas anodin... (Leticia, 046EI)

J'en conviens. (Chercheur)

Les gens n'ont pas compris l'impact que ç'avait eu sur moi. Ce soir-là [...] j'ai vomi à outrance, d'accord. Et le soutien [...] est venu [...] de la police [...], parce que j'ai porté plainte [...]. Ils m'ont dit que de toutes les manières, ça n'ira pas loin parce que [cette personne] était sous facultés affaiblies, mais, j'ai dit : « par le principe que vous preniez déjà ma plainte [...], c'est une écoute. » Mais je n'ai pas eu cette écoute après. Ç'a été plutôt [...] : « ouais, mais elle n'a pas été touchée. » J'ai perdu quand même 30 livres, en un mois et demi, c'est que quelque chose en moi s'est fait et que j'aurais pu mourir ce soir-là. Ils ne m'ont pas rencontrée. Simplement... ils me surveillaient en se

¹¹⁷ Certains détails compromettant la confidentialité des personnes dont il est question dans la description de cette agression ont été modifiés sans notification.

¹¹⁸ Pour des raisons de confidentialité, l'utilisation du terme « personne » est mise à profit ici, afin que l'on ne puisse identifier le sexe de cette personne.

¹¹⁹ Plusieurs éléments justifiant l'intervention de Leticia (046EI) ont été retranchés pour préserver son identité.

disant que [j'allais] flancher. Je le sais, puisqu'[ils] m'avaient mis quelqu'un sur le dos et que je le voyais de façon constante sur moi. (Leticia, 046EI)

Leticia (046EI) souligne n'avoir reçu aucun support de l'institution pour laquelle elle exerce à titre d'infirmière soignante à la suite de cet événement. Pire encore, elle indique avoir eu la conviction profonde qu'une personne avait été déléguée pour la surveiller après cette agression. De la façon dont elle s'est exprimée dans le cadre de l'entrevue qu'elle nous a accordée, cette personne ne semblait pas avoir été invitée à agir de la sorte de façon à veiller au bien-être de Leticia (046EI), mais plutôt de façon à ce que celle-ci puisse éventuellement révéler son inaptitude à exercer la profession infirmière. En accord avec les propos de Sylvain (043EI), Leticia (046EI) poursuit quant au fait qu'il est impossible, pour une infirmière soignante, de faire preuve de faiblesse dans le cadre de son travail en CH. Cela l'amène d'ailleurs à postuler que les infirmières soignantes se doivent d'accepter toutes les situations, même celles qui sont à leur désavantage. À partir de ce postulat, elle nous fait part d'une stratégie de protection qu'elle met sporadiquement en place et qui se révèle être simultanément un acte d'insoumission.

Quand on fait preuve de faiblesse comme [...] parler de burn-out, c'est encore tabou dans notre profession. On a l'impression qu'on doit tout accepter de tout le monde sans avoir notre mot à dire. Moi, je suis désolée, quelqu'un qui m'insulte, je ne vais pas pouvoir le soigner, je me suis fait traiter de sale singe et comme elle m'a dit : « don't touch me, you are a bitch [...], you have the face of monkey. » J'ai dit : « je ne rentre plus dans cette chambre. » « Non, vous ne m'obligerez pas à rentrer dans cette chambre. » Qu'est-ce qui a été fait pour ce patient? Pas un de mes supérieurs n'a été le rencontrer. [Le] patient, [...] il doit avoir notre respect, [mais] je ne vois nulle part qu'il doit nous respecter [...], et ça, c'est triste [...]. Nombre d'infirmières se font agresser et cracher dessus et insulter. Il y a une politique contre ça? J'en ai vu très peu. (Leticia, 046EI)

C'est comme si en fait lorsqu'on rentre dans l'hôpital, nos droits tombent?... (Chercheur)

Exactement! On a que des devoirs et le patient a des droits... Il faut lui rappeler que ça reste un citoyen, ce n'est pas parce qu'il est couché dans un lit qu'il ne doit pas me respecter. Si je suis dans la rue et qu'il me gifle, j'aurais droit de porter plainte. [Alors] parce qu'il est patient, il me gifle, il a le droit? « Non, non, vous n'allez pas faire ce que vous voulez avec moi : si un patient me frappe, je porterai plainte comme

si c'était un citoyen qui était dans la rue. » « Ouais, mais il est malade... » « Je m'en fous. » *Non, il sait très bien ce qu'il a fait quand il m'a giflée. Il savait très bien quand [...] il m'a traité de pute, ok, maintenant, je vais le faire jusqu'au bout, que vous soyez content ou non. Voilà, c'est ma petite révolte. Un autre exemple aussi de jeune fille [...] qui revenait en pleurant de la salle en disant le patient il m'a touché les fesses et les seins. J'ai dit : « qu'est-ce que tu lui as dit? » [Elle me dit :] « il est malade. » « Non, non, non, non, il n'a pas le droit de te toucher, [...] c'est ton corps, il t'appartient. » Moi, je suis allée le voir, j'ai dit : « je suis une vieille de la vieille, maintenant c'est moi qui vais m'occuper de vous. » Il a demandé son congé le lendemain. Parce que je lui ai dit : « non, vos mains, vous allez les garder là où vous avez à les garder. » (Leticia, 046EI)*

Cette stratégie de protection décrite par Leticia (046EI) consiste à refuser catégoriquement tout mépris provenant des patients. Comme cette stratégie de protection l'amène à ne pas se soumettre à ce mépris, nous croyons qu'elle consiste également en un acte d'insoumission puisque, par dissidence, elle refuse de donner son consentement à ces actes offensants. L'acte d'insoumission auquel nous faisons référence ici consiste en un acte public d'insoumission, parce qu'il prend place dans l'espace public, au vu et su de tous, mais également par le fait que Leticia (046EI) invite ses collègues à agir de la sorte. Ainsi, nous pourrions qualifier comme étant émancipateur cet acte public d'insoumission, et ce, en raison de ses visées libératrices collectives.

4.3.1.3.2 - Un centre de femmes

Comme stratégie de protection, Danielle (040EI) a pour sa part eu recours au soutien offert par un centre de femmes pour apprendre à conjuguer avec les difficultés qu'elle vivait dans le cadre de son travail.

J'ai eu des problèmes puis, pour m'en sortir, j'ai été dans un centre de femmes, où elles sortent les femmes de l'isolement et je revenais de très loin. C'est des femmes qui s'engagent et qui vont rencontrer [d'autres] femmes et qui trouvent des solutions [...] pour les faire cheminer, avancer sur plusieurs sujets. Et, on part de loin! Il y a une femme qui disait que ça faisait 20 ans qu'elle n'était pas sortie de son appartement [...]. Moi, c'était le travail, parce que quand tu es infirmière, t'as pas d'aide nulle part, tu es abandonnée... on est tellement forte! Ça fait que moi, c'est le communautaire qui m'a sorti. (Danielle, 040EI)

Vous aviez l'impression d'être abandonnée en tant qu'infirmière [...] au niveau de la communauté de soutien dans votre milieu?... (Chercheur)

Non, il n'y a aucun soutien [...] et même au niveau syndical, à ce niveau là, c'est [...] un syndicat de femmes : il faut qu'on prouve qu'on est forte. Ce qui fait que la faiblesse ne passe pas. Le milieu est comme ça, [...] même les femmes enceintes, on s'est tellement battues pour le retrait préventif [...]; les filles ne l'utilisent plus, là. 32 semaines penchées sur un patient pendant une heure et demi pour lui faire un pansement VAC! Et, puis quand je disais : « voyons donc, ça n'a pas d'allure », et de me faire répondre : « écoute, ce n'est pas une maladie. » Quand tu es infirmière, tu n'as pas le droit d'être malade, t'as pas le droit d'être faible, et tant que tu es performante : « tu es bien fine, mais baisse pas ton niveau. » [Par exemple, si tu es] toujours celle qui est de bonne humeur et tout à coup, parce que tu es fatiguée, et [...] parce que tu n'en peux plus [...], tu deviens moins de bonne humeur et tu commences à être brusque un peu, eh ben, là, tout ce que tu as fait pendant les 20 ans avant, disparaît. (Danielle, 040EI)

Donc, il y a une marginalisation du discours de la faiblesse? (Chercheur)

Oui. On va se battre pour les femmes victimes, on est les premières aux barricades là, d'abord qu'elle est à l'extérieur, il ne faut pas qu'elle soit à l'intérieur. C'est l'autre qui est faible. (Danielle, 040EI)

Pour Danielle (040EI), les infirmières soignantes sont littéralement abandonnées à leur sort lorsqu'elles rencontrent des difficultés dans le cadre de leur travail. Elles ne bénéficient d'« aucun soutien ». L'image de l'infirmière toute puissante – « on est tellement fortes » – serait à l'origine de ce phénomène particulier auquel Sylvain (043EI), Leticia (046EI) et nombre de participantes ont également fait référence. Toujours d'après Danielle (040EI), ce phénomène aurait même des répercussions au niveau syndical. Ainsi, puisqu'elles ne veulent être identifiées comme faibles ou malades, les infirmières soignantes qui ont le désir de recevoir un certain soutien se voient contraintes de faire appel à une aide qui est extérieure à celle qui est offerte par les institutions hospitalières ou les syndicats. Différents organismes venant en aide aux femmes peuvent donc être mis à profit par les infirmières soignantes.

4.3.1.4 - Lâcher prise

À travers son expérience à titre d'infirmière soignante, Danielle (040EI) a su développer une autre stratégie de protection qui lui permet de lâcher prise. Une stratégie qu'elle déploie en situation de surcharge, lorsque la « désorganisation » atteint son paroxysme.

Des fois, vraiment, ça devient vraiment hors-norme, là, la désorganisation [...]. Ces journées-là [...], c'est la machine qui embarque, c'est juste des ordres et c'est juste de courir. Il n'y a plus personne qui réfléchit. On fait juste agir, mais j'ai appris aussi à lâcher prise : « nous, aujourd'hui, on ne pourra rien faire. » La seule chose que je vais [faire et] je n'arrête pas de le répéter à tout le monde : « c'est le système qui est fou; ce n'est pas nous autres. » Elles ralentissent : « tu vas trop vite et tu vas te blesser. » Là, je lâche les patients et j'essaie de calmer le monde : « là, on arrête. » Quand je ne peux pas les calmer non plus, [...] moi, je vais [...] aller me renfermer dans une chambre. C'est d'essayer de faire en sorte que tout ça ne vienne pas m'écraser. Je suis comme en survie, là, c'est vraiment ça; [...] c'est de ne pas sortir en burnout. C'est que l'hôpital n'aura pas ma peau! Ça, c'est une priorité. (Danielle, 040EI)

Danielle (040EI) nous fait part d'une stratégie de protection ou de survie – elle l'indique d'ailleurs elle-même : « je suis comme en survie, là » – qui se démarque par son caractère collectif. Cette stratégie de protection a effectivement des objectifs qui transcendent son propre bien-être, des objectifs qui visent à induire un ralentissement de la cadence de travail chez ses collègues. Danielle (040EI) opérationnalise cette stratégie en deux temps : elle essaie, dans un premier temps, de convaincre ses collègues de ralentir leur cadence en les avisant notamment du danger qui les guette si elles persistent à « courir » de la sorte et, dans un second temps, lorsque ces interventions se révèlent inefficaces, cette stratégie de protection perd son caractère collectif et adopte des attributs individuels. À ce moment, Danielle (040EI) s'enferme dans la chambre d'un patient pour se protéger elle-même de ce rythme de travail effréné. Il est à noter que cette stratégie de protection est, en soi, un acte d'insoumission, du fait que la mise en place de cette stratégie est motivée par un refus de suivre la cadence qu'elle croit dictée par un système qui de son avis est rendu « fou ».

Si Danielle (040EI) a appris à lâcher prise, elle a aussi appris à le faire en essayant d'atteindre tout de même certains objectifs qu'elle considère comme étant fondamentaux. Le fait de focaliser l'essentiel de ses énergies sur des objectifs atteignables consiste aussi en une stratégie de protection qui lui permet d'éviter l'épuisement en essayant de changer des situations sur lesquelles elle considère n'avoir que peu d'influence :

À un moment donné, c'était rendu trop dur parce qu'avec tous les changements, on a été obligés de couper dans notre pratique, dans notre façon de voir les choses. Puis, [...] je ne suis pas capable de baisser plus bas. Et la façon de m'en sortir [...] c'est [qu'] il faut que dans ma journée, qu'il y ait une chose où je puisse dire : « j'ai fait la différence. » C'est tout, [...] c'est rendu juste ça et je ne veux pas aller plus loin. C'est que je ne peux pas changer la société; je ne peux pas changer les malheureux; et je ne peux pas changer les boss. C'est d'arrêter de me battre pour ce que je ne peux pas me battre et de regarder ce que moi je peux faire. [On m'a distribué une main de cartes, là [...] : comment je fais, avec ces cartes-là, pour don]ner les meilleurs résultats possible? (Danielle, 040EI)

Pour sa part, Linda (030EI) a accepté qu'elle ne bénéficie pas du temps qui lui est nécessaire pour donner des soins de qualité. Une forme d'abdication qu'elle fut contrainte à choisir, sans quoi elle aurait quitté la profession.

Moi, [...] c'est ça que je trouve important dans ma profession : c'est d'avoir un peu de temps pour donner des soins de qualité. Je minimise encore parce que je dis toujours de donner un peu de temps, ce qui devrait être la majorité de mon temps, mais [...] ce n'est pas possible. Alors, ou on accepte, [comme moi], et on fait avec, ou on quitte la profession. Les nouvelles infirmières, honnêtement, je ne sais pas ce qui les amène dans la profession et vraiment pas!... (Linda, 030EI)

Même si Linda (030EI) a décidé de ne pas quitter la profession infirmière, elle se demande ce qui motive les nouvelles infirmières à exercer la profession et ne la choisirait pas si elle avait, dans les circonstances actuelles, à faire le choix d'une profession à exercer.

4.3.1.5 - Une reconnaissance mutuelle

À défaut d'obtenir de la reconnaissance de la part des gestionnaires ou de l'institution hospitalière au sein de laquelle elles exercent, des participantes comme Cécile (029EI) nous

ont révélé qu'elles misent sur une stratégie permettant la reconnaissance de leurs propres efforts.

L'équipe, on s'encourage. L'autre fin de semaine, on a eu une dure fin de semaine, deux jours d'affilée, et le personnel qui était proche de moi : « hey, je l'ai fait! » On a travaillé fort, mais on a fait de quoi de bon. À la fin de la journée, on était contentes, là. Ce qui fait que je pense qu'il faut se donner des tapes dans le dos entre nous autres. Parce que les gestionnaires [...], on trouve qu'ils sont loin. C'est révoltant, des fois. (Cécile, 029EI)

Lorsqu'elles sont satisfaites du travail accompli, notamment en période de surcharge où elles déploient des efforts considérables, les infirmières soignantes ont la capacité et la possibilité de s'encourager entre elles, une stratégie infirmière qui vient pallier un manque de reconnaissance. Peu coûteuse, simple à opérationnaliser – aucun tiers n'est mis à partie – et à la portée de toutes les infirmières¹²⁰, cette stratégie venant pallier une carence managériale demeure salutaire d'après Cécile (029EI), même si une reconnaissance d'une provenance extérieure à celle de leur propre groupe demeure souhaitable. À cet effet, les données que nous avons recueillies nous indiquent que la reconnaissance provenant des patients est probablement la seule et unique reconnaissance que les infirmières soignantes obtiennent d'une provenance extérieure à celle de leur propre groupe.

4.3.2 - La résistance maquillée

Comme l'indique Scott (2008), il serait beaucoup trop dangereux, pour les individus d'un groupe dominé, d'émettre une critique insidieuse du pouvoir à l'intérieur même des situations où celui-ci est à l'œuvre, à découvert, et sous la surveillance étroite dont ces individus sont l'objet. La vaste majorité des textes cachés, des pensées critiques, des discours subversifs, ne seront d'ailleurs jamais « prononcés directement et publiquement à la face du

¹²⁰ Il est à noter que, dans la foulée des procédés de standardisation des processus de type *Lean*, la mobilité de plus en plus grande de la main-d'œuvre rend l'avènement de ce type de stratégie de reconnaissance infirmière beaucoup plus difficile. Pour que des infirmières développent une certaine solidarité leur permettant de s'encourager dans les moments les plus difficiles, il est de loin préférable qu'elles fassent partie d'équipe stables, sans quoi elles auront nécessairement moins tendance à aller une vers l'autre dans le but de se soutenir. De même, les infirmières d'agences qui auront, en quelque sorte, été greffées depuis peu de temps à des équipes stables auront moins tendance à recevoir ce type de reconnaissance de la part de leur collègues infirmières soignantes qui, elles, exercent depuis plus longtemps au sein de ces équipes.

pouvoir » (Scott, 2008, p. 13), et ce, par peur des représailles que ces actes de résistance peuvent engendrer. Le *texte caché*¹²¹ s'exprime parfois ouvertement, mais « sous des formes déguisées » (p. 13). Les données que nous avons recueillies nous amènent à croire que les infirmières font partie d'un groupe opprimé, dominé. Nous ne sommes d'ailleurs pas les premiers à le souligner, les travaux de Roberts (1983, 2000¹²²) abondent en ce sens depuis plus de 30 ans. Ainsi, à titre d'individus issus d'un groupe dominé, les infirmières soignantes n'ont pas la possibilité de dire ce qu'elles pensent réellement, d'émettre une critique incisive des conditions dans lesquelles elles exercent ou de dénoncer haut et fort les contraintes qu'elles vivent au quotidien et qu'elles aimeraient voir disparaître. Chaque fois que des participantes nous ont révélé avoir agi de la sorte ou qu'elles ont été témoins de pareils actes, elles en ont subi les conséquences ou ont vu leurs collègues les subir. Dans ces circonstances, comme l'indique Scott (2008), il est toutefois possible d'émettre une critique maquillée, en utilisant, par exemple, des formes d'expression artistiques.

Il est souvent question, dans les médias, de la force de persuasion d'une pièce de théâtre ou d'un film d'auteur aux propos engagés. De plus en plus de chercheurs de la discipline infirmière, comme Jonas-Simpson et coll. (2011) vont aussi *disséminer* les résultats de leur recherche à travers ce qu'il est convenu de désigner sous le vocable de *recherche-création*, et ce, consécutivement au caractère émancipateur de ces pratiques théâtrales novatrices et atypiques. C'est plus particulièrement par la création vidéographique, qu'elles avaient envisagée comme instrument humoristique, que Linda (030EI) et ses collègues ont su mettre à profit la force de l'image et la distanciation permise par ce médium, pour ainsi se rendre compte qu'elles avaient, par leur création, généré un instrument de réflexion, d'instruction et d'insubordination ayant un potentiel qui a transcendé leurs aspirations premières. « *D'une façon qui se voulait humoristique, au départ* », Linda (030EI) et ses collègues infirmières soignantes ont mis de l'avant une forme de résistance maquillée qui aurait eu des répercussions jusqu'au MSSS. Celles-ci ont effectivement réussi à faire passer

¹²¹ Pour Scott (2008), le texte caché est le discours clandestin des groupes dominés, celui qui demeure généralement dissimulé au regard du public et très rarement mis en action, par exemple, sous la forme d'une critique insidieuse.

¹²² Nous nous référons également à ces écrits collectifs : Roberts, S. J., Demarco, R. & Griffin, M. (2009).

leur message par des canaux qui ne sont habituellement pas encouragés par l'idéologie dominante, et qui leur ont permis de court-circuiter les procédures normatives par lesquelles doivent cheminer les messages ou revendications, procédures qui, à titre de dispositifs technocratiques¹²³, ont souvent pour but premier de décourager celles qui s'y engagent, sinon de rendre leur message vétuste ou de l'annihiler tout simplement à travers les dédales administratifs. La création vidéographique réalisée par Linda (030EI) et ses collègues infirmières soignantes nous apparaît comme un exemple patent de résistance maquillée.

À chaque année, on fait une revue de l'année à la salle d'accouchement [...]. On filme et mon chum fait un gros montage [...]. Et, une année [...], il y [avait] une guerre entre la néonatalogie et l'obstétrique pour l'acceptation des transferts. [Alors] on a fait une vidéo qui disait [...] : « j'ai un prématuré, la guerre est pognée et [...] je ne sais pas ce qui vont faire avec mon bébé. » Là, tu vois [...] une infirmière qui part en courant avec un bébé qui arrive [à l'urgence]. On arrive devant les portes tournantes et l'infirmière ressort avec le bébé. Ils ne peuvent pas prendre le bébé là. On arrive devant un autre CH [...], devant une porte barrée. Finalement, on fait trois CH et on arrive à l'Oratoire Saint-Joseph [...], en haut c'est écrit : « fermé pour l'hiver. » On finit à la clinique vétérinaire, à côté de chez nous. Et, là, on rentre; ils prennent le bébé [...]. Et là, tu vois l'infirmière [...] : « yes, j'ai trouvé une place pour dumper mon bébé qui a besoin de soins. » Cette vidéo a été reprise par le chef du département, qui est allé voir [...] le directeur de l'hôpital, qui est allé plus haut que ça. Je pense que ma vidéo a été vue [...] même au ministère. Une chance qu'il était bien fait! (Linda, 030EI)

Sous le couvert d'une *interprétation inoffensive* de la réalité hospitalière, à savoir une interprétation satirique et outrancieusement exagérée de celle-ci, les infirmières soignantes de cet établissement se payent le luxe d'une insubordination idéologique maquillée. Nous la désignons ainsi parce que ces infirmières soignantes mettent de l'avant une représentation non autorisée du monde hospitalier qui demeure à la limite de ce que l'on permet à des infirmières d'exprimer, et ce, de par son caractère humoristique. Comme nous le verrons plus en profondeur dans le cinquième chapitre de cette thèse, toute représentation non autorisée du monde hospitalier qui gagne la sphère publique sera sévèrement réprimée, surtout si elle provient des infirmières soignantes. Même si cette forme de résistance idéologique demeure humoristiquement maquillée, il est à noter qu'elle demeure déployée dans des circonstances

¹²³ Nous aborderons cette question plus en détails dans le cinquième chapitre de cette thèse.

extraordinaires par ces infirmières soignantes, c'est-à-dire une seule fois par année et toujours sous le couvert de festivités. C'est aussi à l'extérieur de la surveillance directe exercée par l'institution hospitalière où elle exerce que cette création a pris forme. Linda (030EI) indique d'ailleurs que les différents plans composant cette création vidéographique ont tous été filmés à l'extérieur du CH où elle et ses collègues exercent, ce qui démontre bien à quel point elles savaient qu'il est préférable de prendre ses précautions, lorsqu'il est question d'*insubordination idéologique*, et ce, même si celle-ci est maquillée.

Il n'en demeure pas moins que la production vidéo utilisée comme pratique médiatique, même si elle mise sur l'humour et l'ironie comme cela a été le cas dans l'exemple donné par Linda (030EI), peut être percutante et d'une grande efficacité transformatrice. Elle permet, entre autres, de dire tout haut ce que les infirmières pensent tout bas, et ce, même si cela est parfois présenté à mots couverts ou de façon déguisée. Elle peut même, dans une certaine mesure, traverser le temps et être utilisée par d'autres infirmières qui ont, elles aussi, des préoccupations similaires.

Je sais qu'après ça, on a été un bon moment sans avoir de problèmes avec nos transferts et, encore aujourd'hui, ça doit faire un bon... plus que cinq ans qu'on a fait ça, on en parle encore, de cette vidéo-là. L'année passée, parce que ça fait trois ans que je ne fais plus de party de Noël, eh bien, elles ont repassé toute la série de DVD que j'ai faits (rires) et c'est toujours pour brasser de la chnoutte [...]. Mais brasser incite toujours à un changement [...] : il faut [seulement] savoir comment [s'y prendre]. Et tout ça a fait qu'on a fait avancer des dossiers. (Linda, 030EI)

Linda (030EI) a tout de même subi certaines représailles à la suite de la création de cette vidéo avec ses collègues infirmières soignantes. Pourtant, les précautions qu'elle et ses collègues ont su prendre, et le caractère humoristique avec lequel ces revendications ont été dissimulées, ont probablement contribué à prévenir des représailles additionnelles. Les représailles, d'après les données que nous avons recueillies, demeurent toujours présentes lorsqu'il y a perturbation du *statu quo* au sein des institutions. Heureusement, cet épisode n'a pas eu d'incidence sur la propension à l'engagement de Linda (030EI) et sur son caractère dissident.

Je me suis fait taper sur les doigts pour certaines affaires. Mais, je me suis fait taper sur les doigts, en avant, par une personne et la même personne, après, m'a dit :

« t'sais, c'est ben correct ce que tu as fait. Ç'a fait bouger les choses. Moi, je ne pouvais pas faire ça. » *Ce qui fait que je vais rester comme je suis!* (Linda, 030EI)

Il est à noter que la production vidéographique est plus que jamais à la portée des infirmières soignantes et qu'elle ne nécessite plus d'investissements majeurs comme c'était le cas par le passé pour la location du matériel de production ou pour ce qui est du montage en postproduction.

4.3.3 - Des objections de conscience

Abordée dans le cadre du chapitre 2, l'*objection de conscience* constitue un acte de résistance auquel recourent nombre de professionnels au travail, dont ceux exerçant en santé, pour s'opposer à « toute activité exigée par un tiers (loi, ordre du tribunal, institution, employeur) et jugée contraire à l'éthique personnelle ou, à l'inverse, à toute activité interdite par une autorité, mais qui est requise par son éthique personnelle » (Durand, 2004, p. 72). La dimension éminemment personnelle de l'objection de conscience n'a d'égale que le désir fréquent de ce résistant d'être imité par d'autres, de manière à provoquer des changements législatifs, une remise en question de l'ordre établi ou toute autre issue spécifique à une situation qu'il estime être en rupture avec ses convictions. Le fait, pour une infirmière soignante, de s'opposer à des règles administratives qu'elle considère immorales, s'inscrit dans cette catégorie d'acte de résistance, que Durand (2004, p. 77) définit comme « un refus public, pacifique et conséquent de faire ou de coopérer à faire un acte demandé » par les diverses exigences ou autorités légales ou normatives de son milieu de travail. De l'objection de conscience moins noble que constituerait l'acte de refus confiné à la sphère privée, jusqu'aux cas limites d'actes *a priori* immoraux, comme le mensonge, l'objection de conscience est, selon Durand (2004), toujours fondée sur une situation s'inscrivant en conflit avec des convictions personnelles et profondes.

Dans le cadre des entrevues individuelles et des groupes de discussion que nous avons réalisés, certaines participantes nous ont fait part d'actes de résistance pouvant être qualifiés d'*objections de conscience* et dont bon nombre s'inscrivent dans la catégorie des *actes*

d'insoumission privée. C'est le cas notamment de Fabienne (053EG1) qui, à travers son témoignage, nous a expliqué plus en détails que le poste qu'elle détient au sein de l'unité de soins où elle exerce lui permet habituellement de bénéficier de quatre « *jours fériés* » pour la période des fêtes. Dans ses explications, Fabienne (053EG1) souligne qu'il y a eu un changement de gestionnaire pour cette même unité et que la nouvelle gestionnaire ne lui accorde maintenant qu'une seule de ces journées de congé. Considérant cette décision arbitraire, Fabienne (053EG1) a décidé de la contester à sa façon.

J'ai décidé que je contestais ça en mettant un petit chandail rouge pis j'ai marqué dessus : « après 26 ans de services, je n'ai pas le droit [à mes congés]. » Ils ont dit que ça, c'était diffamatoire [...]. J'ai passé tout de suite au bureau, là, [ma supérieure] avait trouvé d'autres petites affaires : [...] j'avais élevé le ton, [...] je trouvais que l'horaire n'avait pas d'allure [...]. Elle pensait qu'elle me ferait peur. Ils ont dit des choses par rapport à mon travail, mais sans preuve. J'ai dit : « sortez-moi les dossiers, les preuves, tu m'arrives et tu m'accuses [...] et tu n'as aucune note et aucune preuve et la personne qui m'accuse de ça n'est même pas là. Normalement, on devrait se parler avant pour voir [ce qu'il en est]. Tu m'envoies en bas, dans le bureau de relations de travail et tu n'es même pas venue me parler avant. » (Fabienne, 053EG1)

Cette situation décrite par Fabienne (053EG1) est en accord avec la définition de l'objection de conscience suggérée par Durand (2004). Sans s'opposer à une loi, c'est plutôt à une nouvelle règle administrative, qu'elle juge illégitime, à laquelle Fabienne (053EG1) s'oppose. Le caractère public et pacifique du moyen de pression sélectionné par celle-ci pour signifier son opposition à cette nouvelle règle administrative ne fait d'ailleurs aucun doute. Sans que cela soit nécessairement perceptible à la lecture de cet extrait du *verbatim*, l'intonation utilisée par Fabienne lorsqu'elle indique qu'elle est « *passée tout de suite au bureau* » suggère que c'est sans surprise qu'elle a dû se soumettre à cet exercice et qu'elle était prête à subir les conséquences de ses actes, sans quoi elle ne se serait jamais aventurée à utiliser un pareil moyen de contestation sur une base individuelle. Il est d'ailleurs à noter qu'à travers les données que nous avons recueillies, dans presque chacun des cas où une participante nous a indiqué avoir dénoncé une situation qu'elle considérait comme intolérable ou inhumaine, celle-ci a dû subir des indignités en lien avec ces actes de dénonciation, le plus

souvent en public, devant ses propres collègues, ce qui a nécessairement pour effet de démultiplier les effets délétères de ces indignités.

Laurier (032EI) nous a, lui aussi, fait part d'actes de résistance que nous avons identifiés comme des objections de conscience. Dans l'extrait du *verbatim* qui suit, il est question d'une objection de conscience légitimant une action qui *a priori* pourrait paraître immorale, le mensonge :

il faisait [...] très froid, dans les chambres, les gens plaçaient des choses sur le bord de la fenêtre et ça gelait! Puis, les gens se plaignaient et puis, moi, j'allais voir mon chef de service : « ça n'a pas de bon sens! » J'ai vu des enfants à un moment donné dans les bassinettes avec leurs habits de neige [...]. Puis, mon chef de service m'avait dit : « tu leur diras qu'ils ne sont pas à l'hôtel. » [Évidemment], je ne suis pas allé le dire aux parents là. [Donc], les parents se lamentaient toujours [...] : « écoutez, vous allez aller voir Mme la commissaire aux plaintes », [...] je les envoyais là. Les gens revenaient et [...] disaient : « ça eut l'air de lui rentrer par là puis de lui sortir par l'autre oreille. » Bon, j'ai appelé la commissaire aux plaintes et j'ai dit : « écoutez, les parents [...] parlent d'aller voir... vous savez le monsieur à la télévision qui a des gros yeux, là... » Elle a dit : « mon dieu, Jean-Luc Mongrain [...], j'm'en occupe! » Elle m'a appelé à peu près dix fois dans l'avant-midi, les plombiers sont passés, les menuisiers, les électriciens, sur l'heure du midi là, il faisait chaud! (Laurier, 032EI)

Pour Laurier (032EI) il était immoral, « *ça n'a[vait] pas de bon sens* » qu'il fasse aussi froid au sein de l'unité de soins où il exerce. La désobéissance à l'ordre de son supérieur d'indiquer aux parents « *qu'ils n[étaient] pas à l'hôtel* » lui apparaissait aller de soi de par son caractère inconvenant. Dans ces circonstances, Laurier (032EI) a priorisé l'affirmation de ses valeurs personnelles en prenant la liberté de mentir à « *la commissaire aux plaintes* » du CH où il exerce de façon à accélérer la résolution de ce problème institutionnel qui affectait la qualité de vie des patients et de leurs familles, légitimant ainsi l'acte de mentir.

Si le fait qu'il ait menti pour accélérer la résolution de ce problème s'était ébruité, il est à prévoir qu'il en aurait subi les conséquences. D'ailleurs Laurier (032EI) est bien au fait des conséquences de son implication et des actions qu'il met en place :

je suis très impliqué, mais vraiment très impliqué, et à un point tel qu'on veut avoir ma tête. J'ai une grande gueule, j'ai pas peur de personne, j'ai pas peur de dire ce que je pense, peu importe qui se trouve devant moi, là, la hiérarchie, là. (Laurier, 032EI)

Quand vous dites : « on veut avoir ma tête », c'est une impression ou vous avez des exemples? (Chercheur)

Ah non, non, non. On me l'a dit carrément, parce que j'ai découvert des mensonges à un moment donné et puis je les ai confrontés, mes supérieurs [et] les supérieurs de mon supérieur. (Laurier, 032EI)

Laurier (032EI) se fait aussi objecteur de conscience à travers son refus systématique d'effectuer des gardes et du TSO, et ce, malgré les menaces et les sanctions qui y sont associées.

Ça fonctionne sous le règne de la peur. C'est toujours la menace de lettre disciplinaire à ton dossier. Au sujet des gardes obligatoires, du TSO, [...] je suis allé voir mon chef de service et j'ai dit : « les gardes, puis des TSO, mets même pas mon nom sur la feuille, ok, parce que moi, à 11 h 30 quand je vais sortir d'ici, mets-toi pas dans la porte! » Mon nom n'a jamais apparu sur la feuille. Parce que, elle, elle le sait que moi, ça fait 25 ans que je suis dans l'hôpital et qu'ils ne me font pas peur personne et qu'à 11 h 30, je vais sacrer mon camp! Mais les jeunes ont peur. Je ne laisserai jamais le département s'il y avait un danger, là. Mais [...] à force de faire ça, la direction ne prend pas les mesures pour corriger la situation. C'est bien plus facile de dire : « toi, tu restes » que de chercher quelqu'un [...], c'est bien plus facile de dire : « ben r'garde, y en manque trois cette nuit et toi, toi, tu restes. » Hey! (Laurier, 032EI)

Il en est de même pour Dominic (038EI) :

On est pris par le gouvernement un peu (Dominic fait référence à loi 160 relative aux services essentiels). On perd notre pouvoir à cause qu'on est tout le temps là. On dit tout le temps oui. Comme [...] le TSO à l'urgence, quand ils viennent me voir pour me dire : « t'es obligé de rester. » Je dis : « y a pas personne qui rentre? » « Oui, il y a huit filles qui rentrent au lieu de neuf... » « Ben, ils travailleront à huit filles, t'sais. » Il n'y a pas de ratio patients/infirmières [de prescrit], ça n'existe pas. Ça fait que mon Ordre ne pourra pas me dire que j'ai quitté les lieux en ne laissant mes patients à personne. J'ai laissé un patient à huit filles. Mais là, la fille va dire : « ben là, je vais rester. » Ouf, ça s'écrase... Moi, c'est drôle, on ne m'oblige pas à rester. Je dis : « non, [...] je ne peux pas. » Mais toi, t'as dit oui... Elle dit : « ben oui, on est obligés. » « Mais moi aussi, ils m'ont obligé et j'ai dit non! » Ça fait que le pouvoir... on pourrait en avoir beaucoup si tout le monde disait non [...], si on se tenait tous et qu'on n'avait pas de pitié (rires). (Dominic, 038EI)

Qu'il soit systématique ou non, le refus d'effectuer des gardes ou du TSO est probablement l'exemple de manifestation de dissidence recueillie dans le cadre de cette étude qui s'inscrit le plus clairement dans ce que constitue une objection de conscience. Pour la

presque totalité des participantes que nous avons rencontrées, le fait que l'on contraigne les infirmières soignantes au TSO¹²⁴ est catégoriquement immoral. D'ailleurs, certaines participantes se sentent comme des « *femmes battues à cause du TSO. Je vis le même sentiment [...]. T'es même pas capable de faire ta journée de travail que déjà t'as le second shift dans ta tête [...], comme une femme qui a peur de se faire battre, là* » (Fabienne, 053EG1). Certaines d'entre elles n'hésitent pas à qualifier le TSO de « *viol. Vous violez mes droits. Vous violez ma personne. Vous violez ma vie de famille. Pour moi, c'est un viol* » (Linda, 030EI). Cet acte de contrainte est contraire à leur éthique personnelle, bien qu'il soit exigé par l'institution hospitalière pour laquelle elles exercent, en plus d'être légitimé par leur code de déontologie. Si, dans les deux cas que nous venons d'exposer, Laurier (032EI) et Dominic (038EI) ne nous ont pas signifié avoir été confrontés aux sanctions découlant de leurs actes de refus, ceux-ci sont bien au fait des représailles auxquelles ils s'exposent. Linda (030EI) a d'ailleurs soulevé ce qui, parfois, arrive aux objecteurs de conscience qui refusent de se soumettre aux gardes et aux TSO : « *un infirmier, il y a quelques années [...], ils l'ont mis dehors. Il [...] ne s'était pas présenté sur ses gardes. Il avait refusé de faire du TSO et il était parti [...], ils en ont fait un exemple. Dehors¹²⁵!* »

4.3.4 - La non-coopération et la non-violence

Proches parentes de l'objection de conscience, la non-coopération et la non-violence sont des actes de résistance présentant généralement une nature collective, bien qu'elles soient

¹²⁴ Les données recueillies dans le cadre de cette étude n'ont pas permis de cerner les perceptions des infirmières soignantes quant aux gardes obligatoires, notamment parce que ce système n'est pas présent dans tous les CH. Les perceptions des infirmières soignantes relativement au TSO ont pour leur part été décrites de façon exhaustive par les participantes, même si aucune de nos questions ne portait directement sur ce sujet. Nous avons fait le choix de ne pas consacrer une section spécifique de cette thèse à ce phénomène, parce que des auteurs comme Bougie (2007) ont déjà effectué ce travail de façon exemplaire.

¹²⁵ Il est aussi à noter qu'à titre d'objectrices de conscience, des participantes comme Leticia (046EI) nous ont aussi révélé avoir démissionné d'un CH de leur propre chef, et ce, parce que leurs valeurs personnelles ne cadraient plus avec celles de l'établissement : « *je suis partie et j'ai laissé quatre feuilles à la direction, ma façon de penser, ma façon de voir les soins : "excusez-moi je vous quitte parce que je n'ai jamais vu le patient dans vos préoccupations"* ». L'acte de démission en est un qui doit, lui aussi, se faire de façon conséquente. Bien que les infirmières soignantes soient en forte demande, trouver un nouvel emploi avec de mauvaises références peut s'avérer beaucoup plus ardu. Leticia (046EI) nous a d'ailleurs confié avoir été soulagée d'apprendre que ses anciens supérieurs avaient tout de même eu l'obligeance de signifier la qualité de son travail à son nouvel employeur.

le plus souvent initiées par une poignée d'individus. Pour Durand (2004), ces différentes notions s'entrecoupent, ce qui les rend parfois difficiles à distinguer l'une de l'autre. Cet exercice de distinction nous apparaît néanmoins nécessaire pour être en mesure d'exercer les regroupements pertinents parmi les actes de résistances évoqués par les participantes.

Bien plus que l'opposée sémantique de la violence, la non-violence consiste plus spécifiquement en « un principe d'action ayant pour objectif la transformation du conflit en *négociation* permettant de redéfinir un *compromis* » (Tenenbaum, 2003, p. 6). Comme le souligne habilement Hessel (2010), la non-violence est la voie à emprunter pour, « aussi bien du côté des oppresseurs que des opprimés, [...] faire disparaître l'oppression » (p. 11). Toujours empreinte de stratégie, la non-violence – dans laquelle Boubault, Coulon, Prairat et Verenese (1989) entrevoient la non-coopération comme principe fondamental – mise sur son efficacité inhérente (des méthodes de protestation symbolique et de persuasion à celles visant à créer des contre-normes et contre-institutions perturbatrices, en passant par les méthodes de non-coopération sociale, politique et économique) pour résoudre des problèmes d'ordre politique.

Gandhi l'a bien souligné : il n'y a d'oppression possible que dans une certaine forme de sujétion, fut-elle active, passive, volontaire ou forcée. De ce constat découle cette stratégie de résistance consistant en un refus de l'obéissance et de la collaboration, par des *actions collectives concertées* de non-coopération avec les institutions, les lois, les idéologies, les régimes ou les États qui mettent à mal les droits et libertés des individus (Boubault et coll., 1989). Embarrasser et paralyser : tels sont les leitmotivs d'actions de résistance comme les pétitions, défilés et marches, les grèves symboliques, les sit-in et obstructions de la circulation, le refus de payer de l'impôt, voire la désobéissance à une loi ou à toutes (Durand, 2004, p. 89).

Indissociables, les notions de résistance, de non-violence et de non-coopération se trouvent au cœur du regroupement et de la présentation des données de la présente sous-section, s'inscrivant le plus souvent de façon simultanée tant comme des formes de résistance dans la non-violence, à titre d'*action politique*, que dans la non-coopération, à titre d'*action stratégique*.

Chacun de ces actes de résistance de non-coopération,¹²⁶ décrits ci-dessous par les participantes, s'inscrit dans l'action non violente à titre d'action politique stratégique et, plus particulièrement, dans ce que Derrinennic (1974) identifie comme des méthodes de non-coopération sociale, politique ou économique. Si l'une de ces méthodes a pour objectif de perturber le fonctionnement d'un ministère, il est à noter que la presque totalité de ces actions de non-coopération privilégie plutôt d'embarrasser les structures des institutions hospitalières sans qu'il y ait de remise en cause d'un système politique. Nous aborderons certaines manifestations de dissidence présentant des objectifs plus larges, comme ceux d'affecter un système politique, dans la section consacrée à la désobéissance civile.

4.3.4.1 - Entre non-coopération individuelle et collective

Dans le cadre de l'entrevue individuelle qu'il nous a accordée, Laurier (032EI) nous a fait part d'une action de non-coopération qu'il a déjà mise en place lui-même, que l'on pourrait qualifier d'individuelle, mais qu'il aimerait voir se déployer de façon collective, puisqu'il invite ses collègues à faire de même :

eh bien, [il faut] faire des [...] actions, vraiment, quelque chose qui va frapper là. D'avoir le guts de le faire. Je suis déjà allé chercher mon infirmière-chef dans une réunion. Moi, je l'ai fait, elle était en réunion avec la direction, puis je suis allé dans la porte : « toi, tu t'en viens avec moi ! » Mais, il faut que tout le monde le fasse et de vraiment montrer qu'on n'a pas peur. De [...] vraiment foncer, parce qu'ils le savent, [...] qu'elles vont toutes se retourner de bord, la queue entre les deux jambes, t'sais. Ce qui fait que non, non, non, montrer, là, vraiment foncer puis, c'est clair qu'on arriverait à quelque chose [...] de cette façon-là. C'est sûr et certain! (Laurier, 032EI)

Pour un simple individu, paralyser une réunion en allant chercher l'infirmière-chef afin qu'elle vienne régler un problème au sein d'une unité de soins est en soi un acte des plus courageux puisque, comme nous avons pu le constater notamment à travers les témoignages de Linda (030EI), Julie (039EI), Monique (034EI), Fabienne (053EG1) et Martha (054EG2), la presque totalité des participantes qui ont de la sorte agi individuellement en ont directement subi les

¹²⁶ En accord avec l'investigation conceptuelle que nous avons réalisée précédemment, il est à noter que chacune des actions de non-coopération qui ont été consignées au sein de cette sous-section s'inscrit dans la non-violence comme action politique stratégique et peut être qualifiée de forme de résistance déployée par des infirmières soignantes.

représailles. Lorsqu'il s'agit de mettre en place des actions de non-coopération, et il en est de même pour tous les actes de résistance qui favorisent l'émancipation des infirmières soignantes, il apparaît, selon les données que nous avons recueillies, mais aussi selon des auteurs comme Scott (2008), que l'action collective agit comme un facteur de protection non négligeable.

Laurier (032EI) a déjà essayé de mettre en place une action de non-coopération collective, une action qui nous a aussi été suggérée par Monique (034EI) et dont Jacques (028EI) a déjà été témoin. Pour sa part, Laurier (032EI) n'a jamais été capable d'arriver à ses fins :

j'ai suggéré à un moment donné d'avertir le personnel de jour : « r'garde-là, toute la gang qui travaille à soir-là, on va arriver en retard, ok, on vous demande de rester là, c'est pour le bien de tout le monde – des trois quarts de travail. On va être là, mais on va arriver plus tard, puis tout le monde monte en haut, là, voir le DG. » De dire : « r'garde, on monte là, pis on sort pas [du bureau du DG] tant qu'on ne nous aura pas écoutés et qu'on n'aura pas obtenu ce qu'on veut. » Mais c'est non : « ah ben là, moi, j'partirai pas une heure plus tard... parce que, moi, les ponts sont bloqués... puis nan, nan, nan. » « Ok, c'est correct. Pars! Va-t-en! Mais ne chiale plus par exemple. » On essaye de trouver des moyens, t'sais, mais... (soupon) Quand ça vient le temps de s'impliquer, ah ben, là! (Laurier, 032EI)

Si Laurier (032EI) n'a jamais pu mettre en place son idée d'action, que nous considérons être de l'ordre de la non-coopération collective, et que, lorsqu'elle nous a accordé une entrevue, Monique (034EI) n'avait pas encore essayé d'opérationnaliser une idée d'action en tous points similaire, pour leur part Dominic (038EI) et ses collègues ont réussi à déployer une de ces actions et ont été à même d'atteindre leurs objectifs.

Ils voulaient instaurer la rotation à peu près sur toutes les unités, là. C'était jour/soir ou jour/nuit [...]. Pis on a fait des représentations au niveau de l'employeur et on s'est ramassés deux autobus jaunes et on est monté au CA, puis on a utilisé les périodes de questions pour se manifester. On était quand même pas mal de gens pour faire ça [...], ça a quand même bien marché et il n'y a pas eu de rotation. (Dominic, 038EI)

Le caractère collectif de cet acte de résistance n'a pas seulement eu pour effet d'embarrasser le conseil d'administration du CH où exerce Dominic (038EI) afin qu'une attention particulière soit portée à leur revendication, cela a aussi protégé chacune des infirmières soignantes qui y

ont participé parce qu'il est beaucoup plus complexe et hasardeux pour une institution de sévir par des représailles contre un aussi grand nombre de personne.

Philippe (045EI) nous a, lui aussi, fait part de différents actes de résistance qui constituent des actes de non-coopération, tant avec l'institution hospitalière au sein de laquelle il exerce, avec l'agence de la santé et des services sociaux de sa région, qu'avec les instances gouvernementales. Nous avons sélectionné certains de ces actes de résistance sur lesquels nous porterons une attention particulière. Dans le cadre de cette étude, plusieurs infirmières participantes nous ont indiqué que la formation continue dont elles bénéficient est insuffisante. À de nombreuses occasions, elles nous ont signifié ne pas savoir comment conjuguer avec le refus quasi systématique des CH de défrayer le coût des formations qui leurs apparaissent pourtant comme essentielles dans le cadre de leur travail. Phillippe (045EI) a probablement été le seul participant que nous avons rencontré à réussir, par une action de non-coopération, à faire renverser la décision des gestionnaires du CH où il exerce, de ne pas défrayer les coûts d'une formation que lui et une de ses collègues jugeaient fondamentale pour donner des soins d'urgence de qualité.

Ils disent : « ah, on n'a plus d'argent pour les formations. » Nous, on travaille à l'urgence et on a demandé la formation à ACLS pour [...] les soins de réanimation avancés. Il a fallu y aller à coups de menaces, en fait, moi et une collègue, [...] on a dit : « redonnez-nous le papier comme quoi vous refusez les formations parce que nous, au moins on veut se couvrir », et, là, ils n'aimaient pas trop ça. Si, moi, j'ai ce papier-là qui dit que tu as refusé ma formation de soins d'urgences... pis que je travaille à l'urgence, la journée où les caméras de TVA vont débarquer et dire : « comment ça tu ne savais pas réanimer? » Tu dis : « ben c'est plate, hein, j'ai demandé la formation, mais ils me l'ont jamais donnée. » (Philippe, 045EI)

A priori, en refusant d'accepter passivement la décision rendue par les gestionnaires du CH où il exerce, Philippe (045EI) et sa collègue ne coopèrent pas avec ceux-ci. De plus, en demandant une lettre qui confirme le refus d'assumer les coûts associés à cette formation, ils embarrassent, bien que très modestement, cette institution d'un point de vue administratif, et ce, en accord avec ce que constitue un acte de non-coopération. Cet irritant institutionnel transcende d'ailleurs la sphère administrative parce que, par leur action, Phillippe (045EI) et sa collègue ont réussi à susciter la constitution d'un tiers, ce qui leur a permis de provoquer la

triangulation du conflit, qui résulte en la création d'un contre-pouvoir¹²⁷. Bien qu'ils n'aient été que deux à mettre en place cette action de non-coopération, ils ont en quelque sorte réussi à collectiviser le conflit, en menaçant de faire intervenir un tiers, l'opinion publique, advenant un incident qui aurait pu être évité par cette formation de réanimation avancée.

À titre de moyen de non-coopération, Philippe (045EI) utilise aussi le formulaire d'accident/incident AH 223 et encourage vivement ses collègues infirmières soignantes à faire de même. Celui-ci utilise donc ce moyen de non-coopération de façon individuelle, mais tente aussi de lui donner une perspective collective :

on a un très bel outil [...], c'est les formulaires incidents/accidents... On a [fait] un patient [...], il était agité [...], donc des contentions physiques [...]. Moi, [quand] j'ai quitté [mon quart], on n'avait pas eu besoin de contentions [...]. Le lendemain, [...] je demande comment c'était [...] pendant la journée. L'infirmière me dit [...] : « je lui ai seulement mis [les contentions] de une heure à 2 heures et demie, parce qu'il y avait un cas de dislocation d'épaules [et] on avait besoin de toutes les infirmières [...]. Donc [...], on ne pouvait pas le surveiller. » Je dis à ma collègue : « as-tu rempli un formulaire d'incidents/accidents? » Elle me dit : « non, non, il n'est pas tombé. » Je dis : « tu le privas de sa première liberté constitutionnelle, [...] tout ça par manque de personnel. Donc, c'est extrêmement grave au point de vue de la loi. S'il meurt attaché [...], le coroner va vouloir aller voir tout ce qui s'est passé. » Elle dit : « oui, mais j'ai fait une note au dossier. » Je dis : « ta note au dossier, elle [...] ne montera jamais plus haut. » Il faut remplir les feuilles d'incidents/accidents parce que là [...], ça monte [...] à l'agence de santé. Quand ça va faire cinq ou six [fois que ça] arrive [...], le ministère va peut-être allumer [...] et peut-être même, un juge va dire : « hey, ce n'est pas légal ce que vous faites là! » (Philippe, 045EI)

Bien que cette action proposée par Philippe (045EI) puisse, en elle-même, apparaître comme un acte de coopération, tant avec les dirigeants du CH où il exerce qu'avec les responsables de l'agence de la santé et des services sociaux de sa région, le fait de signifier, par ce formulaire, des situations éthiquement discutables engendrées par la réduction des ressources humaines dans le milieu de soins nous apparaît en accord avec ce que constitue un acte de non-coopération. Nous croyons qu'il est attendu, dans de pareilles circonstances, que les infirmières soignantes ferment les yeux sur ce type de situation, du fait que, dans la plupart des cas, aucun accident grave ne découle de ces pratiques qui briment pourtant directement la

¹²⁷ Pour plus de détails quant à la triangulation des conflits, se référer aux écrits de Gene Sharp (1973).

liberté des patients. En remplissant ces formulaires, les infirmières soignantes refusent de garder le silence sur ces pratiques, ce qui constitue en soi un acte de résistance. Comme un traitement administratif particulier est offert aux informations consignées dans ce type de formulaire¹²⁸, il leur est permis, par cet acte de non-coopération, d'attirer l'attention des décideurs quant à ce qu'elles doivent, malgré elles, faire subir aux patients par manque de personnel infirmier.

Philippe (045EI) ne nous a pas seulement fait part d'actions qu'il avait déjà mises à profit et que nous avons regroupées sous le vocable de la non-coopération, il nous a aussi fait part de certaines idées d'actions à regrouper sous ce même vocable. Une de ces idées repose, encore une fois, sur la constitution d'un tiers et propose de miser sur le pouvoir que peuvent exercer les patients, notamment de par leur nombre, pour embarrasser les hautes instances gouvernementales.

*Si, chaque infirmière [...], on se dit toutes, à la gang [...], d'aller voir les patients, pis de dire : « voilà une enveloppe pré-affranchie, voilà une lettre pour votre ministre, faites-y un dessin, [...] faites-y une photo de vous avec un *finger* ou faites ce que vous voulez derrière la feuille, pis envoyez ça à votre ministre et dites-y si vous n'êtes pas contents des soins. » Laisse-moi te dire que le ministre, le lendemain matin [...], il va peut-être faire un saut. C'est de travailler [...] avec eux et de dire : « r'gardez là, ç'a plus de bon sens et nous autres, on est plus capables. » On a l'appui des patients. En général ils disent : « r'gardez, je le sais que ce n'est pas de votre faute, [les infirmières], mais on n'est plus capables, nous autres, dans la salle d'attente [et dans] notre lit, parce qu'on n'est pas capables d'avoir nos examens diagnostics... » (Philippe, 045EI)*

Pour Philippe (045EI), il demeure donc possible de miser sur l'indignation des patients pour favoriser l'amélioration des conditions d'exercice dans lesquelles exercent les infirmières soignantes, en les invitant à déployer des actes de non-coopération. Celui-ci souligne la capacité des infirmières soignantes à faire appel, tant au pouvoir des patients qu'à leur compréhension :

[aussi,] j'ai déjà vu des infirmières travailler et qui mettaient à côté d'eux un genre de petit pamphlet disant : « je suis vraiment désolé(e), je fais vraiment de mon mieux,

¹²⁸ Nous serions portés à croire que l'attention portée à ces formulaires par les dirigeants des institutions hospitalières est de plus en plus grande depuis la création, au Québec, du registre national des incidents et accidents, qui est alimenté par les établissements de santé et de services sociaux du Québec, puisque chacun d'entre eux doit maintenant tenir un registre local.

mais je travaille avec les ressources que j'ai. » *Si un patient estime qu'il n'a pas eu une bonne qualité de soins, je pense que, lui aussi, doit pouvoir aller se plaindre aux bonnes personnes, soit aux médias ou soit aux députés, ministre et tout ça.* (Philippe, 045EI)

Cette dernière action de non-coopération, qui consiste à informer les patients des ressources avec lesquelles les infirmières soignantes doivent conjuguer, a le mérite de signifier clairement aux patients qu'elles ne donnent pas leur consentement à la façon dont s'articule le système de santé. Cela nous apparaît d'ailleurs essentiel, de façon à ce que les infirmières soignantes puissent faire connaître leur réalité ainsi que la gravité des situations dans lesquelles elles évoluent et nous croyons que cette action de non-coopération favorise la mobilisation de l'opinion publique à leur cause.

Une dernière idée d'acte de résistance, proposée par Philippe (045EI) s'inscrivant dans la non-coopération et provoquant l'intervention de tiers réputés avoir la capacité d'exercer énormément de pouvoir au sein du système de santé, les médecins, est résumée ci-dessous :

on a un gros pouvoir qu'on exerce déjà et un pouvoir potentiel. S'il y a une surcharge de travail, eh ben, je vais arrêter de tout bien préparer... plaquer les feuilles des médecins avant qu'ils puissent travailler ou les feuilles de facturation des médecins. Parce que je sais très bien que quand le médecin [...] va aller chialer à la direction parce qu'il n'est pas payé [...], oh que là, que ça va changer vite! Donc, ça, c'est un pouvoir potentiel que je n'ai pas utilisé encore. Mais, il y a des choses comme ça qu'on peut faire pour vraiment faire changer les choses du bas vers le haut. Ça va être un bon moyen de pression, parce que [...] ça va faire changer les choses assez rapidement. Mais, moi, je suis toujours plus à dire qu'il faut que ça parte de nous. (Philippe, 045EI)

Dans le même sens que ce que propose Philippe (045EI), mais à travers une visée qui nous apparaît plus collective, Josée (035EI) fait, elle aussi, référence à une idée d'action de non-coopération qu'elle aimerait mettre en place avec l'aide de ses collègues, de façon à promouvoir de meilleures conditions d'exercice pour les infirmières soignantes et, notamment, mettre un terme à la surcharge de travail qui les afflige. Cette idée consiste en un moyen de pression susceptible d'avoir des répercussions directes sur les médecins :

t'sais, de leur montrer qu'on est essentiel, que le système de santé, on le tient à bout de bras et que s'il n'y a plus d'infirmière; le médecin tout seul ne fait pas grand-chose, là. Si on décide de fermer la clinique externe [...] pour une semaine, [par exemple], ça se

remplif[rait] dans les bureaux de médecins... T'sais, ça serait des affaires comme ça qui pourraient apporter, oui, momentanément, de la grogne, mais qui [démonstreraient] notre importance. Si [...] les cabinets de médecins se remplissent et tout ça, ben, peut-être qu'on va les rallier à notre cause et qu'eux autres aussi vont voir : « ouais, c'est vrai que les services qu'elles donnent, ça nous dégage. » Si on a leur appui, ben, eh, tant mieux! Peut-être que le gouvernement bougera à ce moment-là. Mais, il faudrait leur démontrer notre importance : je trouve qu'ils ne la voient pas. (Josée, 035EI)

Bien que Josée (035EI) n'ait pas précisé comment elle et ses collègues compteraient s'y prendre pour provoquer la fermeture de la clinique externe, il est à prévoir que cette action paralyserait un axe de service important au sein du CH où elle exerce. Le fait de paralyser de la sorte cette institution hospitalière s'inscrit de plain-pied dans ce qui constitue une action collective de non-coopération. Bien qu'il ne soit pas assuré que les médecins en arriveraient à se rallier à la cause des infirmières si cette action était mise en place, le souhait exprimé par Josée (035EI), d'essayer de mobiliser ces professionnels à la cause des infirmières soignantes nous apparaît intéressant. Nous avons d'ailleurs abordé ce sujet précédemment au sein de ce même chapitre¹²⁹.

4.3.4.2 - Le sit-in : de la non-coopération collective

Toujours à travers une visée collective, certaines participantes comme Agnès (048EG1), Monique (034EI) et Fabienne (053EG1) ont, dans le cadre des entrevues qu'elles nous ont accordées, fait référence à des actions de non-coopération auxquelles elles ont déjà pensé, participé ou dont elles ont été témoins : le *sit-in*. Le *sit-in*, que nous classifions, au même titre que Durand (2004) et Muller (1994), comme une action de non-collaboration collective¹³⁰, est un acte de résistance immobile qui consiste à occuper le plus longtemps possible un lieu, de façon à interpeler les décideurs et l'opinion publique quant à une injustice.

Agnès (048EG1), que nous avons rencontrée dans le cadre du premier groupe de discussion, est, de loin, la participante qui a décrit avec le plus de détails une action de type *sit-in* qui s'est déroulée au sein d'une unité du CH où elle exerce :

¹²⁹ Se référer à la sous-section 4.8.3 *Des stratégies infirmières mobilisatrices*, sous le thème *Créer des alliances*, pour plus de détails à ce propos.

¹³⁰ Notons que le *sit-in* est également qualifié d'acte de désobéissance civile ou d'acte de désobéissance civile indirect.

quand on parle de groupes qui ont un certain pouvoir [...], on avait eu [dans le CH où j'exerce] un [...] sit-in et il y a eu des gens qui ont travaillé [durant] 18 heures [au sein de cette unité de soins], à cause du sit-in. On avait fait déplacer beaucoup d'employeurs et [cette] équipe [...], la plus solide au niveau des listes de TSO, chacun son tour on s'organise, c'était vraiment mobilisé contre ça. Les gens qui étaient restés 18 heures étaient très fatigués, mais étaient quand même en soutien aux équipes qui étaient en sit-in. Et, ils avaient nommé [une personne porte-parole¹³¹] qui était partout dans les [médias]. Et tout ça [...] a fait des gros, gros, [...] changements [...], mais à court terme [...]. Après ça, c'est niaiseux, mais t'sais, Brigitte (049EG1) disait qu'ils vont aller jouer sur la dissociation. Eh bien, maintenant, [cette personne que nous avons choisie pour nous représenter] fait partie du CII. Et le CII, chez nous, [...] c'est malheureux, là, mais sa présidente, c'est la coordonnatrice, ok. Donc, on s'entend que... (Agnès, 048EG1)

Nous autres aussi... (Doris, 051EG1)

Et là, ils lui ont offert un [...] poste [plus intéressant]¹³². Ben, [cette personne] a arrêté d'aller dans les journaux pour dire que ça n'avait pas de bon sens. C'est drôle, mais pendant deux mois, il n'y avait pas eu de TSO ou presque [au sein de cette unité], les médecins étaient super compréhensifs de tout plein de choses tout à coup, [...] ça allait super bien. Puis là, ils ont réussi à prendre [cette personne] et ils l'ont amenée au CII et ils lui ont donné un [nouveau] poste [...]. J'suis ben contente pour [cette personne qui aime son poste] et c'est parfait. Sauf qu'au finish, on recommence à avoir des TSO [...] et ce n'est plus tout à fait aussi rose [...]. Parce qu'ils ont réussi à aller chercher la personne qui était la plus mobilisatrice et [...] est-ce qu'il y a quelqu'un qui a vraiment voulu reprendre le flambeau [...] ? C'est difficile, [...] il n'y a personne qui veut mettre ses enfants sur le carreau et de dire à son chum : « eh ben, pendant une couple de mois, on se reverra pas parce que je suis mobilisée là-dessus et que ça va demander toute mon énergie. » C'est un exemple aussi que, quand les gens sont mobilisés, quand c'est un groupe qui se tient et travaille vraiment ensemble [...], ça fonctionne. Mais ils ont quand même réussi à casser [la personne], t'sais. (Agnès 048EG1)

Cet exemple d'action de non-coopération dont nous a fait part Agnès (048EG1) est, lui aussi, associé à une stratégie de triangulation du conflit, puisque le groupe d'infirmières dont il est question ici mise sur un tiers, l'opinion publique, notamment sollicitée par les interventions

¹³¹ Pour des raisons de confidentialité, le vocable *personne* est utilisé ici afin que l'on ne puisse identifier le sexe de cette personne.

¹³² Nous avons délibérément supprimé les détails relatifs au poste offert à la personne porte-parole de ce mouvement en remplaçant ceux-ci par « plus intéressant », de façon à protéger l'identité de cette personne.

de la personne porte-parole auprès des médias pour faire cesser le recours systématique au TSO. Bien qu'elle souligne le grand potentiel transformationnel du *sit-in*, Agnès (048EG1) précise également qu'en réaction à ce type d'action, les gestionnaires des CH¹³³ déploient parfois des stratégies qui leur permettent de contrecarrer le nouveau rapport de force établie par un acte de non-coopération comme le *sit-in*. Dans le cas présent, la stratégie de *récupération*¹³⁴ de la personne qui avait été choisie pour être porte-parole de ce mouvement de contestation se serait révélée efficace, selon Agnès (048EG1), puisque cette personne aurait cessé ses représentations auprès des médias et que le TSO serait de nouveau utilisé¹³⁵ au sein de cette unité.

Même si Fabienne (053EG1) et ses collègues n'ont pas réussi à atteindre les objectifs qu'elles s'étaient fixés au départ, celle-ci croit, au même titre qu'Agnès (048EG1), en l'efficacité du *sit-in* pour provoquer un changement de situation ou pour faire passer un message.

On a fait un sit-in parce qu'on n'était plus capable. Les filles : « ben, ça ne donne rien! » Ben oui, ç'a donné quelque chose. Les boss étaient chez eux la fin de semaine à prendre leur café et elles ont été obligées de venir ici sur le département. Penses-tu qu'elles étaient contentes? Pis, ça fait bouger d'autres affaires. [Et l'infirmière chef

¹³³ Si, dans ce cas précis, une intervention des gestionnaires de cette institutions hospitalière a été nécessaire pour affaiblir l'action concertée des infirmières soignantes, il est à noter que, dans plusieurs cas, comme l'indique Leticia (046EI), ce sont des infirmières soignantes qui paralysent les actions de non-coopération collective de leur propre groupe :

Il y a eu des actions qu'on voulait faire pour contrer les bulles (une méthode d'organisation du travail où l'infirmière est responsable d'un groupe de travail habituellement composé d'infirmières auxiliaires et de PAB qui prennent en charge un certain nombre de patients), j'en ai proposé quelques-unes [...] pour montrer, ok, [qu']on se tient, les filles. Non, ça n'a pas marché... (Leticia, 046EI)

C'était quoi [comme actions]? (Chercheur)

De dire que l'on continue comme avant [...] et qu'on fait comme si les bulles n'existaient pas. Ç'aurait pu marcher, mais [...] on a su qu'il y en a qui avait été voir le supérieur pour le dire... (Leticia, 046EI)

¹³⁴ Cette stratégie est couramment utilisée pour mettre fin au soulèvement d'un groupe subalterne. Pour plus de détails quant à cette stratégie, se référer aux écrits de James C. Scott (2008) ou à ceux de Laberge (1995) qui, pour sa part, fait référence à des transformations qui permettent aux institutions de maintenir leur hégémonie (phénomène qu'elle désigne sous le vocable de *réappropriation* ou de *stratégie de récupération*).

¹³⁵ L'espace de liberté ouvert par une pratique émancipatrice ne doit jamais être pris pour acquis. Comme l'indique ici Agnès (048EG1), bien que les conditions d'exercice aient été améliorées de beaucoup suite au *sit-in* et que le recours au TSO ait été presque complètement éliminé, l'affaiblissement de ce mouvement de non-coopération collective, notamment par la récupération de la personne qui faisait office de porte-parole, a rapidement mené à un retour à la situation initiale.

qui doit] revenir ici toutes les fins de semaine : ce serait juste ça [que ça vaudrait la peine] : « si tu parles de nous autres, on va continuer! » Pis, en plus, on se regroupe [...]. On n'a pas été payé pour quatre heures [...] même si on est resté [...] sur le département [...]; on fait un sit-in [...] je dirais, symbolique, parce que oui, il y avait des filles [prêtes à intervenir auprès des patients]. Mais, en quelque part, même si la boss nous a laissé en moins (un nombre insuffisant d'infirmières a été ajouté aux effectifs de l'unité à la suite du sit-in), j'ai quand même pu dire ce que je voulais dire [...]. Je lui ai dit en face [...] : « je ne veux pas rester à moins un! » (Fabienne, 053EG1)

Comme le souligne Fabienne (053EG1), le *sit-in*, à titre d'action de non-coopération, embarrasse les gestionnaires et paralyse leur habitudes, parce que si les infirmières ne collaborent pas à la prestation courante des soins en s'adonnant par exemple à un *sit-in*, « *les boss [ne peuvent rester] chez eux la fin de semaine à prendre leur café et elles [sont] obligées de venir [...] sur le département* », pour veiller au bon déroulement des soins au sein de l'unité. Fabienne (053EG1) a raison de souligner l'importance de ce simple fait, qui est induit par la non-coopération infirmière, parce que ce phénomène souligne le tarissement des sources de pouvoir de ces gestionnaires qui n'ont tout simplement plus les moyens de faire respecter leur autorité. Un nouveau rapport de force a donc été mis en place et ces gestionnaires devront nécessairement négocier avec les infirmières soignantes s'ils désirent revenir à leurs habitudes de ne pas se présenter la fin de semaine. Voilà pourquoi même si l'objectif initial d'une action de non-coopération n'est pas atteint, il est à prévoir que ceux qui la mettent en place réussiront à améliorer leur situation à d'autres niveaux, de par cette nouvelle possibilité de négocier qui est ouverte par l'action de non-coopération. Il n'est donc pas surprenant que Fabienne (053EG1) précise que le *sit-in* a « *fait bouger d'autres affaires* ».

4.3.5 - La désobéissance civile

Désobéissance et désobéissance civile se situent dans le prolongement radical de l'objection de conscience, partageant avec cette dernière de nombreux attributs : primauté du pacifisme, caractère public, nécessaire acceptation des sanctions découlant des actes de refus. Elles s'en distinguent toutefois sur un point central : la désobéissance civile « ne peut jamais

être la manifestation d'une philosophie subjective, d'un mode de pensée exclusivement personnel [puisque] la dimension collective lui est consubstantielle » (Boyeau-Jenecourt, 2011, p. 12). L'acte de désobéissance civile suppose le désir d'un changement à l'ordre social, et ce, malgré le fait que les mouvements qui y sont associés ne s'avancent pas nécessairement quant à l'identification formelle de leurs objectifs qui, du reste, peuvent être extrêmement diversifiés. Bien que généralement assimilé à la transgression de l'autorité spécifique de l'État, le concept de désobéissance civile réfère implicitement, comme le souligne Durand (2004), à l'opposition à un ordre supérieur, à des règles institutionnelles ou administratives, notamment dans le secteur de la santé. Ainsi, lorsqu'elles nous ont communiqué leurs idées – exposées dans la présente sous-section – relativement à des actions collectives qu'elles aimeraient mettre en place, certaines infirmières participantes se sont exprimées quant à des actes de résistance interdits par certaines règles en vigueur, le tout en accord avec la définition de la désobéissance civile proposée ci-dessus. C'est, par exemple, une injustice en ce qui a trait aux tarifs qui sont imposés par l'OIIQ aux stagiaires en soins infirmiers qui a mené Louise (044EI) à envisager la possibilité de recourir à « *des actions directes* », des actions qui, d'après celle-ci, sont de l'air du temps et que nous considérons comme s'inscrivant dans ce que constitue la désobéissance civile.

Des actions tannantes [...], des actions directes, des occupations, peut-être que l'on pourrait occuper le siège social de l'Ordre. On avait eu tout un conflit avec l'Ordre au collège [où j'étudiais]³⁶, parce qu'il nous forçait à payer notre cotisation [...] à plein tarif [...] pour faire trois mois de stage [...]. On avait fait des pétitions et on n'a rien gagné [...]. Après ça, je me suis dit qu'on aurait dû aller les occuper et de mettre ça dans les journaux. Bon, mais je n'avais pas des collègues très, très occupationnettes, mettons (rires). Parce qu'on est dans l'air aussi de l'action directe-là. Moi, j'ai participé [...] avec toutes sortes de mouvements [à des actions de ce type]. À un moment donné les organisations elles-mêmes, quand elles ne bougent plus [...], bien, ça prend une petite gang, mais une gang par exemple, qui s'entend sur une revendication précise, pis qui la porte [...] sur la place publique. Et la façon de la mettre sur la place publique [...], ça peut-être des occupations, ça peut-être des campements, ça peut-être des interventions. On est allé intervenir là, dernièrement, avec l'aide des centres de femmes, dans la conférence qu'organisait Michel Venne et Claude Monmarquette sur comment gérer le système de santé [...]. On trouvait que

¹³⁶ Pour protéger l'identité de Louise (044EI), le nom du collège où elle étudiait a été retranché.

c'était exagéré un peu de [ne pas] parler [de certains enjeux essentiels¹³⁷], ce qui fait qu'on est allé interrompre, 10 à 15 femmes, on est arrivées, on a interrompu la conférence et ils n'ont pas aimé, évidemment [...]. Alors bon, [il y a] ce type d'actions qui peuvent être faites. (Louise, 044EI)

Si Louise (044EI) souligne la possibilité que les infirmières soignantes ont de contraindre des organisations à agir pour le bien de la collectivité infirmière, et ce, en portant « *une revendication précise [...] sur la place publique [par] des occupations, [...] des campements, [...] des interventions* », elle signale aussi l'importance, pour les infirmières, de s'intéresser simultanément aux grands enjeux sociaux :

mais il faut aussi faire aller nos neurones sur ce qu'on veut changer et sur ce qu'on aimerait [à titre d'infirmière], et pas uniquement en termes d'amélioration de la profession elle-même, mais en termes d'implication de notre profession dans les enjeux sociaux. Et, je le répète, je trouve que la préservation du système public est un enjeu majeur à l'heure actuelle [...]. Alors, pour l'avenir des sociétés, [...] il me semble que ça et l'éducation [ce sont des enjeux importants]. (Louise, 044EI)

Donc, selon vous, l'infirmière doit prendre sa place à ce niveau-là et doit occuper un certain espace politique? (Chercheur)

Oui, tout à fait. Et l'occuper à la fois individuellement – je fais ce que je peux juste comme individu –, mais, collectivement, donc, pousser à la fois les organisations qu'on a présentement, [...] peut-être, si l'on trouve qu'à la fois la FIQ et à la fois l'Ordre ne font rien [...], bien, il faut [s'organiser pour qu'elles agissent]! (Louise, 044EI)

Pour Louise (044EI), des actions collectives « *directes* » doivent donc être réalisées simultanément à des actions individuelles, comme celles que nous avons regroupées préalablement sous le vocable de l'objection de conscience.

Dans le même sens que Louise (044EI), mais à partir d'un point de vue plus radical, Linda (030EI) fait référence à des idées similaires d'actes de résistance mobilisateurs qu'elle associe à un « *mouvement extrême* » ou à une « *action majeure qui va faire mal* », le tout, en accord avec ce que sont les mouvements de désobéissance civile.

Les gens sont comme désabusés. Je pense que ça prend un mouvement extrême. T'sais, ce qu'on a vu à Wall Street, [...] tout le monde est dans la rue. Ça prend ça, ça prend

¹³⁷ Parmi ces enjeux essentiels, Louise (044EI) fait référence à la privatisation insidieuse du système et au désir de certains décideurs d'introduire un ticket modérateur pour financer les soins de santé.

quelqu'un qui va faire une action, je ne parle pas de rentrer à l'Assemblée nationale avec un gun, là, on parle pas de ça. Ça ne donne rien, de toute façon. Je pense qu'il faut quelque chose de symbolique, de concret, de gros, et qui va dire : « hey! Le problème des infirmières [c'est que] tout finit par s'accomplir pareil. » Il n'y a pas une infirmière qui va laisser mourir un patient parce qu'elle s'en va à la maison hein? Il n'y a jamais rien qui touche personne. (Linda, 030EI)

Linda (030EI) souligne certains points importants qui devraient, selon elle, accompagner la réflexion des infirmières afin qu'elles s'indignent devant les injustices qu'elles vivent au quotidien à travers leurs conditions d'exercice. Au même titre que Louise (044EI), Linda (030EI) souligne l'importance d'agir collectivement de façon à mobiliser l'opinion publique et, ainsi, communiquer à la population le poids des injustices vécues au quotidien par les infirmières. Elle n'indique pas clairement à qui elle ferait appel, mais croit que les infirmières doivent nécessairement s'allier à d'autres groupes dans un « *mouvement extrême* » où « *tout le monde est dans la rue* ». Elle nuance aussi son propos en affirmant que, même si elle encourage la mise en place d'actions drastiques pour communiquer de façon définitive tout le poids de ce que doivent affronter les infirmières, il lui apparaît primordial que celles-ci ne s'expriment pas à travers des actes isolés, certes drastiques, mais qui constituent des rapports de force démesurés, arbitraires et violents. Les propos de Linda (030EI) demeurent donc en accord avec ce qu'est la désobéissance civile, qui prend toujours place à travers des actions pacifiques, même si elle constitue, en soi, un acte de violation.

Si Linda (030EI) fait référence à des actions qui s'inscrivent dans des formes de désobéissance civile, c'est particulièrement parce que, selon elle, mais aussi selon d'autres participants comme Laurier (032EI), Dominic (038EI) et Suzanne (042EI), « *tout finit par s'accomplir pareil* » lorsque les infirmières empruntent des formes de contestation moins radicales pour faire valoir leurs droits. Comme Dominic (038EI) l'illustre : « *on est pris par le gouvernement* », il apparaît que le caractère oppressif de technologies politiques, comme la loi assurant le maintien des services essentiels, a pour effet de maintenir les infirmières soignantes dans une position d'obéissance où elles demeurent dans l'impossibilité de mettre en place un rapport de force pourtant nécessaire pour que leurs préoccupations gagnent la sphère publique. Comme l'indique Suzanne (042EI), les infirmières sont « *toujours géré[es] par [leur] code*

d'éthique. [E]lles ne peuvent pas dire : "aujourd'hui on ferme l'hôpital et on ne donne plus de services, pis là l'employeur va nous écouter, t'sais" ». Alors, lorsqu'elles font la grève, elles doivent tout de même assurer les services essentiels, ce qui amène Suzanne (042EI) à croire que « ça ne donne rien [car, de toute façon], on est en services essentiels à l'année. On est au minimum [en effectifs]! Ce qui fait que, notre pouvoir d'influencer, on se demande où il est? » S'il est fondamental pour elle d'agir de façon concrète et symbolique à une large échelle, Linda (044EI) souligne la présence d'un obstacle majeur aux « actions concertées », un obstacle qui provient directement de son syndicat qui a pourtant le mandat de représenter les infirmières :

le syndicat nous a interdit de faire des actions concertées, c'est des amendes faramineuses. T'sais, une démission en bloc, on en a parlé de ça à un moment donné. On a dit [au sein de notre unité], là, toutes les infirmières, on démissionne, toutes au complet, toute la journée, vous laissez votre poste, là. Hey, il va y avoir des décès, c'est sûr, mais, jusqu'où qu'il faut crier? Ça prend quelque chose, une action majeure qui va faire mal. Ça prend ça. Aller coucher devant [l'hôpital] dans une tente, ça ne donnera rien. Il faut quelque chose de majeur [...]. Les infirmières qui font quatre TS dans la même semaine, ce n'est pas ridicule? Les gens pensent que leur vie n'est pas en danger. Je m'excuse, mais la vie des gens dans les hôpitaux est en danger. Mais, on ne le dit pas ça : l'information est contrôlée. (Linda, 044EI)

D'un côté, des participantes précisent qu'elles se sentent contraintes de garantir la continuité des services en raison de la Loi assurant le maintien des services essentiels et que cela les empêche d'établir un rapport de force permettant de faire connaître leurs revendications. De l'autre, Linda (030EI) nous indique que son syndicat interdit la mise en place d'actions concertées. Pour Linda (030EI), la transgression de cet interdit syndical mais, aussi, la violation de la Loi assurant le maintien des services essentiels, doivent être envisagées par les infirmières soignantes et cela est justifiable du fait que les conditions d'exercice dans lesquelles elles exercent au quotidien ont des effets directs et délétères non seulement sur la santé des patients, mais également sur leur propre santé. D'ailleurs, à son avis, mais aussi du point de vue de Danielle (040EI) et de Leticia (046EI), qui ont, toutes deux, été témoins de situations qu'elles identifient comme imputables aux conditions d'exercice, où des patients sont morts prématurément, « la vie des gens dans les hôpitaux est en danger ». Dès lors,

comme nous pouvons le percevoir chez Linda (030EI), à travers l'argumentaire qui ressort de ce dernier extrait de *verbatim*, des actes qui *a priori* peuvent paraître immoraux de par les répercussions qu'ils peuvent engendrer sur les patients, comme « *la démission en bloc* » des infirmières d'une même unité, peuvent apparaître légitimes à un groupe qui décide d'emprunter la voie de la désobéissance civile. Selon cette logique mise de l'avant par Linda (030EI), un groupe d'infirmières pourrait ainsi considérer qu'il est éthiquement envisageable de risquer la santé, voire la vie de certains patients sur une période donnée de revendication, et ce, de façon à mettre fin à une situation où les patients sont en danger de façon permanente et où les valeurs fondamentales des infirmières soignantes sont bafouées.

Toujours à travers des propos teintés d'une radicalité certaine, Josée (035EI), à partir de l'idée également exposée par Linda (030EI), que des infirmières soignantes donnent leur « *démission en bloc* » pour faire valoir leur revendications, fait référence à un autre acte de résistance qui s'inscrit lui aussi dans la foulée de la désobéissance civile, la grève sociale.

Si, tout le monde, on donne notre démission en bloc, là, ben, [le gouvernement] n'aura pas le choix de faire quelque chose, parce qu'il a besoin de nous autres. Il ne peut pas dire : « oui, oui, allez-vous en tous là! » Mais [...], actuellement, pour que le gouvernement bouge, [...] il faut que ce soit des solutions drastiques comme ça, [...] parce que, sinon, [rien ne se passe]. De ce temps-là, [le] gouvernement, [...] il ne réagit pas à grand-chose, là, parce qu'effectivement, il n'y a plus de démocratie. Qu'est-ce qu'il le ferait bouger [...], c'est de faire comme en France là, que tout arrête là. Tous les services, tout d'un coup là, tu paralyse [tout], il n'y a plus rien qui marche et là, il dirait : « ouille! [la population] se réveille! » Mais, t'sais, on n'est pas rendus [là] dans notre société [québécoise]. On n'est pas encore assez solidaires ou on n'est pas assez encore écœurés [...]. Mais je pense que si on paralyse tout, ben, t'sais, à un moment donné, il n'aura pas le choix d'avancer, [le gouvernement]. (Josée, 035EI)

Comme la démocratie dans laquelle nous vivons n'en est plus une du point de vue de Josée (035EI), les revendications des infirmières soignantes ne seront prises en considération par les instances gouvernementales que si elles interviennent drastiquement. Même si cette dernière propose de mettre en place « *des solutions drastiques* » comme la « *démission en bloc* », le discours tenu par Josée (035EI) laisse croire qu'elle craint tout de même que ce type d'action se révèle inefficace. Josée en vient donc rapidement à faire référence à la grève sociale et à la

possibilité qu'ont les citoyens de tous les horizons de mettre en commun leurs indignations respectives pour forcer le gouvernement à les écouter et à agir dans le sens de leurs revendications. Pourtant, Josée (035EI) souligne l'impossibilité de mettre en place un tel projet dissident que l'on pourrait qualifier d'utopie. D'après elle, la population québécoise ne serait pas assez solidaire et les problèmes engendrés par l'immobilisme gouvernemental n'auraient pas encore dépassé les limites de la tolérance citoyenne pour que la situation sociale actuelle ou l'ensemble du système économique ou politique soit remis en cause par une désobéissance civile que l'on pourrait qualifier de généralisée¹³⁸.

4.4 - Réflexivité et théorisation : de la parole dissidente à l'action

Les trois axes thématiques que nous avons dégagés de nos entrevues individuelles et de groupes ont, dans le cadre du présent chapitre, amené les participantes, à travers le récit de leur vécu au travail, de l'éveil à la révolte, en passant par la conscientisation, la solidarisation et la critique sociale. Bien sûr, les participantes avaient été sélectionnées sur la foi de leur engagement, à faire advenir certains changements dans le dispositif hospitalier. Il demeure que les divers témoignages recueillis quant aux conditions quotidiennes de l'exercice infirmier ont, au-delà de leurs attributs thérapeutiques – les occasions, pour les infirmières soignantes, de s'exprimer sur leur réalité étant aussi rares que lénifiantes –, permis une certaine exploration des injustices et oppression rencontrées au sein des CH. En effet, les regroupements proposés, du *regard réflexif sur ce qui est*, de *ce que souhaitent les participantes* et de *la résistance infirmière* ont fait émergé, même là où des discours contraires pouvaient s'affronter, une résolue convergence quant à la nécessité de l'*acte de résistance*, petit ou grand, comme clé de voûte à la possibilité même, pour ces infirmières participantes, de redevenir des soignantes et de pouvoir *prendre soin*.

Les participantes auront toutes, d'une manière ou d'une autre, dénoncé l'institutionnalisation de la surcharge de travail comme instrument insidieux de l'idéologie

¹³⁸ Notre utilisation du concept de désobéissance civile généralisée découle de la traduction libre du concept *widespread civil disobedience*, utilisé par Keeton (1964, 1965).

managériale. Elles auront, tantôt mis au jour une culture de la peur, tantôt rêvé d'un monde meilleur aux côtés de partenaires parfois naturels et parfois inusités, tantôt déployé des actions concrètes dans la sphère publique et nourri des aspirations non moins concrètes dans la sphère privée, tantôt encore, lâché prise et demandé de l'aide. Elles se seront approchées, par leurs témoignages, de voies de passages fondées, de ce que nous avons qualifié, dans notre chapitre premier, de processus émancipateur de l'action réfléchie, du vécu transformé en expérience partageable pour faire advenir un avenir plus juste à partir de solutions créatives, bref, comme l'évoquent Chinn et Kramer (2011) et Lamoureux (2013), de *mouvement praxéologique*. Les obstacles à une résistance durable et structurée des infirmières soignantes, fut-elle individuelle ou collective, demeurent toutefois aussi nombreux qu'efficaces, comme nous le verrons dans le cinquième chapitre de la présente thèse.

Chapitre 5 : Discussion

La présente étude avait pour but d'explorer les expériences vécues d'infirmières soignantes politiquement engagées qui travaillent dans des centres hospitaliers (CH), de rendre compte de l'ordre social existant et des rapports de force qui s'y exercent, c'est-à-dire d'examiner le *statu quo hospitalier*, de décrire la façon dont les infirmières aimeraient idéalement exercer et de répertorier les idées qu'elles ont et les actions qu'elles mettent en place individuellement ou collectivement, de manière à ce qu'elles puissent s'affranchir de certains rapports de force les contraignant et, ainsi, favoriser la transformation de l'exercice de la profession infirmière dans ces milieux. Nous proposons d'examiner ces différents éléments à travers une perspective nouvelle, en tenant compte du point de vue politique des infirmières participantes à travers une approche critique, praxéologique et dialectique, dans un mouvement incessant de mise sous tension entre la théorie et la pratique faisant surgir de nouveaux savoirs. Les questions posées dans le cadre des entrevues réalisées auprès de ces infirmières soignantes étaient intentionnellement orientées pour stimuler une réflexion et une prise de conscience des contextes structurels et des rapports sociaux qui prévalent au sein des CH. Elles visaient également à découvrir et à apprécier leur façon de comprendre, d'expliquer certains enjeux sociopolitiques liés aux contraintes vécues dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions et, enfin, d'exprimer leur engagement politique. Ce virage politique nous est apparu essentiel parce que nombre d'études ayant pour objet les conditions d'exercice des infirmières avaient déjà été réalisées, tant au Québec qu'à l'international, sans que les rapports de pouvoir – incluant les rapports de domination – enracinés dans le vécu des infirmières et que leurs propres visions politiques soient misent en perspective.

Ce chapitre portant sur la discussion des résultats s'articulera autour de deux axes de discussion. Le premier de ces axes, portant sur le *statu quo hospitalier*, nous amènera à dresser un portrait critique relatif à ce que les infirmières participantes ont exprimé sur ce qui existe comme ordre social et comme rapports de force dans les hôpitaux où elles exercent. Il sera composé essentiellement de deux volets : *la dérive du soin et la gouvernance entrepreneuriale*.

Dans ce premier axe, nous avons choisi d'amorcer notre discussion en soumettant aux lecteurs ce qui nous a paru comme le point de départ central de cette discussion, à savoir la

perte des repères essentiels à la profession infirmière, le soin relationnel, le tout menant à une déprofessionnalisation graduelle en faveur de cette doctrine qu'est la gouvernance entrepreneuriale et de ses *différentes technologies politiques qui concourent à la discipline et à la subjectivation des infirmières soignantes*.

Dans le cadre du second axe de discussion, il sera question de *l'action politique des infirmières participantes et de démocratie*, par une exploration critique de ce qu'elles ont mis de l'avant ou proposent d'élaborer comme moyens d'action pour mettre un terme aux contraintes vécues et faire valoir leurs droits au sein des CH et, donc, pour transformer le *statu quo* hospitalier. Nous verrons, à travers ce dernier axe de discussion, qu'il est toujours possible pour les infirmières de résister là où il y a des rapports de force désavantageux et ainsi changer la façon dont s'articule l'exercice de leur profession en CH, et ce, malgré la dérive autoritaire qui sévit au sein de ces milieux de soins.

Tout au long de cette discussion, nous exposerons plusieurs écrits critiques de philosophes, de sociologues ou de professionnels de la santé, tout en y juxtaposant au passage des paroles sélectionnées des infirmières participantes. Il nous a semblé essentiel de reconnaître et de faire valoir la pertinence et la justesse de leur pensée politique sur plusieurs éléments que nous présentons au sujet du *statu quo* hospitalier. Cela est d'autant plus important puisque, comme nous le verrons dans cette discussion, les techniques managériales et les dispositifs de contrôle qui existent dans leurs milieux de travail visent avant tout à faire taire les infirmières soignantes, à éradiquer chez elles toute forme de pensée critique et à anéantir leur capacité d'action politique. En chute de chapitre, nous considérerons les différentes implications de cette étude pour la recherche et la formation et nous nous attarderons à ses limites, le tout ajoutant un apport théorique complémentaire essentiel à cette thèse doctorale.

Avant de nous engager dans ce cinquième et dernier chapitre, il nous apparaît important de préciser que nous avons éprouvé des difficultés à identifier et délimiter ces différents axes de discussion dans un style suivi et linéaire, étant donné la quantité de données recueillies, leur complexité et les liens inextricables qui existent entre les phénomènes observés et les enjeux politiques auxquels ils sont rattachés. Par ailleurs, l'interrelation

existant entre les approches théoriques nous ayant permis de proposer certaines explications relatives aux phénomènes observés contribue, elle aussi, à complexifier l'élaboration de cette discussion.

5.1 - Le *statu quo* hospitalier

La dérive du soin

Nous donnerons le coup d'envoi de cette discussion à partir de qui se révèle comme le constat prédominant du *statu quo* hospitalier, la *dérive du soin*, un phénomène qui est ressorti comme étant central dans le cadre de ce projet de recherche et dont il sera question tout au long de cette discussion. Les infirmières ayant participé à cette étude ont, sans équivoque, vivement exprimé jusqu'à quel point il est devenu difficile de soigner dans un CH qui s'avère de plus en plus déshumanisant. La grande majorité d'entre elles déplorent les conditions annihilantes d'exercice contribuant à l'éviction de ce qu'elles considèrent comme l'essence même de la profession infirmière, à savoir le soin dans sa relation humaine. Jeunes infirmières ou infirmières d'expérience, une majorité considère que ce qu'elles font au quotidien n'a plus rien à voir avec l'autonomie professionnelle, ni même avec ce que c'est que d'être une infirmière. Elles disent ne plus être en mesure de créer des liens avec les personnes soignées et leur famille pour accéder à de l'information sur leurs besoins de santé, pour comprendre ce qu'elles vivent et pour favoriser des solutions adaptées à leurs problèmes. Elles soulignent être dans l'obligation de déployer des actions qu'elles considèrent comme étant contraires à leurs valeurs éthiques, ce qui engendre chez elles de la détresse morale. Par exemple, elles nous ont confié devoir laisser des patients dans le désarroi pleurer seuls dans leur chambre, être contraintes à réduire la fréquence de la réfection des pansements et des ponctions veineuses prescrites, devoir mettre des culottes d'incontinence à des patients continents pour éviter d'avoir à les accompagner à la toilette ou être obligées de quitter leur quart de travail en laissant derrière elles des besoins non comblés. Elles doivent également mettre de côté l'enseignement, la prévention et le dépistage des problèmes de santé, surtout auprès de patients vulnérables. Elles s'interrogent sur la finalité du prendre-soin au sein de la demande

croissante de performance dans l'exécution d'actes exclusivement techniques ou biomédicaux. Les résultats de cette étude montrent qu'elles éprouvent un essoufflement généralisé, qu'elles sont dépassées par une forte sollicitation qui est en augmentation constante.

Les infirmières participantes sont informées et bien conscientes des facteurs politiques les contraignant à exercer leur profession. Elles nous révèlent un système de contraintes et des structures et rapports de domination qui ont pour effet de confisquer leur pouvoir de soigner et leur autonomie professionnelle. Au sommet des nombreuses contraintes vécues, on trouve la surcharge de travail amenant les infirmières à exercer continuellement sous pression et à ne plus être capables d'investir du temps de qualité auprès des patients ainsi que le non moins récurrent temps supplémentaire obligatoire (TSO) que certaines participantes perçoivent comme « *un viol* » (Linda, 030EI), comme un phénomène d'une violence inouïe : « *je me sens comme une femme violentée* » (Doris, 051EG1). Les participantes associent ces deux contraintes et la dégradation générale des conditions dans lesquelles elles exercent à un ensemble de facteurs comme, entre autres, les lacunes dans la gestion hospitalière, la bureaucratie hospitalière, les suppressions de postes, la pénurie d'infirmières, le vieillissement de la population, l'acharnement thérapeutique et le fait d'avoir à se soumettre aux ordonnances collectives et aux « directives improvisées » des médecins. La presque totalité des infirmières participantes ont affirmé être littéralement contaminées par une culture managériale et enlisées dans un fatras de procédures et de documents cliniques qui leur sont imposés dans le mépris le plus évident de leur libre arbitre. On pense aux notes d'observation au dossier, au plan thérapeutique infirmier (PTI)¹³⁹, aux formulaires d'accident/incident et à d'autres documents qui accompagnent les projets déployés les uns après les autres au sein des unités de soins. Les participantes sont bien au fait des projets d'optimisation comme ceux reposant sur la méthode *Lean*, des discours dominants comme ceux relatifs aux données probantes et aux pratiques exemplaires, et quelques-unes d'entre elles ont même fait référence aux discours mis de l'avant par les *think tanks* de droite, ces puissantes organisations de concertation politique non

¹³⁹ Le PTI dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du patient. Il est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du patient. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du patient et qui portent, notamment, sur la surveillance clinique, les soins et les traitements (OIIQ, 2015, p. 1).

démocratiques. Nombre d'entre elles déplorent également les stratégies de contrôle et de représailles exercées par les gestionnaires et utilisées pour accroître la productivité au sein des CH, de sorte que, dans un domaine où l'on valorisait une éthique de conviction fondée sur la compassion et la solidarité, l'on retrouve maintenant des valeurs fondées sur la performance, la concurrence et l'individualisme.

Il est à noter que les explications fournies par les infirmières participantes sur l'ordre social existant dans les hôpitaux au sein desquelles elles exerçaient au moment de la collecte des données pouvaient varier d'une infirmière à l'autre. Si plusieurs d'entre elles ont identifié la pénurie, les restrictions budgétaires, la rétorsion de la part des gestionnaires, la croissance de la privatisation des services et la bureaucratie comme facteurs explicatifs à la dégradation du soin et des conditions d'exercice de la profession infirmière en CH, elles ont été moins nombreuses à traduire les contraintes vécues et les rapports de domination en un système externe et plus vaste lié au modèle socioéconomique dominant comme vecteur des injustices qu'elles vivent au sein de leur milieu de travail. En effet, peu d'infirmières interviewées ont été en mesure de cibler le capitalisme ou le néolibéralisme comme des idéologies dominantes associées à la privatisation du système de santé, aux nouvelles pratiques managériales, à ses dispositifs de pouvoir et ses mécanismes de subjectivation, à la précarisation de l'emploi et à l'absence de démocratie au sein des CH, des phénomènes qui ont, non seulement une influence sur leurs conditions d'exercice, mais qui désamorcent également toute velléité de mobilisation collective et de solidarité entre elles. Il s'avère, non sans étonnement, que ce sont surtout les infirmières participantes dont l'engagement politique et la conscientisation étaient les plus développés qui pouvaient exposer les forces macropolitiques ou idéologiques sur lesquelles reposent ces différents phénomènes. Nous reviendrons par ailleurs ultérieurement sur ce qui caractérise plus particulièrement cette catégorie d'infirmières soignantes.

La gouvernance de type entrepreneuriale

Les résultats découlant de cette étude nous amènent à postuler l'avènement d'une dérive des soins infirmiers au sein des CH, voire d'une « nouvelle » forme de soins infirmiers

qui s'articulent désormais en fonction de leur *efficacité*¹⁴⁰ économique. Il s'agit de soins effectués avec rapidité qui se doivent d'être fonctionnels et le moins coûteux possible, des soins qui ne s'appuient, ni sur les préceptes théoriques infirmiers les plus éprouvés comme l'holisme, ni sur une vision à long terme, mais qui sont *a priori* déployés pour résoudre un problème de santé donné, à une période fixée dans le temps, et ce, sans égard aux besoins réels des patients dont l'avis importe guère et sans que les répercussions que ces soins minimaux sont susceptibles d'entraîner à plus long terme ne soient prises en compte. Toutefois, si nous avons décrit cette nouvelle forme de soins comme devant impérativement être peu coûteuse, il semble que les dépenses associées à la main-d'œuvre infirmière au sein des CH soient strictement restreintes et sous haute surveillance, selon plusieurs infirmières participantes, alors qu'il n'apparaît y avoir que peu de restrictions relatives aux dépenses encourues par les cadres ou pour équiper le personnel médical en appareillage technologique, par exemple. Selon Goulet, Hébert, et Verbauwhede (2014), le budget des hôpitaux en est un qui est global et reste fixe. Si on coupe dans les soins, c'est qu'il y a d'autres services gagnants ou du personnel privilégié, comme le personnel chargé de produire des indicateurs de performance et de conseiller les directions d'établissements sur les épisodes de soins à prioriser. Suzanne (042EI), une infirmière participante, l'a bien saisi : « *on est en restructuration pour un redressement budgétaire [et] on vient de couper trois postes [d'infirmières], l'employeur a pris la décision de payer une firme privée qui analyse la méthode Lean, [...] ça va coûter combien ça? [L]'argent est mal administré* ». Voilà pourquoi on accorde tant d'importance à la notion de performance et au discours sur les restrictions budgétaires qui étaient au cœur des témoignages des infirmières nous ayant accordé une entrevue.

Le registre sémantique de la productivité, de l'efficiencia et de la rationalisation – registre associé aux seules considérations économiques et managériales – tapissait

¹⁴⁰ On notera la mise en relief du terme *efficacité* parce qu'en définitive, bien que les patients qui reçoivent les soins auxquels nous faisons référence obtiennent leur congé des CH, les témoignages d'une vaste gamme de participantes indiquent qu'ils seront nombreux à être hospitalisés à nouveau, souvent peu de temps après leur première hospitalisation. Ces infirmières soignantes expliquent ce phénomène par le fait qu'au sein des CH, les conditions réelles de santé des patients ne sont pas appréhendées globalement, le but de l'hôpital étant désormais, comme le souligne Cheek (2000), que les patients qui y sont hospitalisés obtiennent leur congé le plus rapidement possible. Il est ainsi peu surprenant que plusieurs infirmières consultées aient rapporté ce phénomène.

littéralement le discours des infirmières participantes chaque fois qu'elles décrivaient les grandes orientations organisationnelles des institutions hospitalières. Une majorité d'entre elles nous ont par ailleurs confié avoir l'impression que les dirigeants des CH veulent faire d'elles des automates performants. Ces infirmières soignantes se sont dites obligées de combler les besoins en tâches de soins en fonction des contingences des patients ou du surplus de travail au sein des unités de soin. Qu'il s'agisse de l'excroissance de l'appareil technobureaucratique, de l'absence des gestionnaires d'unités de soins sur le terrain, de la rémunération de ces derniers en fonction de leur performance, du recours parfois systématique à une main-d'œuvre indépendante (agences), de la division des unités de soins en sous-ensembles devant chacun être rentable, de la division capitaliste du travail qui devient de plus en plus évidente avec la réintégration des infirmières auxiliaires ou du peu de postes à temps plein mis à la disposition des infirmières (précarisation, imprévisibilité des horaires, exigence de mobilité/flexibilité), l'on pouvait reconnaître l'agenda d'une *gouvernance hospitalière de type entrepreneuriale* à travers les propos des infirmières participantes lorsqu'elles nous ont décrit *ce qu'il en est* de l'exercice infirmier en CH. Nos résultats indiquent également que l'évaluation du travail des infirmières soignantes par les méthodes de gestion minceur ou *Lean Management*, également désigné sous le vocable de *méthode Toyota*, est très présente dans les CH. Somme toute, les résultats découlant de cette étude indiquent clairement que nombre d'infirmières participantes croient, avec justesse, que lorsqu'on ne se préoccupe que des questions économiques au sein des CH, nécessairement, on ne se préoccupe plus de la réalité hospitalière, ni même de la qualité des soins et encore moins des conditions dans lesquelles les infirmières soignantes sont contraintes d'exercer. Dans le passage qui suit, nous présentons certains extraits d'auteurs qui se sont penchés sur cette gouvernance entrepreneuriale, amenant à mieux saisir pourquoi, de nos jours, les infirmières ne soignent plus comme elles le faisaient auparavant.

Selon Goulet, Hébert et Verbauwheide (2014), l'évolution du système de santé québécois peut être appréhendée selon trois périodes distinctes. Une première période coïncide avec celle de la Révolution tranquille (1960-1970), au sein de laquelle fut créé un réseau public de santé dans le contexte plus large de ce qu'il est convenu d'appeler l'*État-providence*.

Une seconde période, comprise entre les années 1980 et 1990, correspond pour sa part à la montée du néolibéralisme, une période marquée par une forte propension à vouloir contrôler les coûts d'un système de santé qui s'articulait auparavant selon une « une logique de maximisation de l'offre de services » (Contandriopoulos, 1994, p. 13). La mise en place, dans le réseau de la santé, de nouveaux principes managériaux¹⁴¹, la dérèglementation et la privatisation caractérisent cette période de l'évolution du système de santé québécois à travers laquelle l'on commencera à envisager la possibilité de confier à des firmes externes la gestion complète des hôpitaux. L'on s'attaquera ainsi peu à peu aux politiques sociales qui avaient été mises en place lors de la Révolution tranquille. Toujours selon Goulet et coll., une troisième et dernière période survient vers le milieu des années 1990, dans la foulée du régime d'austérité implanté par le gouvernement Bouchard. C'est lors de cette période spécifique de l'évolution du système de santé québécois que *le privé*¹⁴² interviendra de façon beaucoup plus soutenue dans le système de santé et qu'*une gouvernance*¹⁴³ *de type entrepreneuriale* sera introduite dans le secteur public.

Ce type de gouvernance, issue du monde des affaires, et dont la propagation est notamment assurée par nombre de *think tanks*¹⁴⁴ et d'organismes de développement international¹⁴⁵, est défini comme une doctrine qui vise le « parasitisme par le privé de l'intervention sociale publique » et le dressage d'un secteur public « trop activiste ou trop conscient de son rôle démocratique » (Goulet & coll., 2014, p. 122). Goulet et coll. décrivent ainsi la gouvernance de type entrepreneuriale comme essentiellement « apolitique », ce à quoi nous nous opposons. Ce type de gouvernance nous paraît, au contraire, très politique, puisque

¹⁴¹ Ces nouveaux principes managériaux sont désignés par de nombreux auteurs, comme Merrien (1999), sous le vocable de « nouvelle gestion publique (*new public management*) » (p. 95).

¹⁴² C'est à cette période que l'on commencera par exemple à avoir recours à une main-d'œuvre infirmière indépendante exerçant pour le compte d'agences privées.

¹⁴³ Selon Deneault (2013), des théoriciens des organisations tel que Williamson (1981) auraient été parmi les premiers à réutiliser le concept de *gouvernance* qui, à partir du 13^e siècle, était entre autres employé comme synonyme du terme « gouvernement ». D'après ce même philosophe, c'est plus particulièrement pour désigner la description et la régulation du fonctionnement des structures des entreprises et de leurs instances que ce concept resurgira à la fin du 20^e siècle, après avoir brillé par son absence plusieurs centaines d'années.

¹⁴⁴ Des *think tanks* d'envergure internationale comme l'Institut sur la gouvernance (IOG), se proposent, par l'entremise de différentes techniques, « de dresser les intervenants publics pour qu'ils se plient à un certain format » (Deneault, 2013, p. 23).

¹⁴⁵ Des organismes internationaux comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Union européenne (UE) recommandent expressément l'adoption de « meilleures pratiques » (p. 122) issues des principes fondamentaux de la gouvernance de type entrepreneuriale (Goulet & coll. 2014).

« non démocratique » (p. 1), en accord avec les vues de Brugvin (2009). Les économistes œuvrant au sein des différentes organisations de concertation politique, mais également pour le compte de l'État, ont peu à peu cherché à substituer les représentants de la fonction publique et le personnel des établissements de santé par des administrateurs dits « indépendants » (Goulet et coll., p.121). L'on verra ainsi poindre le « remplacement de la gouverne démocratique par une science de la gestion optimisée » (p. 121). À défaut de voir en la fonction publique la concrétisation de droits sociaux acquis de haute lutte et les fonctionnaires comme les gardiens de ces droits, la gouvernance de type entrepreneuriale « la [verra] comme une force à dompter; la fonction publique [devenant] la simple exécutante des politiques élaborées par le gouvernement central, de la même manière que s'il s'agissait d'un contrat de service avec, par exemple, une entreprise à but lucratif » (p. 121). Selon Boltanski et Chiapello (2011), ce serait depuis la deuxième moitié des années 1970 que de nouvelles formes de travail *postfordistes*¹⁴⁶ ont graduellement fait leur apparition dans les sociétés occidentales, avec leur lot de transformations objectives bien connues, comme l'accroissement des inégalités salariales, la précarisation de l'emploi, l'érosion des protections sociales, l'incitation à la performance et la mise en concurrence des travailleurs, la diminution du taux de syndicalisation, l'effritement des solidarités entre travailleurs et leur responsabilisation extrême face aux tâches à effectuer.

Dans les années 1990, c'est en ouvrant le champ à l'accumulation privée du capital par la *création de nouveaux marchés* que se met en place le discours de la marchandisation des soins de santé. À partir de ce moment, le système de santé commencera à s'articuler selon une logique différente. La qualité des soins et l'importance d'offrir la plus grande gamme de services possibles à la population ne seront plus des préoccupations centrales. Ce sera plutôt la façon dont le système de santé – incrusté dans l'idéologie néolibérale – s'agencera avec d'autres éléments de l'idéologie dominante – productivité, efficacité et choix individuel – qui

¹⁴⁶ La production postfordiste a suivi la production fordienne de masse, née aux États-Unis dans les années 1950. Cette dernière était schématisée ainsi : chaque poste de travail, souvent attaché à une machine, est occupé par un salarié faiblement qualifié avec d'importants encours entre postes. Les vendeurs s'approvisionnent dans le stock commercial qui sert de tampon entre l'usine et le marché. Puisque tout ce qui est produit doit être vendu, seul le flux *tendu* sans rupture peut assurer la *livraison juste à temps* et structurer la production (Durand, 2004).

se substituera à ces préoccupations. Dès lors, les soins financés par l'État ne s'accordent plus avec les déterminants sociaux de la santé, mais plutôt avec des idées comme le contrôle des coûts et l'efficacité, notions clés de la rhétorique privatisante. L'objectif du système, qui était auparavant de répondre aux besoins de santé, sera perverti par une conception industrielle de l'efficacité qui s'accorde avec une perception de la santé appréhendée telle une marchandise comme les autres susceptible de générer des profits. Au même titre qu'Alexandra (065EG3), plusieurs infirmières interviewées ont décrit ce phénomène, « *c'est-à-dire que l'être humain, il est comme pris en otage dans toutes ces choses-là. On n'est pas centré sur le bien-être et l'humanité. On est centré sur des facteurs économiques [...]. Finalement, on est devenu un milieu industriel* ».

L'intrusion du privé dans le système de santé publique sera présentée comme une panacée permettant la résolution de l'éventail des tares d'un système public vu comme défaillant¹⁴⁷. Entreront en scène des compagnies privées qui s'abreueront du budget de l'État. Des services de médecine générale commenceront à être transférés vers des fournisseurs privés. Des chirurgies de routine seront également réalisées dans des cliniques appartenant à des intérêts privés. De plus en plus de cliniques sans rendez-vous et de supercliniques verront le jour, ces dernières offrant aux patients, maintenant conceptualisés comme des clients, une vaste gamme de produits et de services de santé – un modèle d'affaires s'apparentant étrangement à celui des supermarchés, comme des infirmières participantes l'ont elles-mêmes souligné : « *les cliniques sans rendez-vous, c'est des fast foods, c'est des supermarchés [...]. On va magasiner et c'est du in an out rapide, [...] et aucune prise en charge, aucune responsabilisation [...] du patient et de l'intervenant* » (Louise, 044EI). La marchandisation des services de santé fera ainsi des avancées considérables. De plus en plus, on réorientera les

¹⁴⁷ Selon le philosophe, linguiste et activiste Chomsky (2011), une des techniques utilisées par les États pour favoriser la privatisation des services publics consiste expressément à en favoriser la défaillance. On mise par la suite sur l'insatisfaction de la population, de façon à justifier la privatisation de ces services, de sorte que les utilisateurs ont nécessairement une moins grande propension à s'opposer à ces changements. Il est à se demander si les compressions budgétaires et le discours de performance qui rendent les conditions de travail des infirmières si inacceptables – désabusant ces dernières d'un réseau de la santé à bout de souffle, sous pression à se soumettre dans un processus d'optimisation de leur performance – ne sont pas des incitatifs à quitter le secteur public et à se tourner vers le secteur privé, une dynamique entraînant à son tour des difficultés de recrutement ou de rétention de la main-d'œuvre dans le secteur public.

soins fournis par l'État vers des avenues commerciales. Les fournisseurs de soins publics et privés seront par ailleurs mis en compétition les uns avec les autres.

La gestion des établissements de santé se fera désormais selon des indicateurs de performance et, notamment, à partir de nouveaux principes de gouvernance comme la séparation entre les décideurs et les exécutants. Une culture de la mesure s'installe dans ces milieux et entre autres dans les CH, une culture qui, selon nos résultats, est aujourd'hui très présente. Le travail des professionnels de la santé, dont celui des infirmières soignantes, commencera à être évalué selon ces mêmes indicateurs et une compétition s'installera entre les infirmières elles-mêmes : « *il y a beaucoup de compétitivité et plus il y a de stress et de désorganisation, plus c'est facile de créer des conflits* » (Danielle, 040EI). Le lien entre ce phénomène de compétition et la violence qui règne au sein des milieux de soins a par ailleurs été mis en lumière par des auteurs de la discipline infirmière comme Saint-Pierre (2012). Des techniques dites d'optimisation des processus de travail seront implantées dans le réseau de la santé, notamment le *Lean*, une variante du toyotisme manufacturier, et le *Six Sigma*, une méthode reposant sur l'analyse statistique développée par Motorola dans les années 1990 (FIQ, 2011). Le travail des infirmières soignantes entrera ainsi dans une réorganisation perpétuelle à travers laquelle les aspects humains du soin, la sollicitude et, notamment, le professionnalisme infirmier, seront relégués au second plan. Les infirmières soignantes devront maintenant faire « *plus avec moins* » (Charles, 036EI) et seront littéralement aspirées à travers les efforts soutenus qu'elles doivent constamment déployer pour donner des soins convenables, dans un processus latent d'usure à long terme qui est en tout point incompatible avec les valeurs fondatrices du soin.

Sous la domination contraignante de ces nouvelles méthodes de gestion du personnel directement importées de l'entreprise privée, les infirmières soignantes, qui deviennent elles-mêmes un marché, traiteront les patients/clients « *à la chaîne* » (Danielle, 040EI), comme nombre de participantes l'on affirmé. À travers tout le système de santé, la rentabilité devient ainsi un objectif avoué, alors que les services offerts à la population et le nombre d'employées permettant le bon fonctionnement de ce système sont tous deux revus à la baisse. Les résultats de cette étude indiquent ainsi que la gouvernance de type entrepreneuriale est à l'origine d'une

dégradation des conditions d'exercice de la profession infirmière au sein des CH, d'une atteinte à la santé physique et mentale des infirmières soignantes qui y exercent, d'une diminution des services offerts aux patients hospitalisés et de la qualité déclinante des soins qui leur sont offerts. Dans ces circonstances, il n'apparaît guère surprenant que des chercheuses comme Côté (2013) rapportent un exode croissant des nouvelles infirmières et que nos résultats indiquent, de façon claire et précise, que des infirmières d'expérience qui « *étaient prêtes à faire un autre [...] cinq ou six ans, [...] se dépêchent d'aller faire calculer leurs retraites pour partir, même à perte* » (Linda, 030EI).

Le phénomène de mercantilisation tentaculaire que nous venons de décrire et qui affecte inéluctablement toutes les sphères du système de santé québécois s'apparente à ce que Haber (2013), philosophe politique inspiré d'auteurs critiques du néolibéralisme comme Honneth et Foucault, décrit comme provenant du néocapitalisme, c'est-à-dire une forme expansive du capitalisme et du néolibéralisme contemporains qui s'articule à partir d'un « agencement complexe de dispositifs très diversifiés [...] et extrêmement mobiles », qui agissent comme une « puissance détachée » (p. 142), aliénante et contraignante, que nous ne contrôlons plus. Pour Haber, le néocapitalisme est construit sur des « fictions méthodologiques » (p. 334), définies comme des forces dynamiques telles l'incitation à la technique et à la consommation, l'appétit incessant pour le profit, l'exploitation du travail par la mise au pas des travailleurs et, notamment, la privatisation des services publics. Ces forces agissent sur les êtres humains par le biais d'une logique autonome – une sorte de logique mathématique et statistique des sciences modernes –, de retour aux lois mécaniques de la nature et à un postulat ontologique positiviste de l'homme comme entité séparée de celle-ci, creusant une distance entre les finalités de ce « modèle de l'aliénation objective » (p. 335) et celles liées à la vie, c'est-à-dire à l'environnement sensible, à l'élan vital collectif, au soin et à la réalité des gens en situation de besoin¹⁴⁸.

Haber (2013) soutient que cette puissance détachée, qui s'apparente à une forme de *think tank* teintée d'un langage convenu destiné à dénaturer la réalité, se fait elle-même *vie* en

¹⁴⁸ Le soin et la réalité des gens en situation de besoin ont sciemment été ajoutés par le chercheur, car ils correspondent au modèle d'Haber (2013).

utilisant un discours novlangue (*newspeak*, tel qu'introduit dans le roman *1984* de Georges Orwell) faisant croire que le travail et la technique doivent constamment s'adapter, évoluer et se réinventer vers un idéal de liberté. Selon Haber, le néo-capitalisme est un processus de colonisation de toutes les sphères de la vie sociale, possédant plusieurs visages du capitalisme mondialisé et créant, à long terme, « un monde de contraintes cohérentes » (p. 74). Cela expliquerait pourquoi, selon cet auteur, plusieurs luttes sociales ne ciblent plus le système économique dans sa généralité, la logique expansionniste de ce système puissant s'emparant tour à tour de secteurs précis de la vie sociale en les détournant de toute finalité émancipatrice. Autrement dit, l'infirmière et la personne soignée comptent pour bien peu de choses dans un tel système, qui n'a de considération que pour son profil chiffré et virtuel s'accordant avec l'agenda ministériel. Les infirmières sont forcées de faire le grand écart entre le plan réel des patients en situation de besoin et le plan virtuel qui consomme beaucoup de temps et d'énergie pour répondre aux exigences de productivité de l'institution hospitalière, au détriment du véritable travail clinique auprès des patients. Les infirmières ont maintes fois exprimé et déploré cet état de fait.

Ces différents portraits que les auteurs cités précédemment dressent de la gouvernance ont de quoi faire réfléchir relativement aux nombreuses contraintes vécues par les infirmières soignantes et aux rapports de pouvoir qui sont exercés sur celles-ci au sein des CH. D'après Deneault (2013), la gouvernance entrepreneuriale ou *corporate governance* (p. 10) consiste littéralement en l'application de méthodes de *saine gestion* des fonds que les investisseurs confient aux entreprises par la voie de processus, de normes et de politiques gérés par des technocrates soucieux de générer des résultats qui conviennent aux besoins tout en faisant la meilleure utilisation des ressources financières. À travers de telles mesures, les infirmières seraient considérées comme un capital devant exclusivement se conformer aux politiques menées autour d'enjeux de gestion. Est-il possible que cette culture d'entreprise, qui sous-tend la gouvernance entrepreneuriale des CH, explique certains des phénomènes que nous avons observés dans le cadre de cette étude à partir des témoignages des participantes, comme la déshumanisation du milieu de travail, l'érosion du soin humain et la marchandisation des soins ? Est-il possible que les technologies politiques – le pouvoir disciplinaire –, dont il sera

question à l'instant, soient utilisées pour protéger ce nouvel ordre politique établi ? Nous nous servons de ces quelques idées relatives à la gouvernance entrepreneuriale comme toile de fond pour discuter de certaines des technologies politiques mises en place dans les CH et, surtout, pour mieux saisir les raisons de leur utilisation.

Les technologies politiques qui concourent à la discipline et à la subjectivation des infirmières soignantes.

Dans cette section, nous nous intéressons non plus au macropouvoir¹⁴⁹ que représente la gouvernance entrepreneuriale, mais plutôt à une microphysique du pouvoir, c'est-à-dire à ces rapports de force structurants, à l'échelle des personnes, des familles, des petits groupes ou des institutions. Ce type de pouvoir, que Foucault nomme *micropouvoir*, vient de partout, exerce des rapports de force multiples qui servent de support à de larges effets de clivage parcourant l'ensemble du corps social. Les micropouvoirs transparaissent dans des dispositifs de pouvoir disciplinaire¹⁵⁰ ou de savoir, discursifs ou non discursifs, comme, par exemple, dans les règlements d'une prison ou d'une école. Les techniques disciplinaires exercent un pouvoir qui ne mise pas sur ses propres excès pour démontrer sa puissance même si, comme le verrons ultérieurement, ce pouvoir peut mettre le châtiment à profit pour arriver à ses fins : dresser les individus de façon à mieux « prélever et soutirer » (Foucault, 1975, p. 200) le maximum de leur valeur économique. Ainsi, c'est à partir de

¹⁴⁹ La *gouvernance entrepreneuriale* équivaut à ce que Foucault nomme la *gouvernementalité*, cette rationalité du pouvoir politique ou *raison d'État* qui s'inscrit dans un mouvement de l'histoire de la pensée politique et qui adopte des technologies politiques en fonction de leur efficacité. Foucault désigne de grands pouvoirs ou de *macropouvoirs* cette rationalité du pouvoir politique. Foucault associerait cette gouvernance entrepreneuriale aux grands pouvoirs privés, comme ceux que l'on retrouve dans les entreprises exerçant des rapports de forces majeurs par ses technologies politiques d'efficacité basées sur l'économie, l'optimisation et la productivité.

¹⁵⁰ Selon Foucault (1975), l'exercice de la discipline suppose un dispositif qui contraint par le jeu du regard, un appareil où les techniques disciplinaires qui permettent de voir induisent des effets de pouvoir, et où, en retour, les moyens de coercition rendent clairement visibles ceux à qui ils s'appliquent. Comme nous l'avons également souligné dans le deuxième chapitre de cette thèse à partir des écrits de Nigro (2002, p. 2-3), « les disciplines sont, pour Foucault, des procédures, mais mieux vaut dire des technologies pour assurer l'ordonnance des multiplicités humaines. Foucault souligne [...] que le propre des disciplines est de tenter de définir à l'égard des multiplicités une tactique de pouvoir qui réponde à trois critères : rendre l'exercice du pouvoir le moins coûteux possible; faire que les effets de ce pouvoir social soient portés à leur maximum d'intensité et étendus aussi loin que possible, sans échec, ni lacune; lier cette croissance économique du pouvoir et le rendement des appareils à l'intérieur desquels il s'exerce; bref faire croître à la fois la docilité et l'utilité de tous les éléments du système. [L]es disciplines sont à prendre comme des techniques qui permettent d'ajuster la multiplicité des hommes et la multiplication des appareils de production (Nigro, 2002, p. 2-3).

différentes technologies politiques abondamment utilisées dans les CH comme la surveillance et le jugement normalisateur que l'on « sépare, analyse, différencie [et décompose les individus] jusqu'aux singularités nécessaires et suffisantes » (p. 200) dans le but de les fabriquer, littéralement, d'infléchir leurs comportements et leurs façons de penser dans le sens d'une norme utilitariste articulée selon les avantages économiques qu'elle entraîne.

En se donnant « les individus à la fois pour objets et pour instruments de son exercice » (p. 200), d'un côté, le pouvoir disciplinaire – et les technologies politiques qui le caractérisent – les conditionne à se *subjectiver*, à intérioriser la norme, à la naturaliser comme étant juste, voire à induire une docilité nécessaire et, de l'autre, il les dresse hiérarchiquement les uns contre les autres dans une économie du pouvoir qui investit tous les espaces laissés vacants par la loi (Foucault, 1975). Les mécanismes de subjectivation en arrivent à diviser le sujet : soit il se divise lui-même dans son intérieur profond, soit il est divisé par rapport aux autres sujets, de façon à le catégoriser et en faire un objet. Ceux-ci finissent par objectiver une réalité préalablement construite, une réalité généralement associée au *statu quo*, qui permet le maintien du dispositif d'ensemble ou une plus grande stabilité des relations de pouvoir qui sont déjà en place et favorise le bon fonctionnement de l'institution.

Selon Foucault (1975), les rapports de force inhérents aux micropouvoirs sont demeurés parmi les phénomènes les plus cachés et les moins investigués du corps social. Cela est notamment consécutif au fait que notre société contemporaine, par l'entremise d'innombrables technologies politiques, est articulée de façon à ce qu'on ne porte pas attention aux évènements qui pourraient révéler la vraie nature des relations de pouvoir. De fait, le pouvoir intensifie son efficacité lorsqu'il est invisible, sans visage. Par ailleurs, Foucault précisera que le pouvoir disciplinaire est toléré par les individus dans la mesure où ils demeurent diffus et dissimulés dans ces technologies qui s'avèrent être nombreuses, complexes et capillaires. Dans le chapitre précédent, consacré à la présentation des résultats, l'analyse des données nous a permis d'identifier un certain nombre de ces technologies politiques comme *la surveillance, le monitoring bureaucratique, la technicisation du soin, l'imposition de projets au sein des unités de soin, le PTI et la bureaucratisation du soin* ainsi que *l'utilisation de la peur et des représailles*.

Dans le cadre de cette discussion, il nous a semblé important de réfléchir de façon critique sur les fondements généraux de l'utilisation de ces différentes technologies. Nous avons déjà esquissé cette réflexion en soulevant des questions à la fin de la section précédente portant sur la gouvernance. Nous nous servons principalement d'un ouvrage récent écrit par le philosophe politique Deneault (2013), ouvrage qui peut sembler à première vue caricatural, mais qui nous amène à mieux saisir comment sont mises de l'avant certaines façons de faire à partir de technologies politiques autour des enjeux de gestion issus de ce néologisme qu'est la gouvernance. Plusieurs éléments de la monographie de Deneault sont similaires aux notions relatives à la gouvernementalité foucauldienne, mais ils nous semblent plus adaptés à la gouvernance telle que déployée au cours de la dernière décennie. La gouvernance décrite par Deneault est clairement applicable à ce qui se passe dans les CH, qui ont pris ce virage entrepreneurial, une perspective qui nous amène à situer le monde des infirmières dans cette nouvelle culture d'entreprise. Dans le texte qui suit, nous exposons les grandes lignes de la philosophie de cet auteur sur la gouvernance et juxtaposons les technologies politiques, incluant les mécanismes de subjectivation, l'action politique et les processus démocratiques qui y correspondent. À la suite de cet exercice, nous décrirons plus en profondeur les technologies politiques énumérées précédemment.

Selon Deneault (2013), la *bonne gouvernance*, décrite comme un nouvel ordre politique campé sur des principes autoritaires, des positions hiérarchiques, une rationalité technique et des contraintes technocratiques, en vient à justifier « l'adoption de mesures accrues de surveillance de[s] employés pour les mettre au pas et "optimiser" la moindre de leurs opérations » (p. 11), pour faire régner le système d'exploitation. Guidée par les pratiques exemplaires ou *best practices*, la gouvernance a comme objectif de générer des résultats – des phénomènes comme la technicisation du soin et le fait de contraindre les infirmières à rédiger le PTI facilitent l'atteinte de cet objectif – qui conviennent aux besoins tout en faisant la meilleure utilisation des ressources. Elle doit orienter les comportements de manière incitative et « déboucher sur une performance réceptive aux intérêts des citoyens ou des partenaires » (p. 41), mais ces derniers ne peuvent se prononcer sur le bien-fondé de cette pratique de

performance, car ceux-ci sont soumis à des mécanismes de subjectivation dans un contexte de déficit démocratique total.

La gouvernance chercherait non seulement à institutionnaliser un ordre commun, mais également à mettre les citoyens ou partenaires « hors de portée de structures politiques par lesquelles ils pourraient chercher à constituer souverainement leur subjectivité historique » (p. 28) et elle réduit le sujet – l’infirmière – à « l’état de nature » (p. 32) ayant un rôle modelable et flou, qui « se découvre au centre de la vie politique, en même temps que dans un point aveugle d’où sourdent les formes inédites de pouvoir qui lui échappent » (p. 35), mais auxquelles le sujet doit obéir – évidemment, avec le concours des mécanismes de subjectivation (Deneault, 2013). Deneault cite Foucault quand ce dernier définit des attitudes subjectives relevant du pastorat : « la perfection de l’obéissance consiste à obéir à un ordre, non pas parce qu’il est raisonnable [...] mais au contraire parce qu’il est absurde » (Foucault, 2004b, p. 179).

Selon Deneault (2013), la gouvernance applique des mécanismes de contrôle et d’encadrement « des masses » qui se traduisent en processus, normes, politiques et règlements de toutes sortes afin de « dresser les intervenants publics pour qu’ils se plient à un certain format : moduler techniquement la parole publique » (p. 23) et « assurer l’effectivité de la mesure des normes instaurées » (p. 176). Elle prévoit des renforcements positifs comme l’attribution de privilèges. Les lois sociales qui orientent la gouvernance « relèvent d’une science du contrôle des masses plus que du droit et de la délibération politique » (p. 45). La gouvernance doit assurer la stabilité du système « dans la mesure où la classe moyenne peut prendre part aux modalités prévues de délibération que pour avaliser ce qui a été convenu d’emblée par ceux qui s’octroient le pouvoir de décider » (p. 180).

La gouvernance utilise des concepts de la pensée politique en les convertissant dans une riche novlangue. Elle n’hésite pas à parler de renouveau de la démocratie définie comme un processus par lequel les « groupes d’intérêts privés » (p. 47) « prennent leurs décisions importantes, déterminent qui a une voix, qui est engagé dans le processus et comment les comptes sont rendus » (p. 37), une démocratie dans laquelle les citoyens jouent un rôle central

dans ce système « efficace » (Deneault, 2013, p. 33). Cependant, Deneault précise que ces citoyens ne peuvent pas participer à la conception des modes d'encadrement.

La gouvernance est désireuse de créer un faux statut d'appartenance à l'organisation ou de partenaires ou d'associations civiques dans l'élaboration d'outils managériaux adaptés au jargon de l'économie de marché, à savoir l'efficacité, l'innovation et le développement. L'employé devient « responsable de la transformation vocationnelle de l'entreprise » (Deneault, 2013, p. 62), sans qu'il puisse cependant se prononcer sur ce changement de gouverne. Il doit continuellement s'adapter dans un environnement instable, en suivant toutes sortes de formations dans des domaines inconnus du salarié, formations qui sont, de toutes façons, appelées à changer. L'imposition de projets au sein des unités de soin s'inscrit en droite ligne avec cet état de fait. Aucune notion de partage ou de possibilité de vivre-ensemble n'existe dans ce système de gouvernance. Les dirigeants « misent sur le sentiment de frustration du personnel traumatisé par le changement pour tirer le meilleur de lui [,] ce qui exige de l'abnégation de la part du personnel » (p. 62). L'aliénation qui en résulte fait perdre tout sens élémentaire de la révolte dans des situations d'injustice et mine les possibilités d'action politique.

La gouvernance, dans laquelle les *affaires* prennent toute la place, enlève l'espace à toute forme de « pensée critique ou d'approche alternative d'associations qui pensent à leur manière le rapport au monde » (Deneault, 2013, p. 54). Elle affecte l'intelligence et l'autonomie des personnes et la conscience collective moderne. Deneault voit dans la gouvernance une « mécanique déshumanisante d'un totalitarisme sans visage » (p. 150).

Pour parvenir à ces fins, on embauche des experts de la *bonne gouvernance*, plus précisément des technocrates qui maîtrisent l'exercice technique du pouvoir politique et qui se positionnent au-dessus des gestionnaires. Ils doivent avoir une stratégie claire, non pas parce qu'elle est juste, mais parce qu'elle sécurise tous ceux que l'imprévisibilité de l'avenir angosse. À tout moment, peut tomber le couperet : mises à pied du personnel ou restrictions budgétaires importantes.

Les idées de Deneault (2013) rejoignent celles de Foucault sur la subjectivation quand il affirme que la gouvernance est construite sur une rhétorique de l'ordre établi bâtie « sur un

ordre majeur de croyances au point que la classe moyenne est incapable d'imaginer l'ordre dominant autrement que tel qu'il s'impose » (p. 180). L'individu fait preuve d'obéissance et de zèle, car il se trouve « domestiqué par les règles du marché » (p. 180).

Par ailleurs, nous tenons à préciser que si les infirmières participantes ciblent régulièrement les gestionnaires *proximales* comme les infirmières chefs ou leurs assistantes comme responsables de l'application de ces techniques, ces dernières sont, à notre avis, manipulées par cette gouvernance et elles-mêmes subjectivées par cet ordre politique¹⁵¹. Selon Deneault (2013), les gestionnaires croient que les membres du conseil d'administration ont « le sens des affaires et des finances » (p. 183) et « comprennent vraiment l'entreprise, ses paramètres clés, ses facteurs de succès » (p.182, tiré de Allaire & Firsirotu, 2011, p.113). Enfin, nous ne présumons pas connaître la raison exacte de l'application de ces techniques, mais il est difficile de faire abstraction des principes de la gouvernance entrepreneuriale comme fondement explicatif. Voyons maintenant plus en détail certaines des technologies politiques répertoriées dans le cadre de cette étude.

La surveillance

Foucault (1975) regroupe ces techniques qui contraignent « par le jeu du regard » en induisant « des effets de pouvoir » (p. 201) sous le vocable de la *surveillance hiérarchique*. Ce type de surveillance « court tout le long du processus de travail » (p. 205) et ramène les infirmières soignantes dans le droit chemin chaque fois que leurs comportements ne s'articulent pas dans le sens de la norme. Cette surveillance repose *a priori* sur une hiérarchie complexe. Les infirmières participantes ont largement utilisé ce qualificatif pour décrire la hiérarchie hospitalière qu'elles ont également identifiée comme étant d'une lourdeur incommensurable¹⁵². Qui plus est, des infirmières interviewées ayant déjà pratiqué dans d'autres pays se sont dites abasourdis par la lourdeur de la hiérarchie hospitalière lorsqu'elles ont commencé à exercer au Québec.

¹⁵¹ Cette idée demeure hypothétique et pourrait faire l'objet d'une recherche intéressante.

¹⁵² Au vu de nos résultats, précisons toutefois que les pouvoirs hiérarchiques seraient exercés de façon moins stricte dans les CH anglophones et dans des milieux de soins comme les soins intensifs. Cette hypothèse demeure cependant spéculative étant donné le peu d'infirmières participantes provenant de milieux anglophones et devrait être scientifiquement validée.

De la façon dont plusieurs infirmières participantes l'ont décrite, la hiérarchie hospitalière apparaît mettre de l'avant une conception du politique où l'importance accordée à celui qui s'exprime l'est en fonction de son titre. Plusieurs ont indiqué qu'on leur donnait constamment des ordres et qu'on décidait presque toujours à leur place. Elles nous ont confié que leurs doléances et plaintes, qui doivent par ailleurs être rédigées sur papier, même si plusieurs d'entre elles ont souligné ne pas avoir le temps de se soumettre à cet exercice, se perdaient constamment dans les dédales de la hiérarchie hospitalière. Certaines d'entre elles ont précisé que la structure à partir de laquelle s'articule la hiérarchie des CH entraînait des bris dans la chaîne de l'information, des rapports de force démesurés et des « *guerres de pouvoir* » (Louise, 044EI). Des infirmières interviewées nous ont également confié subir de l'intimidation liée aux hiérarchies de la part de leurs propres collègues¹⁵³; des infirmières soignantes se faisant par exemple traiter d'infirmières auxiliaires lorsqu'elles dépannent un préposé aux bénéficiaires en donnant un bain à un patient ou de médecins quand elles portent le stéthoscope. Tout comme le souligne Foucault (1975), plusieurs d'entre elles ont également identifié la hiérarchie hospitalière comme une pratique divisante : « *t'sais, diviser pour mieux régner, [...] les dirigeants sont ben, ben bons là-dedans* » (Josée, 035EI). La hiérarchie syndicale est également perçue par nombre de participantes comme paralysant ses effets libérateurs : « *je considère les syndicats comme [s'articulant] dans le même sens que les institutions hospitalières, à savoir un organigramme complexe avec des hiérarchies [...]. Est-ce qu'on doit nécessairement [...] se constituer dans la même structure [pour] défendre l'intérêt des membres?* » (Lisa, 057EG2) Les infirmières participantes ont aussi massivement souhaité une redéfinition et un allègement de la structure oppressante qui est inhérente à la hiérarchie hospitalière.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la surveillance hiérarchique dont les infirmières soignantes font l'objet au sein des CH, celle-ci est décrite par bon nombre de participantes comme étant omniprésente et comme influençant leur conduite. Le pouvoir disciplinaire qui se manifeste par la surveillance hiérarchique s'organise ainsi « comme un réseau de relations de

¹⁵³ Ce type d'intimidation entre collègues est souvent désigné sous le vocable de *violence latérale*.

haut en bas, mais aussi jusqu'à un certain point de bas en haut et latéralement; ce réseau fait tenir l'ensemble et le traverse intégralement d'effets de pouvoir qui prennent appui les uns sur les autres : surveillant perpétuellement surveillé » (p. 208), la surveillance pouvant même devenir « une fonction définie » (Foucault, 1975, p. 205). La surveillance constante des infirmières soignantes est ainsi assurée au sein des CH par le partage du rôle de celui qui surveille, que l'on serait *a priori* porté à associer au rôle du gestionnaire d'unité ou à celui de l'assistante infirmière chef (AIC). Ainsi, par la division hiérarchique des fonctions, chacun surveille l'autre et il en est de même pour ceux qui sont issus de mêmes hiérarchies. Par exemple, les infirmières doivent faire très attention de ne pas mettre de l'avant un discours qui pourrait être perçu comme étant subversif par crainte d'être dénoncées par leurs propres collègues. Il y a donc surveillance des infirmières par les infirmières elles-mêmes.

Selon Foucault (1975), un des principes importants de la surveillance hiérarchique consiste en ce que celle-ci doit être la plus constante possible et qu'elle doit également le laisser croire. Ainsi, l'AIC peut contacter par téléphone une infirmière soignante, après son quart de travail, pour l'informer que ses notes d'observation au dossier du patient sont incomplètes ou que les PTI qu'elle a rédigés ne sont pas adéquats. L'AIC peut ainsi lui indiquer expressément qu'elle est sous surveillance continue, même en dehors de l'hôpital¹⁵⁴ et qu'elle a le devoir de se soumettre aux procédures bureaucratiques exigées par les normes institutionnelles, comme le précise Foucault, en donnant l'exemple du *panopticon*. Lorsqu'un prisonnier s'autodiscipline par le fait d'être observable en tout temps partout où il se trouve, alors que ses geôliers situés dans la tour centrale aux fenêtres teintées d'une prison sont rendus invisibles à ses yeux, la surveillance hiérarchisée n'a pas besoin d'être « réellement » continue pour avoir des effets qui, eux, le sont pourtant. L'AIC n'a certes pas

¹⁵⁴ D'après nos résultats, la surveillance hiérarchique hospitalière s'adapte également aux tendances actuelles par l'utilisation des médias sociaux pour provoquer l'expansion de son champ d'observation et, par le fait même, l'élargissement du dispositif hospitalier. Cet extrait de verbatim en fait foi : « ça fait que Facebook, ça marche et l'employeur, ça l'écœure, parce qu'il veut être notre ami Facebook [...], il veut savoir, parce qu'il ne sait pas tout, pis là, oups, il voit des choses ». Au moment de la publication de cette thèse, des syndicats infirmiers mettent par ailleurs massivement en garde leurs membres relativement à la surveillance effectuée par les dirigeants des CH à partir des médias sociaux, afin d'éviter des sanctions disciplinaires qui pourraient notamment survenir si elles se déclarent malades et que les publications réalisées sur les médias sociaux permettent de l'informer.

suffisamment de temps à sa disposition pour vérifier jour après jour les notes d'observation des infirmières soignantes. Cependant, après leur avoir signifié qu'elles sont sous surveillance à la suite de la constatation d'un problème dans leurs notes d'observation ou autres documents cliniques, ces dernières savent dorénavant qu'elles doivent porter une attention perpétuelle à ce qu'elles y écrivent, si elles veulent éviter de s'exposer aux sanctions normalisatrices de leurs supérieures hiérarchiques.

Le monitoring bureaucratique

Le monitoring bureaucratique joue un rôle fondamental dans la surveillance et la normalisation des comportements infirmiers en contraignant par le regard l'ensemble des activités infirmières. La réalisation des techniques de soins et, notamment, l'administration des médicaments, est hautement monitorée bureaucratiquement. Ainsi, lorsqu'une technique de soin est, par exemple, omise par une infirmière soignante, cela transparaît dans les notes d'observation et dans les documents cliniques par le biais desquels ce monitoring est effectué, ce qui entraîne un jugement normalisateur immédiat. Cette surveillance provoquera la subjectivation des infirmières soignantes qui ajusteront leurs comportements en mettant l'accent sur ces activités techniques aux dépens du soin relationnel et de la façon dont elles aimeraient organiser leur travail : « *c'est clair qu'on fait tout [ce qui nous est demandé], parce que si je ne le fais pas et que le boss le voit...* » (Danielle, 040EI). Ainsi, après avoir réalisé l'ensemble des techniques de soin prescrites, après avoir complété un document clinique pour une injection d'anticoagulant, un autre document associé à un nouveau projet au sein de l'unité, après avoir fait une note en lien avec la réfection d'un pansement ou l'installation d'une sonde, sans compter les documents cliniques de surveillance des narcotiques – « *on est rendu avec une feuille de surveillance de narcotiques [...] Ça vient alourdir notre tâche, en nous éloignant de notre patient* » (Michel, 037EI) –, et ce, pour chacun des patients qui leur sont attitrés, nos résultats indiquent qu'il ne reste plus de place pour le soin relationnel. Le soin demeure ainsi confiné à la technique. Puisque les infirmières soignantes passent de ce fait beaucoup moins de temps auprès des patients, elles sont nécessairement moins à l'écoute de

leurs besoins et interviennent moins pour les combler. Nous croyons que la bureaucratie hospitalière agirait donc à titre de mécanisme de subjectivation dans la *technicisation du soin*.

La technicisation du soin

Les résultats de notre étude montrent qu'on assiste présentement à un amenuisement des interventions de soin en CH au profit d'actes technicistes. Nous considérons cette technicisation du soin comme une technologie politique, car elle réduit la vitesse d'exécution des interventions de soins et assure l'*efficience* et la *productivité* du système de santé. Cette technicisation exerce un rapport de force sur les infirmières soignantes car, non seulement elle contrevient à leur conception du soin relationnel, mais elle répond parfaitement au modèle biomédical dominant, qui réduit la maladie à un *problème biologique et technique*. Les infirmières participantes ont déploré le fait que plusieurs activités de soins se limitaient à l'administration des médicaments, ce qui les éloigne du *vrai soin*.

Le modèle biomédical procède de l'application en médecine de la méthode analytique réductionniste des sciences classiques. [...] Comme le résume L. Onnis, le modèle médical est « dominé par la tendance à se focaliser de façon exclusive sur les données biologiques – le corps lui-même étant réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouvant amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux modalités concrètes de la vie » (Onnis, 1997, p. 24). [S]i l'on se réfère au modèle biomédical, explique Engel, « l'idéal est de trouver aussi vite que possible l'explication la plus simple, de préférence le diagnostic d'une unique maladie, et de considérer tout le reste comme des complications, de l'enduit ou de simples plaintes non pertinentes pour la tâche du médecin (Cék-Gennart & Vannotti, 2000, p. 5).

Dans le cadre des entrevues que nous avons réalisées, des infirmières participantes ont décrit plusieurs situations à travers lesquelles on pouvait sentir la forte influence du modèle biomédical sur le travail qu'elles effectuent, ce qui n'est guère surprenant vu le pouvoir que ce modèle exerce sur l'ensemble du dispositif hospitalier. Toutefois, dans certaines de ces situations, l'hégémonie du modèle biomédical apparaissait avoir des effets extrêmement délétères sur le soin, l'éclipsant parfois complètement, ce qui nous est apparu très préoccupant, tant pour le rôle de l'infirmière que pour la santé des patients.

Les résultats découlant de cette étude l'indiquent effectivement, au même titre que le fait la bureaucratie hospitalière, l'articulation du modèle biomédical, l'importance qui lui est accordée et, notamment, le modèle hiérarchique de l'autorité biomédicale qui lui est inhérent, ont pour effet de confisquer le pouvoir de soigner des infirmières par subjectivation, en infléchissant leurs façons de penser et leurs comportements dans le sens de la méthode analytique réductionniste qui sous-tend le modèle biomédical. Ainsi, au même titre que Holmes, Roy et Perron (2008) l'ont souligné, nous constatons que le modèle biomédical *colonise* de plus en plus les soins infirmiers. Celui-ci entre en compétition avec le modèle holistique traditionnellement mis de l'avant par les infirmières soignantes et ce n'est certainement pas à armes égales que s'affrontent ces deux modèles qui sont en complète divergence. En effet, malgré les critiques qui fusent de toutes parts à l'endroit du modèle biomédical, duquel les soins de santé devraient s'affranchir selon des médecins comme Lussier (2014), celui-ci influence encore largement les activités cliniques d'une majorité de médecins qui, comme le rappelle Contandriopoulos (2009), exercent un pouvoir énorme sur le système de santé et, par ricochet, sur la façon dont le travail des infirmières soignantes est effectué.

De plus, l'étonnante compatibilité entre le modèle biomédical et l'idéologie néolibérale sur laquelle repose la gouvernance hospitalière de type entrepreneuriale qui, au sein des CH, prône sur la base de ces modèles une résolution rapide et efficace des problèmes de santé vécus par les patients, favorise la marginalisation du modèle holistique et des soins infirmiers, notamment les soins infirmiers relationnels, lesquels ne cessent de perdre du terrain au profit d'une articulation biomédicale du soin. Face à la suprématie de ce modèle et à sa compatibilité avec le discours néolibéral qui s'infiltré dans toutes les sphères de l'activité hospitalière sous les rapports de force démesurés de la gouvernance, la prise en compte, par les infirmières soignantes, de l'histoire de vie des patients, de leurs problèmes personnels, sociaux et moraux, devient de plus en plus difficile à mettre en œuvre. Les infirmières doivent ainsi faire preuve de résistance, si elles veulent continuer à prendre en compte ces éléments. L'accroissement de la productivité dans le soin, valeur bien présente dans les CH qui prend souvent la forme du

traitement pharmacologique, amène les infirmières soignantes à devoir renoncer aux valeurs qu'elles considèrent importantes.

Plusieurs participantes ont souligné la perte de temps et d'expertise, ainsi que l'impression qu'elles ont de ne plus avoir le droit de réfléchir et d'agir selon les valeurs et savoirs infirmiers, du fait qu'elles doivent de plus en plus se soumettre aux ordonnances collectives imposées par les médecins suivant les diktats du discours de l'*evidence-based medicine*. Elles ont été nombreuses à souligner les tensions qui existent au sein des CH entre la façon dont elles soignent les patients (soins globaux) et la tendance réductionniste et *catégorisante* induite par le modèle biomédical¹⁵⁵. Certaines participantes ont également souligné le rôle qu'elles jouent elles-mêmes dans la *surdétermination* des méthodes préconisées par le modèle biomédical, notamment en étant celles qui les imposent aux patients. Toutefois, c'est plus spécifiquement de la tendance qu'ont les infirmières soignantes à médicaliser le soin et plus particulièrement à administrer une médication à des patients qui de ce fait son réduit à des porteurs de symptômes, sans que les contextes dans lesquelles ils se retrouvent ne soient pris en compte, dont il fut majoritairement question dans le cadre de ce projet de recherche.

Nombreux ont été les exemples de situations rapportées par des participantes où, face à différents problèmes vécus par les patients, notamment des problèmes d'anxiété, des infirmières soignantes ont priorisé des solutions qui sont en accord avec le modèle biomédical, et ce, au détriment du soin infirmier et, plus particulièrement, du soin relationnel. Il faut savoir qu'être hospitalisé est en soi une situation déstabilisante, voire traumatisante pour de nombreux patients, entre autres pour ceux qui sont en attente d'une chirurgie. Procéder convenablement à l'enseignement préopératoire, une activité qui, selon les données que nous avons recueillies, est bien souvent mise de côté par manque de temps, et faire verbaliser les patients quant à ce qui les préoccupe, a souvent pour effet de les rassurer et permet aux

¹⁵⁵ Une participante a même rapporté le caractère *dérapant* de la tangente biomédicale que le PTI fait emprunter aux infirmières soignantes, en les forçant à déterminer le problème de santé principal des patients, ce qui aurait pour effet de rendre accessoires les autres problèmes de santé qu'ils vivent en plus de contribuer à la marginalisation du regard holistique que les infirmières portent sur les patients dont elles prennent soin. Le PTI contribuerait-il à la colonisation des soins infirmiers par le modèle biomédical? La colonisation des soins infirmiers par le modèle biomédical pourrait-elle se matérialiser à partir d'un ordre professionnel?

infirmières soignantes de réduire considérablement le recours à la médication. Cependant, la plupart des participantes soulignent ne plus avoir la possibilité d'agir de la sorte parce qu'elles sont prises dans une course contre la montre. Le modèle biomédical qui prône une résolution rapide et efficace des problèmes de santé constitue donc une option de choix pour les infirmières soignantes qui se trouvent dans l'impossibilité de déployer les solutions qu'elles mettraient naturellement en place si elles en avaient le temps. Ainsi, plusieurs n'hésitent pas à donner de la médication à des patients qui ne présentent aucun désordre biologique sous-jacent et qui ne souffrent bien souvent que d'anxiété passagère, ce qui a pour effet de déshumaniser la détresse qu'ils vivent et de les sortir ni plus ni moins des contextes dans lesquelles ils se trouvent. Sans être nécessairement encouragée¹⁵⁶, l'administration, en quelques minutes, d'un traitement pharmacologique à des patients – qui, bien souvent, se porteraient mieux en échangeant simplement avec une infirmière quant à ce qui les préoccupe – demeure une approche assez répandue chez les infirmières, et ce, même si cela est susceptible, au surplus, d'engendrer de nouveaux problèmes de santé, comme la dépendance à certains médicaments tels les benzodiazépines.

Sachant cela et vu la surveillance accrue dont les infirmières sont l'objet, on s'attendrait à ce que les infirmières soignantes se fassent réprimander en agissant de la sorte. Les données recueillies dans le cadre de cette étude nous indiquent toutefois que cela n'est pas le cas. Comment se fait-il que des institutions hospitalières, qui misent systématiquement sur le discours de la primauté du bien-être des patients pour contraindre les infirmières soignantes au TSO, ne semblent point s'opposer à de telles pratiques, qui se révèlent pourtant délétères pour la santé et le bien-être des patients hospitalisés? Est-ce parce que ces pratiques permettent aux infirmières soignantes d'être plus *productives* et d'abattre plus de travail dans une même journée, ce qui recèle un net avantage d'un point de vue économique? Est-ce, comme le souligne Lussier (2014), parce que « la structure et le financement actuels du système de santé ne favorisent pas l'utilisation d'approches non médicales, pour des raisons simplement

¹⁵⁶ Il nous apparaît que les infirmières soignantes ne sont pas directement encouragées à agir de la sorte, probablement parce qu'il s'agit de pratiques éthiquement discutables. Cependant, tout est en place pour celles-ci misent sur ces façons de faire et rien ne semble être fait par les autorités compétentes des CH pour que cessent ces pratiques délétères.

budgétaires » (p.1), les salaires des infirmières étant à la charge des établissements hospitaliers tandis que les sommes dépensées pour les médicaments prescrits sont assumés par la RAMQ? Cette question demeure en suspens, les résultats découlant de cette étude ne nous permettant pas de statuer sur les raisons exactes qui ont permis l'intrusion de telles pratiques dans les mœurs hospitalières.

Il convient donc de se questionner sur cette notion de *productivité* et de se demander si les économies réalisées en la favorisant priment tant sur la possibilité que les infirmières ont de prodiguer des soins infirmiers que sur le bien-être des patients hospitalisés. De plus, à la suite de notre analyse, nous sommes forcés de constater une rentabilité économique certaine, pour les compagnies pharmaceutiques, d'un modèle de soin mettant de côté, comme on le fait au Québec, les approches non médicales tel le soin infirmier relationnel, et ce, pour des raisons strictement budgétaires. Est-il également avantageux pour ces mêmes compagnies que les infirmières soignantes manquent de temps pour entrer en relation avec les patients ou pour leur donner l'enseignement dont ils ont pourtant besoin, puisque les lacunes relatives au soin amènent ces dernières à administrer plus de médicaments aux patients? Cette question, aussi, demeure en suspens. Il apparaît du moins légitime pour les infirmières soignantes de se demander à qui profite l'aversion du système de santé pour les approches qui sont en marge du modèle biomédical...

Précisons que ce n'est pas de gaieté de cœur que les infirmières négligent les patients dont elles devraient prendre soin. Nos résultats nous permettent d'affirmer que l'articulation actuelle du dispositif hospitalier concourt à ce qu'elles agissent de la sorte. Ainsi, nous croyons fermement que ces comportements infirmiers consistent en des effets de certains mécanismes de subjectivation s'articulant, notamment, à partir de puissants discours, de la marge de manœuvre qui est accordée aux infirmières pour soigner, mais également depuis le niveau de reconnaissance qui leur est conféré par leurs supérieurs. Les institutions, par l'entremise des gestionnaires des CH et, plus particulièrement, par l'entremise des gestionnaires des unités de soin, ne disent pas directement aux infirmières soignantes de négliger les patients. Toutefois, comme nous venons de le souligner sous l'axe de cette

discussion consacré à la surveillance, il apparaît évident que l'on invite les infirmières soignantes à se concentrer essentiellement sur les aspects techniques et fonctionnels du soin.

Ces directives *non énoncées* sont implicitement *émises* par les gestionnaires des CH¹⁵⁷, qui ne déploient pas suffisamment d'effectifs permettant aux infirmières de soigner convenablement au sein des unités de soins. Les gestionnaires *martèlent* aussi systématiquement ces directives, en faisant fi de l'impossibilité, pour les infirmières soignantes, de réaliser toutes les tâches qu'on souhaite les voir accomplir dans une journée de travail. La *reconnaissance* conférée à ces infirmières vient également orienter leur pratique dans le sens d'une éviction du soin, parce qu'en prodiguant des soins infirmiers basés sur les valeurs qui sont propres à la profession infirmière, celles-ci n'obtiennent généralement aucune reconnaissance de leur supérieur. En contrepartie, les infirmières qui s'abstiendront systématiquement de répondre à plusieurs besoins des patients, qui prioriseront l'administration de médicaments plutôt que le soin relationnel et qui, par le fait même, termineront chaque jour leur quart de travail à temps, auront une chance beaucoup plus grande de voir leur capacité d'organisation reconnue par leur supérieur. Les infirmières soignantes se doivent ainsi d'être extrêmement critiques d'une reconnaissance qui, lorsqu'elle est présente, est plus souvent déployée à des fins stratégiques, à savoir une reconnaissance purement idéologique. Ce type de reconnaissance, auquel Taylor (1992) s'est intéressé, est notamment mis à profit pour orienter la pratique des infirmières dans un sens qu'elles n'auraient jamais envisagé, mais aussi afin de les inciter à endosser volontairement de nouvelles tâches, et ce, en opposition avec de véritables formes de reconnaissance où les aptitudes et les savoirs des infirmières seraient valorisés (Martin & Pham, 2013).

Ces réalités dictent donc inévitablement la façon dont l'exercice de la profession infirmière doit s'articuler en CH et provoquent ainsi la normalisation des comportements des infirmières soignantes de manière inédite. Les infirmières soignantes exerçant en CH

¹⁵⁷ Ce postulat s'appuie sur les données recueillies auprès d'infirmières soignantes et il est à prévoir que bien des gestionnaires ne réalisent pas que, par leur comportement et par différentes actions qu'ils entreprennent en accord avec les directives qu'ils ont eux-mêmes reçues de leur supérieurs, ils dictent précisément la façon dont l'exercice de la profession infirmière doit s'articuler au sein des différents CH.

perçoivent ces mécanismes de subjectivation, qui s'articulent à travers des schémas de transformation¹⁵⁸ qu'elles n'ont pas choisis et dans lesquels elles ne se reconnaissent pas, comme une attaque frontale à la façon dont elles appréhendent le soin. Elles ont toutefois la possibilité de résister à ces mécanismes. Par ailleurs, soulignons que dans les cas où elles ne résistent pas aux puissants modèles et discours qui s'opposent aux valeurs fondatrices des soins infirmiers, nous estimons qu'elles *coopèrent* à l'effritement de leur pouvoir de soigner.

L'imposition de projets au sein des unités de soins

Il ressort également du discours tenu par les infirmières soignantes ayant participé à cette étude qu'elles sont tout simplement dépassées par la bureaucratisation croissante au sein des CH et par le nombre exponentiel de projets déployés au sein des unités de soins où elles exercent. Les infirmières ont été nombreuses à nous signaler ce problème qu'elles considèrent comme étant très grave, parce que ces nouveaux projets sont presque tous associés à des documents cliniques et, donc, à une charge de travail bureaucratique qui se doit d'être réalisée par les infirmières soignantes, généralement sans qu'aucune modification à l'organisation du travail permettant la prise en charge de ces tâches additionnelles ne soit effectuée par leurs supérieurs. Sans nécessairement s'opposer aux changements que ces projets induisent à leur pratique professionnelle, plusieurs infirmières ont souligné que la vaste majorité des projets qui leur ont été présentés et auxquels elles ont participé, notamment en rédigeant des documents cliniques nécessaires à leur réalisation, ont été abandonnés sans qu'on ne les informe des raisons. Dans l'ensemble, nous avons constaté que les infirmières ne semblaient guère surprises de ces évidentes lacunes au fonctionnement démocratique des unités de soins parce que, de prime abord, elles nous ont indiqué qu'on ne leur demande que très rarement leur avis lorsque des décisions affectant directement leur travail sont prises au sein des CH. Par contre, plusieurs d'entre elles avaient de la difficulté à concevoir les raisons du déploiement perpétuel de tous ces projets, dont plusieurs finiraient au rancart sans être intégrés aux pratiques ayant cours au sein des unités de soins. Sans prétendre pouvoir expliquer ce

¹⁵⁸ C'est à Foucault (1976) que nous empruntons la notion de schéma de transformation, notion qui découle de son étude des pouvoirs productifs associés au dispositif de sexualité.

phénomène spécifique et sans avoir la possibilité de nous appuyer sur ce qui pourrait l'expliquer du point de vue des infirmières participantes, nous croyons qu'il s'avère pertinent de proposer certaines pistes devant être prises en compte pour ce qu'elles sont, à savoir des réflexions parmi d'autres ne permettant pas une explication définitive.

Un des mandats importants des différentes DSI des établissements, soit de viser l'amélioration continue de la qualité des soins et de l'organisation scientifique et technique des CH, nous apparaît avoir une influence sur le nombre de projets déployés dans les unités de soins. Précisons que les gestionnaires de ces mêmes unités déploient aussi des projets de façon autonome en fonction de leurs propres observations et critères de qualité. Soulignons que les statuts qui sont conférés aux institutions hospitalières et qui déterminent les enveloppes financières auxquelles elles ont droit sont, entre autres, directement associés au nombre de projets de recherche qui y sont réalisés. Si une institution hospitalière aspire, par exemple, à conserver ou à obtenir un statut de « centre tertiaire suprarégional », elle devra répondre à un nombre considérable de critères, incluant le déploiement d'une vaste gamme de projets de recherche cliniques à l'intérieur de ses murs, dont plusieurs ont une influence directe sur l'exercice de la profession infirmière. La poursuite de certains *indicateurs* choisis par les CH à l'invitation d'ordres professionnels, en fonction notamment des formulaires d'accident/incident (AH 223), et l'atteinte de ce qu'il est convenu d'appeler les *pratiques organisationnelles requises* (POR) par Agrément Canada¹⁵⁹, pourraient aussi expliquer l'abondance de ces projets tant dénoncés par les infirmières soignantes.

À partir des écrits de Boltanski (2009), nous pourrions associer le flou entourant le nombre exponentiel de projets soumis aux infirmières à des dispositifs de domination par le changement s'articulant par le truchement d'une pluralité d'interventions ayant notamment

¹⁵⁹ Ajoutons qu'en ce qui a trait spécifiquement aux politiques gouvernementales provinciales, depuis 2008, nombreux sont les projets à avoir été déployés au sein des unités de soins dans la foulée de ce qui est communément appelé le *Lean management*, projets à travers lesquels il est question de quantification et d'optimisation, dans le but de réaliser des économies.

pour effet de désarmer toute forme de critique par leur multiplicité¹⁶⁰. Pour le sociologue, ces dispositifs « interviennent en valorisant, en accompagnant et en orientant le changement » et sont liés au capitalisme comme forme d'organisation économique « qui prône le changement pour lui-même en tant que source d'énergie » (p. 193). En mettant à profit le potentiel analytique des écrits de Boltanski, nous pourrions ainsi affirmer que des groupes influents du domaine de la santé agissant au sein du dispositif hospitalier, que ce soit à partir des appareils d'État, des ordres professionnels ou des institutions hospitalières, font partie d'un dispositif de domination par le changement qui subordonne la volonté des infirmières soignantes à la leur dans une quête incessante d'innovation et de performance au sein des unités de soins. Une réflexion critique s'impose également à ce stade-ci de notre discussion : se pourrait-il que les nombreux projets *flous* qui sont présentés aux infirmières et qui se dérobent aussitôt sans raison apparente, soient des occasions d'affaires destinées au secteur privé, transformant une partie des fonctionnaires en gestionnaires de données pouvant servir éventuellement à des fournisseurs privés qui auraient ainsi des chiffres sur ce qui est « marchandisable » et financièrement profitable ?

Le PTI et la bureaucratiation du soin

Nous n'envisageons pas d'aborder le sujet du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans le cadre de cette étude et aucune question directement relative au PTI ne figurait dans nos guides d'entrevue. Toutefois, près d'une dizaine d'infirmières interviewées ont abordé ce sujet, et ce, de différentes façons, dont certaines nous sont apparues des plus préoccupantes. *A priori*, parmi l'ensemble des infirmières participantes, seulement deux ont précisé que cet outil pouvait se révéler utile dans le cadre de leur pratique, parce qu'il rend facilement accessibles et *visibles* les décisions qui ont été prises par les infirmières soignantes. Cependant, dans la presque totalité des cas où des participantes ont fait référence au PTI, ce dernier a été décrit comme une nuisance, comme un pouvoir excessif de l'appareil administratif et non comme un outil permettant à l'infirmière de « véritablement jouer son rôle et d'exercer son *leadership* au

¹⁶⁰ D'après ce qu'avance Boltanski (2009), il sera ainsi plus ardu pour une infirmière d'articuler une critique cohérente ayant trait à plusieurs projets qui se chevauchent ou qui sont implantés simultanément.

sein de l'équipe de soins » (Phaneuf, 2008, p. 5), et ce, principalement parce qu'il a pour effet de confisquer une partie du temps qu'elles investissent dans les soins prodigués aux patients. Plusieurs infirmières interviewées ont également décrit cet outil de travail comme étant « inutile » (Julie, 039EI), du fait qu'elles le considèrent comme un duplicata des notes d'évolution qu'elles consignent déjà au dossier du patient, accentuant les effets d'une bureaucratie hospitalière déjà très lourde. Si ce que certaines participantes nous ont révélé s'avère exact, à savoir que des transferts de patients sont parfois retardés parce que des infirmières n'ont pas eu le temps de compléter le PTI qui figure à leur dossier, et que des soins, notamment des soins de nature préventive offerts aux patients les plus vulnérables, sont souvent mis de côté par des infirmières de façon à ce qu'elles soient en mesure de compléter des PTI, il apparaît qu'au sein des CH, cet outil de travail est non seulement détourné de son caractère essentiel visant la protection du public, mais qu'il serait, lui aussi, à titre d'instrument du pouvoir bureaucratique, susceptible de mettre en jeu la santé même des patients hospitalisés.

Si des syndicats comme la FIQ¹⁶¹ et des auteurs comme Phaneuf (2008) soulignent l'obligation, pour les établissements de santé, de « jeter un regard nouveau sur l'organisation du travail » (p. 5) à la suite de l'implantation du PTI – ce qui permettrait aux infirmières soignantes d'avoir à tout le moins la possibilité d'évaluer convenablement¹⁶² la santé des patients en plus de les amener à bénéficier d'un minimum de temps leur permettant de rédiger les PTI –, les témoignages de plusieurs infirmières participantes nous amènent à affirmer que les CH n'assument aucunement leur responsabilité en ce sens. Rappelons que les résultats découlant de cette étude indiquent que les infirmières soignantes ont de moins en moins la possibilité d'évaluer convenablement les patients dont elles prennent soins. Alors que les données recueillies confirment le contrôle disciplinaire qui s'articule, notamment, à partir d'une surveillance accrue des infirmières par les gestionnaires d'unité de soins et les AIC, de

¹⁶¹ L'OIIQ n'est pas la seule institution à promouvoir le PTI, des syndicats infirmiers le promeuvent également à titre de levier syndical, parce qu'en devenant une obligation légale de l'infirmière, ces institutions postulent qu'il en découle également une obligation de la part des employeurs du domaine de la santé de « fournir un milieu de travail propice à la réalisation du PTI » (FIQ, 2009, p.4).

¹⁶² La réalisation du PTI est tributaire de l'évaluation clinique du patient par l'infirmière soignante.

façon à les soumettre à la rédaction obligatoire des PTI¹⁶³, en ce qui a trait à l'aménagement du temps de travail, rien ne semble avoir été fait par les établissements hospitaliers québécois pour favoriser l'adhésion des infirmières soignantes à la norme professionnelle que constitue la rédaction de cet outil. Nos résultats indiquent ainsi que l'implantation du PTI, qui aurait pu permettre de *sanctuariser* l'évaluation clinique des infirmières soignantes en garantissant les conditions de possibilité d'une évaluation infirmière adéquate, ne constitue malheureusement qu'une coercition bureaucratique de plus dans l'exercice de la profession infirmière en CH. Il est de plus permis de croire que le PTI compare et met en compétition les infirmières entre elles.

Face à cette réalité hospitalière, les résultats découlant de cette étude témoignent de deux options s'offrant aux infirmières soignantes : soit elles résistent aux exigences de la bureaucratie hospitalière en refusant de rédiger les PTI ou en bâclant leur rédaction pour s'assurer d'avoir le temps de mieux soigner les patients, soit elles omettent délibérément de prodiguer certains soins de façon à avoir la possibilité de rédiger les PTI. Par ailleurs, selon l'analyse que nous avons effectuée, plus la surveillance hiérarchique relative au PTI est étroite et associée à un contrôle disciplinaire accru au sein d'une unité de soins donnée, plus les infirmières auront tendance à omettre des soins pour rédiger les PTI. À l'inverse, plus les infirmières soignantes perçoivent, au sein de l'unité de soins où elles exercent, une absence ou un relâchement de la surveillance hiérarchique et des techniques disciplinaires déployées pour qu'elles adhèrent à cette norme professionnelle, plus elles résisteront en les bâclant ou en refusant littéralement de les rédiger de façon à pouvoir porter leur attention à ce qu'elles considèrent comme étant le plus important, le soin.

Bien que des auteurs issus de la discipline infirmière, comme Henderson, Schoonbeek et Auditore (2013), affirment que l'exercice de la profession infirmière est de plus en plus dirigé par la bureaucratie, peu d'études ont été réalisées sur le sujet. Même si Quirk et Lelliott

¹⁶³ En accord avec les écrits de Weber (1995) que nous explorerons à l'instant, le PTI consiste en une forme de domination légale abstraite et impersonnelle. Notons toutefois que bien que l'imposition du PTI fut nécessairement approuvée par les *représentants* (hiérarchiques) des infirmières, il ne semble guère être approuvé par les infirmières soignantes elles-mêmes.

(2001), à travers une revue exhaustive des écrits ayant trait aux résultats de plusieurs études réalisées au sein d'unités de soins psychiatriques, en arrivent à la conclusion que les infirmières exercent sous haute pression, qu'elles passent de moins en moins de temps auprès des patients¹⁶⁴, qu'elles les soignent de moins en moins¹⁶⁵ et que cela est, entre autres, consécutif au temps qu'elles passent à écrire au poste des infirmières, nous n'avons repéré aucune étude qui confirmerait empiriquement les effets délétères de la bureaucratie hospitalière sur le soin. Toutefois, Bevis (1993) souligne à travers son analyse critique des soins qui sont prodigués aux personnes âgées que la bureaucratie constitue un obstacle à ce type de soin. À travers leurs écrits théoriques, Krol et Lavoie (2014) abondent également en ce sens, avançant que l'expansion continue des activités infirmières associées à la bureaucratie est susceptible d'entraîner désorganisation et négligence, ce qui pose des risques et peut se révéler dangereux au sein des différents milieux de soins. L'ensemble de ces écrits converge ainsi avec les résultats de notre étude.

Weber (1995), qui a montré un vif intérêt pour la notion d'une bureaucratie représentant la quintessence de la rationalité et de l'efficacité du capitalisme industriel, estime que la bureaucratie serait devenue une caractéristique déterminante de l'organisation du travail au sein de nos sociétés (Warne, Malus & Lundy, 1994). Même si Weber était bien au fait des dérapages irrationnels de la bureaucratie, du fait qu'elle induit la domination et la déshumanisation dans toutes les sphères de la société, celui-ci la considérait tout de même comme essentielle à la coordination et au maintien des grandes organisations comme les hôpitaux, les syndicats et les partis politiques. La bureaucratie demeure toutefois déployée par de petits groupes de dirigeants, par le truchement d'une multitude de techniques paralysant les initiatives humaines et tendant à confisquer le pouvoir des individus. Somme toute, même pour Weber, qui a un avis nuancé quant à cette notion, la bureaucratie enferme les hommes

¹⁶⁴ En s'appuyant sur les résultats de l'étude d'Higgins, Hurst et Wistow (1999), Quirk et Lelliott (2001) arrivent à la conclusion que le temps que les infirmières passent auprès des patients dont elles prennent soins est passé de 52 %, en 1985, à 39 %, en 1999.

¹⁶⁵ Après avoir exploré les résultats de plusieurs études ethnographiques, Quirk et Lelliott (2001) soulignent que peu de contacts entre infirmières et patients ont été observés dans le cadre de ses études et que, lorsque des contacts surviennent, dans 50 % des cas, ces contacts ne sont pas directement associés aux soins.

dans une « cage d'acier » qui les prive de leurs libertés individuelles les plus élémentaires (Rouillot, 2012 ; Warme, Malus & Lundy, 1994). Du point de vue de Breugh et Penafiel (2015), « la bureaucratie constitue [également] une sphère qui tend à l'autojustification et à l'autoreproduction en ce sens que la logique bureaucratique, guidée par l'idéal de l'administration efficace, commande une extension de plus en plus grande de son domaine d'activité » (p. 20).

L'utilisation de la peur et des représailles

Des participantes nous ont révélé que des réprimandes, ce que Foucault (1975) conceptualise sous le vocable de *sanction normalisatrice*, ont pour effet recherché de museler les infirmières soignantes qui en ont été l'objet ou témoins. Parmi les représailles, nous avons recensé diverses formes de harcèlement, de mises en garde verbales, d'avertissements, de violence, de confrontation – souvent publique –, d'intimidation ou de menaces, de pertes de privilège, d'ostracisation, d'exclusion d'un groupe par discrimination et d'abandon de la part des collègues. À titre de représailles, les participantes ont aussi rapporté un surcroît de surveillance de la part des gestionnaires d'unité ou des AIC, la dégradation soudaine des relations avec leurs supérieurs, des tensions qui perdurent par la suite et qui sont souvent irréversibles, de l'acharnement, des sanctions plus fréquentes comme « *de passer au bureau* » – pouvoir pastoral¹⁶⁶ –, des notes disciplinaires au dossier, le fait d'être étiqueté mais, également, diverses formes de coercition, comme les suspensions et même le congédiement qui, bien que moins courantes, sont bel et bien présentes. Comme nous avons pu le constater dans le chapitre de cette thèse consacré à la présentation des résultats, des institutions hospitalières font des exemples avec les personnes qui revendiquent trop : « *on va lui faire peur* » (Linda, 030EI). Pour Linda (030EI), c'est délibérément pour instaurer un climat de peur qu'on agit de la sorte, pour les faire taire, pour les amener à ne plus rien revendiquer. La gestion par la peur ne serait donc pas simplement un outil permettant d'amener les infirmières à se soumettre à ce qu'on attend d'elles, comme nous le verrons plus en détail ultérieurement

¹⁶⁶ Pour plus de détails relativement au *pouvoir pastoral*, se référer au deuxième chapitre de cette thèse.

dans cette discussion, il s'agirait aussi d'un outil permettant d'annihiler les actions communes entreprises par les infirmières pour transformer l'ordre établi. Les infirmières sont ainsi soumises à un véritable cocktail de mesures disciplinaires.

Précisons également que la peur et les représailles sont fortement mises à profit lorsqu'il est question de soumettre les infirmières soignantes au TSO. Le TSO, qui possède vraisemblablement tous les attributs de la « contrainte absolue » décrite par Weber (1995, p. 287), un phénomène que nous pourrions aisément qualifier d'*esclavage moderne rémunéré*, et qui nous apparaît en rupture complète avec la *Charte des droits et libertés de la personne*, serait, d'après nos résultats, passé, au sein de nombreux CH québécois, d'une mesure d'exception à un mode quotidien de gestion du personnel infirmier, en plus d'être utilisé à titre de pratique de discord, de division : « [l]'employeur [...] le sait quand il y a des gens qui s'entendent trop bien [et qu'ils sont mobilisés, alors], ils vont aller menacer des gens pour les TSO puis, à ce moment-là [...], tout le monde se referme sur soi-même » (Agnès, 048EG1). À partir d'arguments moraux, on contraint ainsi, chaque jour un peu partout au Québec, des infirmières soignantes au travail forcé dans une immoralité notoire en leur laissant croire que tout a été fait pour éviter le recours à ces mesures inhumaines.

5.2 - L'action politique des infirmières participantes

Actions politiques

Cette étude avait comme objectif, non seulement de mieux connaître où loge l'injustice, l'oppression et l'exclusion des infirmières participantes dans les arrangements sociopolitiques hospitaliers, mais également de faire réfléchir ces infirmières soignantes en les invitant à prendre une distance par rapport au *statu quo*, en déplaçant leur regard vers un monde possible et meilleur et, donc, vers un idéal normatif. Nous cherchions à faire advenir un espace de discussion qui pouvait stimuler un début de prise de conscience sociale, voire de formulation de visions, d'idées, de propositions pour se sortir de l'ordre social existant. Les résultats découlant de ce travail réflexif et praxéologique nous ont permis de nous enquérir de

la façon dont les infirmières participantes souhaitaient que s'articule l'exercice de la profession infirmière en CH. Selon Muller (1981), les actions politiques ne se résument pas à un choix de moyens pour garantir le bien-fondé des transformations souhaitées : elles doivent, avant tout, reposer sur des assises argumentaires, des finalités bien développées et des revendications précises, que ces dernières soient éthiques, sociales, politiques ou économiques. Cette section de la discussion portera sur les liens entre ce que les infirmières souhaitaient comme changements et les actions politiques qu'elles ont utilisées ou pensaient mettre de l'avant pour favoriser la transformation des conditions d'exercice de la profession infirmière.

Une vue d'ensemble sur nos résultats nous permet d'affirmer qu'il existe un lien important entre l'idéal souhaité par les participantes à l'étude et les objectifs recherchés par leurs actions politiques. Ce que les infirmières souhaitent et revendiquent cible sans équivoque l'humanisation des soins et les conditions dans lesquelles s'articule l'exercice infirmier dans les hôpitaux, c'est-à-dire la possibilité que les infirmières soignantes puissent soigner comme elles l'entendent, en se servant de leur intelligence, de leur compassion, de leur savoir – connaissances qu'elles disent posséder et être contraintes à laisser de côté dans la conjoncture hospitalière actuelle – et de leur jugement pour répondre de façon autonome aux besoins, à la dignité et au bien-être de leurs patients, le tout dans des conditions de travail humaines. Il nous apparaît ainsi que c'est, majoritairement, sur des finalités morales humanistes et relatives à l'autodétermination professionnelle dans le soin que reposaient leur vision d'un *autre monde possible* et des actions qu'elles avaient déjà déployées dans le passé ou qu'elles avaient l'intention de mettre en place au sein des CH. Ces actions ciblaient directement ce qui a été désigné par ces infirmières participantes comme le lieu dans lequel les rapports de force et l'abus de pouvoir frappaient le plus : le soin. Il est remarquable de noter que, bien que nos résultats révèlent les conditions souvent inhumaines dans lesquelles elles évoluent au sein des CH, le bien-être des patients était perçu par nombre d'entre elles comme étant prioritaire au leur¹⁶⁷. L'héritage historique de la profession infirmière qui a longtemps été associé aux

¹⁶⁷ Les infirmières participantes ne le disaient pas directement mais, comme l'indique le contenu du chapitre 4 de la présente thèse, l'analyse de leur discours l'indiquait clairement.

« femmes consacrées » (Collière, 1982, p. 59) et à la notion de *vocation* nous apparaît comme étant associé à ce phénomène. Toutefois, nos résultats et notamment les écrits de Kagan et Chinn (2010) indiquent que les dirigeants misent largement sur le discours de la primauté du bien-être des patients de façon à soumettre les infirmières soignantes à ce que Honneth (2008) décrirait comme « des exigences totalement inédites » (p. 319). Selon nos analyses, les technologies politiques utilisées au sein du dispositif hospitalier concourent également à la subjectivation des infirmières soignantes en ce sens et à la persistance de ce phénomène.

D'autres actions politiques répertoriées dans le cours de cette étude, actions que nous avons identifiées sous le vocable de *stratégies de protection* dans le cadre du quatrième chapitre de cette thèse, avaient pour objectifs la *survie* des infirmières soignantes et le désir de se protéger au sein d'un dispositif hospitalier de plus en plus déshumanisant, voire violent. À travers ces finalités d'action, les infirmières ne cherchaient pas à transformer le *statu quo* hospitalier, mais simplement à avoir la possibilité de continuer à exercer leur profession sans que leur intégrité physique ou mentale ne soit affectée au point de devoir quitter leur travail. Il semble important d'observer que ces finalités étaient d'ordre fonctionnel : nos résultats indiquent que plusieurs des souhaits que les infirmières participantes ont formulés relativement à l'organisation du travail – l'importance de réduire le nombre de patients dont elles prennent soin et le fait que les effectifs infirmiers nécessaires au bon fonctionnement des unités devraient être prévus à long terme pour éviter la surcharge – s'articulaient selon un *idéal normatif fonctionnaliste*. Leurs souhaits et leurs actions visaient souvent l'amélioration de leur sort au sein même des structures hospitalières actuelles, sans qu'elles remettent nécessairement en question l'institution hospitalière, ses structures politiques et idéologiques néolibérales et managériales qui privilégient la rentabilité économique. À titre d'exemple, plusieurs infirmières interviewées ont exprimé le souhait de participer aux processus décisionnels existant à travers des solutions ou projets qui pourraient améliorer leurs pratiques, mais toutes n'ont pas explicitement souhaité la transformation du *statu quo* sur la démocratie hospitalière autoritaire et les rapports d'inégalité qui prévalent dans les institutions hospitalières et qui portent directement atteinte à leur autonomie professionnelle et à leur liberté d'expression. Si elles ont été nombreuses à souligner l'absurdité de devoir se soumettre

au jugement et à l'autorité des médecins pour initier des soins et traitements qu'elles prodiguent régulièrement, peu d'entre elles ont directement exprimé le souhait d'avoir le droit d'agir de leur propre chef selon leur propre jugement et savoir, par exemple en rédigeant elles-mêmes certaines ordonnances lorsqu'elles se sentent à l'aise de le faire de façon à faciliter leur travail. Leur désir d'autodétermination professionnel, très présent d'après nos résultats disparaissait parfois complètement face aux puissantes idéologies dominantes, et ce, même si les contraintes associées à ces idéologies avaient au préalable clairement été identifiées à travers une critique incisive.

En définitive, une vaste gamme de souhaits émis par les infirmières dans le cadre de ce projet de recherche sont restés confinés à ce qu'elles croient comme faisant partie du *possible tolérable* dans les structures idéologiques¹⁶⁸ dominantes existantes, comme si plusieurs participantes avaient renoncé à projeter leur idéal normatif au-delà des frontières de « l'expression indiscutable de la vérité » (Muller, 2014, p.173) idéologique, une vérité qui n'en est pourtant pas une et des frontières qui n'existent que dans la tête de celles et ceux qui s'y soumettent. Comme le souligne Scott (2008), ce type de phénomène est tout à fait commun chez les groupes subalternes puisqu'ils « cherchent en général à attendre des objectifs qui se situent au dedans de l'idéologie dominante telle qu'ils l'appréhendent » (p. 93). Ces groupes, comme celui des infirmières, cherchent ainsi à améliorer leur sort, mais à l'intérieur de limites apparaissant acceptables quant au *statu quo* établi. Nos résultats indiquent qu'au sein du dispositif hospitalier, les idéologies dominantes ne font pas qu'enfermer concrètement les infirmières soignantes dans des pratiques inégalitaires et dans un système de contraintes, elles restreignent également leur mode de pensée sur le plan idéal en les confiant à une *réalité* figée dans des structures rigides. Il devient donc difficile pour elles de se projeter en dehors de ces *frontières idéologiques* qui, par performativité¹⁶⁹, semblent avoir été assimilées et

¹⁶⁸ Précisons que « ce qui caractérise l'idéologie, c'est l'absolutisation d'une doctrine qui se présente comme l'expression indiscutable de "la vérité" à laquelle chacun doit se soumettre » (Muller, 2014, p. 173).

¹⁶⁹ Les écrits féministes de la philosophe Butler (1990; 2005) décrivent le mécanisme de *performativité* comme une capacité qu'ont les discours de produire ce qu'ils nomment par un processus de répétition permettant de disposer les personnes à l'acceptation d'une vérité qui n'en est pas une, cette vérité étant malheureusement prise pour acquise ou vue comme étant naturelle et allant de soi.

naturalisées par plusieurs infirmières participantes comme faisant explicitement partie du *réel* institutionnel et infirmier.

Après nous être adonnés à la reconstitution théorique d'un exercice infirmier souhaitable, nous avons demandé aux infirmières participantes de poursuivre de façon plus concrète la démarche praxéologique dans laquelle nous les avons invitées à s'immerger, en nous indiquant ce qu'elles pourraient faire pour transformer individuellement et collectivement la réalité qu'elles vivent au quotidien au sein des CH. Dans le cadre spécifique de cette activité réflexive, les participantes ont été invitées à imaginer, de façon pragmatique, la transformation de l'exercice infirmier en réfléchissant sur les possibles modes opératoires des transformations souhaitées, c'est-à-dire sur des moyens d'actions politiques. Les infirmières participantes nous ont ainsi décrit comment elles, ou certaines de leurs collègues, avaient déjà résisté à différentes formes d'injustices, d'oppression ou d'exclusion dans le cadre de leur travail et nous ont également fait part de certaines des idées d'actions politiques qu'elles avaient en tête. En comparaison avec tout ce qu'elles nous avaient confié au préalable relativement aux contraintes les affligeant, les témoignages que nous avons recueillis au regard de tels actes de résistance et de telles actions politiques – lesquels avaient pourtant la possibilité de mettre fin à ces contraintes – étaient beaucoup moins nombreux¹⁷⁰. Les participantes nous ont tout de même fait part de plusieurs actes de résistance et d'actions directes à travers lesquelles, individuellement, elles suggéraient d'exercer leur pouvoir et de mettre en place un rapport de force à titre d'infirmières et de citoyennes, et cela, sans passer par les canaux officiels de l'organisation, cette dernière option étant tout à fait inadaptée, la plupart des plaintes logées à *l'interne* restant lettre morte.

Le modeste inventaire des actes de résistance déployés par des infirmières soignantes qui étaient, pourtant, engagées politiquement et les multiples embûches rencontrées par celles-ci dans l'opérationnalisation de leurs idées d'actions, nous ramènent à ce que nous avons identifié comme le *contrôle disciplinaire hospitalier* et l'utilisation abusive de technologies politiques coercitives, lesquelles récusent la vaste majorité des actions permettant l'ouverture

¹⁷⁰ L'inventaire de ces actes de résistance, incluant les actions politiques infirmières collectives, a été consigné dans le quatrième chapitre de cette thèse sous l'axe thématique de la résistance infirmière.

du champ des libertés infirmières. Ces résultats sont également des plus novateurs, puisque peu d'études ont permis d'établir un lien entre le manque de combativité des infirmières soignantes, malgré l'abondance des contraintes vécues, et le large registre des mécanismes de subjectivation déployés au sein du dispositif hospitalier, de façon à les faire traire et à les soumettre à l'ordre social établi.

Pourtant, nos résultats démontrent que quelques infirmières – une douzaine – se démarquent par le caractère subversif de leurs actions, susceptibles d'ébranler l'ordre social établi. Cependant, par peur de représailles, ces actions ne se révèlent généralement que dans la sphère privée ou dans des espaces de liberté comme celui dont nous avons provoqué l'ouverture lors des entrevues. C'est également pour ces raisons que des infirmières utilisent des formes d'expression artistique comme la création vidéographique pour *maquiller* une résistance¹⁷¹ qui, lorsqu'elle est présentée directement *à la face du pouvoir*, peut entraîner de graves répercussions, comme le précise Scott (2008, p.13).

Nos résultats démontrent de plus que des infirmières soignantes s'objectent en conscience au sein des institutions hospitalières, et ce, malgré les risques qu'elles peuvent encourir, surtout lorsqu'elles agissent individuellement. La créativité de certaines objections de conscience, comme celle de Laurier (032EI), qui feint d'être du côté de la commissaire aux plaintes de l'institution où il exerce en lui confiant que des parents pensent à aviser les médias relativement à un problème éthique que l'on tardait à régler, alors que cette histoire était inventée de toutes pièces, en est un exemple patent. Une objection de conscience intelligemment déployée qui n'a entraîné aucune représaille et qui s'est révélée d'une grande efficacité, puisque le problème a été résolu en un temps record. Cet exemple démontre qu'il est possible d'agir individuellement sans trop s'exposer aux représailles même si ce n'est pas toujours le cas, comme nous le verrons ultérieurement. D'autres objections de conscience ont été répertoriées dans le cadre de cette étude, relativement au refus de se soumettre au TSO. Nos résultats indiquent que ces actions nécessitent une prise de position déployée publiquement, face à des supérieurs hiérarchiques, et demandent une grande force de caractère

¹⁷¹ Pour plus de détails relativement à ce phénomène, se référer au point 4.3.2. du quatrième chapitre de cette thèse.

et du courage de la part des infirmières soignantes. Toutefois, ces prises de position les amènent souvent à ne plus jamais être sollicitées pour effectuer du TSO.

Par ailleurs, nos résultats indiquent que plusieurs infirmières soignantes sont non seulement capables d'articuler un discours résistant, mais qu'elles ont également compris l'importance de perturber, que ce soit de façon individuelle ou collective, le fonctionnement des institutions hospitalières ou de la société, de façon à mettre en place un rapport de forces qui leur permettra de communiquer le poids des injustices vécues. Plusieurs actes de non-coopération, tant individuels que collectifs, et également des idées se rapportant à ce type spécifique d'actions politiques déployées, dans la plus pure tradition gandhienne, ont été répertoriés dans le cadre de ce projet de recherche. L'acte de non-coopération décrit par Philippe (045EI), qui a demandé à son employeur une preuve écrite de son refus de payer une formation qu'il considérait comme étant essentielle à son travail d'infirmier en soins critiques, lui a finalement permis d'avoir gain de cause après un premier refus de la part de l'employeur.

Des actes de désobéissance civile ont aussi été identifiés chez certaines participantes comme la seule façon de faire intervenir un réel rapport de forces pour faire entendre les revendications devant lesquelles les organisations managériales font la sourde oreille, une prise de position de la part d'infirmières soignantes que bien des auteurs et théoriciens de la discipline n'auraient jamais cru possible. Comme les participantes l'ont démontré de façon cohérente, il devient parfois légitime de résister, à travers des formes de désobéissance civile, lorsque des lois provoquent le mépris des personnes et des valeurs considérées comme fondamentales. Nombre d'idées, s'opposant notamment à la loi provinciale assurant le maintien des services essentiels et permettant de contraindre avec force les organisations – qu'il s'agisse des CH, des ordres professionnels ou des organisations syndicales – incitent à agir concrètement pour le bien de la collectivité infirmière, mais également pour celui des citoyens. Occupations, démissions en bloc, grèves sociales où « *tout le monde est dans la rue* » (Linda, 030EI) pour revendiquer de meilleures conditions d'exercice et le droit fondamental d'accès à des soins humains ont été mises de l'avant par des participantes, et ce, bien que de sérieuses répercussions puissent découler de ce type d'action collective au caractère plus radical, comme le décrit Linda (030EI), « *une action majeure qui va faire mal* ».

Ces quelques infirmières, qui prônent la désobéissance civile, étaient absolument conscientes et déterminées à agir de la sorte pour que des transformations urgentes à l'exercice infirmier en CH adviennent, des transformations qui, de leur point de vue, se doivent d'être tout aussi radicales.

Qui sont ces infirmières qui pouvaient envisager des réalités collectives nouvelles pour les infirmières en proposant des mesures combatives qui questionnaient le *statu quo*? Peu d'infirmières exprimaient ce discours sur la solidarité et le mouvement collectif direct. Ces participantes, articulées, créatives dans la façon de voir l'avenir collectif des infirmières, qu'elles croient essentiel à l'humanité, croient en l'intelligence citoyenne des infirmières, à leur place dans la *polis* – la cité – et ont un discours philosophique basé sur des concepts politiques et féministes, tels qu'élaborés par des auteurs comme Rancière (1998, 2005) ou Lamoureux (2013). Ces infirmières questionnent les valeurs véhiculées dans la société de consommation dans laquelle nous vivons.

Nos résultats indiquent qu'au sein des CH, la mise en place d'actes de résistance et, bien souvent, le simple fait de s'exprimer de façon critique, sont réprimés. Les infirmières participantes qui se sont montrées résistantes par leurs actions, et ce, de quelque façon que ce soit, se sont aussi systématiquement vu attirer « l'opprobre de la désobéissance, de l'instabilité, de l'incompétence [...] et de l'irresponsabilité », une technique de gouvernance qui, selon Deneault (2013), est communément mise à profit par le pouvoir managérial. D'ailleurs, nos résultats indiquent clairement que dès qu'une infirmière est identifiée comme résistante, en plus d'être taxée de fautrice de trouble, celle-ci voit ses compétences être directement mises en doute, souvent en faisant ressortir du placard de vieux squelettes qui n'ont pourtant jamais été soulevés dans le passé. Par ailleurs, la gravité de l'acte de résistance perpétré n'a pas besoin d'être importante pour que cette technique de gouvernance – disciplinaire – soit mise de l'avant : le simple fait de demander, une fois de trop, à être rémunéré pour des heures supplémentaires travaillées est, entre autres choses, susceptible de conduire à une réévaluation complète des compétences d'une infirmière soignante, pouvant entraîner chez elle, non seulement un stress indu, mais également de sérieuses répercussions

sur son avenir au sein de l'institution où elle exerce. On parle ici de situations telles des difficultés à accéder à des promotions...

Dès lors que le pouvoir hospitalier est contesté, il se défend « par les moyens qui lui sont propres, c'est-à-dire les moyens de contraintes » (Muller, 2014, p. 323). Ce constat renvoie directement à l'analyse foucauldienne en regard du pouvoir souverain qui existait au Moyen-Âge, qu'il fallait à tout prix éviter de contrarier, et nous apparaît s'inscrire dans le même continuum que l'assimilation systématique au désordre de toute action permettant la dénonciation des inégalités au sein de nos sociétés contemporaines. Ce phénomène, qui entrave sérieusement la transformation du *statu quo* hospitalier et où l'on n'hésite d'ailleurs pas à recourir à la violence verbale, souvent en public, permet de montrer à tous ce qu'il arrive aux infirmières qui osent défier le pouvoir de l'institution. Cela a pour effet d'accentuer leur servilité, d'éradiquer chez elles tout désir de dénonciation des inégalités vécues et met en péril la possibilité qu'elles ont de s'émanciper des formes de domination qui les oppriment et peut expliquer, en partie, le peu de stratégies d'actions destinées à contester l'ordre établi, lequel cause de l'injustice et nie toute forme de liberté de conscience. Cela peut également, en partie, expliquer le « silence des agneaux », tel que rapporté par l'anthropologue Roy (2012). Dans le cas d'actes de résistance infirmiers individuels, les représailles sont systématiques et expéditives, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les actes de résistance collectifs. Dans le cas où des actes de résistance infirmiers collectifs sont réprimés par les institutions, les mesures disciplinaires déployées pour punir les infirmières soignantes, de façon à ce qu'elles ne recommencent pas, sont parfois retirées après coup, ce qui n'arrive guère dans le cas d'actes individuels.

Comme nous l'avons souligné dans le cadre du quatrième chapitre de cette thèse, les résultats découlant de cette étude indiquent que les infirmières soignantes ont une très faible propension à faire appel à leur syndicat lorsqu'elles vivent un problème dans le cadre de leur travail. Nos résultats indiquent clairement qu'une situation désavantageuse doit habituellement se situer à la limite de l'acceptable – par exemple, un congédiement imminent – pour qu'une infirmière fasse appel à son syndicat. Il s'agit d'un phénomène qui, à notre avis, a pour effet d'occulter le caractère global des problèmes, des contraintes vécues par les infirmières, et qui

pourrait également miner la capacité des organisations syndicales à s'attaquer à certains rapports de domination les affectant. Lorsqu'elles ont fait référence à leurs collègues infirmières, les participantes, dont une majorité était représentantes syndicales, ont souligné que celles-ci ont peur d'être associées à leur syndicat. Nos résultats indiquent que ce serait principalement parce qu'elles en subissent les représailles, le plus souvent de la part d'autres infirmières, mais également de leurs supérieurs, qu'elles hésitent à agir de la sorte, à demander de l'aide à une organisation qui a pourtant pour mandat de les représenter, de les soutenir à travers les difficultés qu'elles rencontrent dans l'exercice de leurs fonctions. Le discours antisyndical qui court non seulement dans les CH, mais également dans les médias de masse et dans toute la société, nous apparaît également avoir une influence sur ce phénomène.

Nos résultats indiquent que plusieurs actions auxquelles les infirmières interviewées ont participé avaient été organisées par leur syndicat, mais il est également ressorti de ces résultats que ces organisations refusent parfois de soutenir les infirmières soignantes dans les actes de résistance qu'elles désirent mettre en place. Nos résultats montrent toutefois qu'après avoir hésité à soutenir certaines actions, les organisations syndicales font parfois volte-face et acceptent de se ranger derrière les infirmières, parce qu'elles ont tout simplement décidé d'agir sans leur aval. Des participantes comme Linda (044EI) ont également soumis à notre attention que « *le syndicat [leur] interdit de faire des actions concertées* », une situation qui, si elle s'avère véridique, nous apparaît déplorable.

Au vu du système de contraintes répertorié dans le cadre de cette étude et des technologies politiques déployées par les institutions hospitalières, il apparaît que les syndicats parviennent difficilement à se servir des ressources qu'ils ont à leur disposition – ou même de leur forte présence au Québec – comme levier pour améliorer concrètement les conditions d'exercice de la profession infirmière en CH. Les syndicats devraient, normalement, faire contrepoids à l'accroissement des inégalités en raison du rapport de forces qu'ils confèrent aux travailleurs face à leurs employeurs, mais aussi de leur désir de faire la chasse à l'arbitraire et aux inégalités de traitement. En ce sens, y aurait-il contre-performance des syndicats? Le recours à la sous-traitance et aux infirmières d'agences, toujours très présent dans les CH,

l'attitude patronale qui, d'après nos résultats, est de plus en plus hostile, nous amène à soulever cette question.

Démocratie hospitalière

En accord avec les principes de base de la gouvernance hospitalière que nous avons énoncés précédemment, les infirmières soignantes qui nous ont accordé une entrevue se sont dites exclues des processus décisionnels ayant cours au sein des CH, et ce, même si les décisions découlant de ces processus ont des effets directs sur la façon dont elles exercent leur profession dans ces milieux. Cette situation, qui s'apparente étrangement à celle vécue par le citoyen subalterne, systématiquement exclu des lieux associés à l'exercice du pouvoir, apparaît cohérente avec les grandes tendances que prennent nos sociétés oligarchiques contemporaines sous l'égide de la *gouvernance globale* et de la *mondialisation des marchés*. Dans l'ensemble, nos résultats indiquent que la *démocratie* hospitalière est de plus en plus confinée aux conseils d'administration des hôpitaux et à des instances auxquelles les infirmières soignantes n'ont généralement pas accès¹⁷². Aux dires de certaines infirmières participantes, ces instances seraient elles-mêmes soumises à une stricte hiérarchie de commandement dépendant elle-même des directives ministérielles qui aurait par ailleurs une influence considérable sur l'ensemble des orientations prises par les CH.

Par ailleurs, d'après nos résultats, les infirmières se démarquant par leur engagement sont, le plus souvent, confinées à des instances qui n'ont que des pouvoirs de recommandation, comme les Conseils des infirmières et infirmiers (CII) des hôpitaux. La participation aux instances dont l'accès est *ouvert* aux infirmières soignantes a par ailleurs été associée par certaines infirmières participantes à des stratégies mises en place, par le pouvoir hospitalier, visant à ce que les infirmières soignantes y déploient leur énergie sans jamais réussir à faire advenir quelque changement que ce soit ayant trait aux contraintes qu'elles vivent. Même les comités paritaires¹⁷³ au sein desquels les représentantes syndicales ont

¹⁷² Soulignons qu'un des infirmiers participants siégeait toutefois au conseil d'administration du CH où il exerçait.

¹⁷³ Au vu de nos résultats, les doléances des infirmières ne peuvent être exprimées et tolérées que lorsqu'elles – par l'entremise de leurs représentants – sont expressément invitées à le faire par leurs supérieurs, notamment lors de ces comités paritaires.

l'occasion de dialoguer avec l'employeur sont perçus comme étant peu efficaces pour provoquer l'amélioration des conditions dans lesquelles exercent les infirmières soignantes.

Bien que ces instances puissent *a priori* apparaître comme de belles occasions de faire valoir les intérêts des infirmières soignantes à l'employeur pour que des changements concrets puissent être apportés à l'organisation du travail, les perceptions d'infirmières interviewées ayant accès à ces comités à titre de représentantes syndicales ne vont aucunement en ce sens. Ces témoignages indiquent plutôt que, même au sein de ces instances, de nombreuses techniques seraient déployées par la partie patronale de façon à paralyser le dialogue avec la partie syndicale et à repousser le règlement de certains litiges, ce qui, à notre avis, a pour effet d'accentuer la séparation entre les *décideurs* et les *exécutants*, déjà très présente dans les CH. Parmi ces techniques, le fait de changer constamment les interlocuteurs avec lesquels la partie syndicale doit trouver un terrain d'entente serait mise à profit dans de nombreux CH, cela ayant parfois pour effet de repousser considérablement le règlement de certains griefs, les délais pouvant s'échelonner jusqu'à plus d'une année. Si, selon certaines infirmières participantes, c'est le roulement incessant des gestionnaires qui serait à la source de ces délais, il n'en demeure pas moins que cette situation avantage la partie patronale, même si le phénomène ne fait pas nécessairement office de stratégie planifiée.

Lorsqu'il est question d'agir pour provoquer des changements, Žižek (2008) précise qu'il est important de se questionner quant à la possibilité que les énergies déployées provoquent la reproduction du discours dominant, comme ce serait le cas lorsque des infirmières investissent temps et énergie dans des comités qui n'amènent que très peu de résultats, la *gouvernance hospitalière* préférant de loin voir les infirmières tourner en rond au sein de futiles instances que de constater que celles-ci s'organisent de façon concrète pour résister au pouvoir hospitalier. Dans ces situations, Žižek précisera qu'il est parfois préférable de ne rien faire plutôt que de tenter d'agir de la mauvaise façon pour transformer le *statu quo*. Ne pas coopérer au fonctionnement du dispositif hospitalier en refusant de participer à ces instances – qui, du point de vue d'un grand nombre d'infirmières participantes, ne permettent aucunement d'améliorer leur sort au sein des CH – deviendrait ainsi un acte de résistance.

Les résultats découlant de cette étude révèlent également qu'au sein des CH, les décisions sont généralement prises en conformité avec des instances décisionnelles, et ce, toujours dans le sens des intérêts de petits groupes influents. À de nombreuses reprises, dans leur discours, les infirmières participantes font référence à des infirmières soignantes, mais aussi à des infirmières de liaison qui, en s'appuyant sur des connaissances tacites, des connaissances marginalisées par la doctrine de *la gouvernance*, avaient mis en garde les établissements relativement à des décisions qui se sont révélées être de graves erreurs.

De plus, nos résultats indiquent que les idées des infirmières soignantes ne seront prises en considération que si elles parviennent à faire la démonstration qu'elles sont bel et bien les partenaires « de ceux qui jouent le jeu de la bonne gouvernance » (Deneault, 2013, p. 41). L'infirmière qui se voit félicitée par un gestionnaire après avoir proposé, par l'entremise d'un site internet institutionnel favorisant l'innovation, que ses collègues amènent leur propre papier de toilette sur les lieux de travail pour réaliser des économies, constitue un exemple déconcertant de cet état de fait.

À quoi bon?

Nombre d'infirmières participantes rencontrées dans le cadre de cette étude nous ont demandé si nous pensions vraiment qu'il était possible de « *changer les choses* » en ce qui a trait à l'exercice de la profession infirmière contemporaine au sein des différents CH québécois. Tout au long de la collecte des données, la situation décrite et décriée par celles-ci nous est effectivement apparue des plus désespérées, plusieurs participantes nous ayant d'ailleurs avoué ouvertement ne pas croire en la possibilité de faire advenir des changements favorables aux conditions d'exercice de la profession infirmière en CH. À l'instar de Žižek (2012a) qui, lors d'une conférence donnée à Toronto, soulignait être régulièrement confronté à des questions du même ordre se rapportant plus spécifiquement à des représentations pessimistes de l'état actuel du monde dans lequel nous vivons, nous avons répondu à ces infirmières participantes ne pas savoir s'il est possible de « *changer les choses* ». Et nous n'en avons toujours aucune certitude. Toutefois, même si plusieurs sont portées à croire que les

choses ne peuvent changer, paradoxalement, nous ne pouvons que constater le rythme effréné avec lequel, en ce moment, les choses changent radicalement, et ce, tant au sein des différents CH québécois qu'au sein de notre société capitaliste.

Effectivement, non seulement au sein de la dynamique capitaliste, mais également dans toutes les sphères de la vie, les choses changent déjà automatiquement à un rythme effréné. La nature même de ce qu'est un être humain est également en train de changer et, si nous laissons ces changements se déployer passivement – il en est de même pour le soin –, il est à prévoir que nous nous dirigerons vers une articulation de la société¹⁷⁴ qui se caractérisera par une forme nouvelle, permise et perverse d'autoritarisme (Žižek, 2012a). Ainsi, pour Žižek, avec lequel nous sommes en accord sur cette question, les choses changent déjà à un rythme effréné et cela doit nous donner la motivation d'agir concrètement pour que ces changements prennent pied dans le sens de ce que nous désirons, dans le sens de ce que les infirmières désirent. Si Žižek postule que nous vivons actuellement la fin du monde, tel que nous l'avons connu, nous croyons également que nous assistons en ce moment à la fin du CH, tel que nous l'avons connu, et à la fin de l'exercice de la profession infirmière, telle que nous l'avons connue. Des changements drastiques sont survenus, surviennent et continueront de survenir et il est à prévoir que ces changements surviendront d'une façon encore plus autoritaire, arbitraire et perverse, puisque tout semble maintenant permis à la gouvernance hospitalière pour imposer ses vues.

Il ne s'agit pas, pour les infirmières soignantes, d'accepter bêtement ces changements qui continueront de survenir rapidement, mais bien, pour elles, de réfléchir à ce qu'elles peuvent faire pour diriger/influencer ces changements dans un sens qui leur serait salutaire. Les infirmières pourraient aussi refuser catégoriquement ces changements – ou certains de ces changements –, tout comme elles pourraient proposer de nouvelles façons d'envisager l'exercice de la profession infirmière au sein des différents CH québécois. Et à celles et ceux

¹⁷⁴ En qualifiant cette nouvelle société de *new perverse permissively authoritarian society*, qui sera des plus autoritaires mais, d'une nouvelle façon, Žižek (2012) préfère ne pas faire référence à ce que certains qualifient de *nouveau fascisme*, parce qu'il considère que ceux qui utilisent ce terme l'utilisent parce qu'ils sont trop lâches pour penser ce qui est vraiment nouveau dans ces façons de faire. Le terme *management totalitaire*, utilisé par Deneault (2013), nous apparaît toutefois comme un concept clef pour décrire cette nouvelle articulation de nos sociétés.

qui croient qu'aucun changement n'est possible parce que de petits groupes empêchent toute transformation à l'ordre social, Žižek (2012a) répond sans équivoque qu'il est erroné de croire qu'il n'y a qu'une seule classe sociale dirigeant et manipulant tout ce qui se passe. En fait, selon Žižek (2012a), la réalité est beaucoup plus complexe.

En accord avec les écrits de Rancière (1995, 1987), nous refusons de nous positionner dans le rôle de l'expert ou dans la tendance sartrienne de l'intellectuel, en dictant aux infirmières comment elles doivent agir pour provoquer les transformations souhaitées à l'exercice de la profession infirmière en CH. Toutefois, nous croyons fermement, et ce, en accord avec Sharp (2012)¹⁷⁵, que le pouvoir exercé de façon hostile par la gouvernance hospitalière doit être contrecarré par une force infirmière collective égale ou supérieure, sans quoi les politiques qui lui sont associées continueront de leur être imposées. Pour diriger dans le sens qui leur est salutaire, les changements qui touchent à l'exercice infirmier, sans vouloir imposer notre point de vue, nous croyons en effet que rien ne sert aux infirmières de partir en croisade contre le capitalisme puisque, comme le rappelle Žižek (2012b), ce réflexe qui obsède la « vieille gauche » (p. 29) ne mène à rien, surtout dans la façon dont s'articule la réalité du capitalisme d'aujourd'hui, à savoir d'une façon globalisée où il devient, à toutes fins pratiques, impossible d'avoir une prise sur les transformations incessantes que cette idéologie impose à nos existences. À l'instar de Rancière (2005) et Žižek (2012a), nous croyons que c'est dans le renouvellement radical de la démocratie de nos sociétés et de nos institutions qu'à titre de citoyens, nous devons déployer nos énergies et nos actions concrètes, des actions qui feront mal au pouvoir en place et déstabiliseront les oligarques qui se sont approprié nos démocraties. C'est en ce sens que, sans dire aux infirmières ce qu'elles doivent faire, nous croyons toutefois qu'il est pertinent de tendre vers un renouvellement radical de la démocratie hospitalière¹⁷⁶ comme finalité centrale vers laquelle doivent s'articuler leurs actions collectives, mais également leurs actions individuelles, car il est toujours préférable d'agir sur plusieurs fronts. Peut-être qu'à partir de ces actions collectives, les infirmières soignantes

¹⁷⁵ Soulignons que ces écrits de Sharp (2012) ne font pas spécifiquement référence à la réalité infirmière.

¹⁷⁶ Parallèlement, nous croyons que des actions infirmières doivent également être dirigées dans le sens d'un renouvellement radical de la démocratie de nos sociétés parce qu'il apparaît improbable qu'un renouvellement aussi radical de la démocratie hospitalière s'effectue sans qu'une réflexion plus large, au niveau sociétal, ne soit elle aussi mise de l'avant en ce sens.

provoqueront l'établissement d'un nouveau rapport de force et qu'elles auront enfin l'occasion de débattre de l'orientation que doit prendre l'exercice infirmier.

5.3 - Recommandations pour la recherche

Comme nous l'avons souligné dans le cadre du troisième chapitre de cette thèse, une majorité de femmes composaient notre échantillon. Les hommes représentaient toutefois 28 % de celui-ci, ce qui est bien supérieur à la proportion des hommes exerçant la profession infirmière au Québec, qui n'est que de 11 % (OIIQ, 2014b). Cela nous amène à penser que les hommes exerçant la profession infirmière pourraient avoir une plus grande propension à l'engagement politique. Rappelons que les personnes sélectionnées pour composer notre échantillon l'étaient selon la teneur de leur engagement politique. De plus, au cours de cette étude, nous avons constaté que les hommes participants avaient une plus grande propension à déployer, de leur propre chef, des actes de résistance individuels comme des objections de conscience ou des actes de non-coopération les exposant directement à la sphère publique, des actes individuels empreints d'une certaine radicalité associée à une prise de position publique susceptible d'engendrer de fortes représailles, puisque ceux qui les mettent en place ne peuvent bénéficier du facteur de protection qui est inhérent aux actions collectives. Cela nous amène à croire que les infirmiers pourraient également avoir une plus grande tendance à prendre des risques individuels dans l'action directe. Nos résultats montrent que des femmes prennent parfois ces risques, mais dans une proportion moins grande, celles-ci étant plus disposées à agir radicalement en groupe, par exemple lors de *sit-in*.

Nous avons fait le choix de ne pas effectuer une analyse de genre à partir de nos résultats. Les actions directes étant hautement récusées au sein du dispositif hospitalier, nous avons jugé que nous ne bénéficions pas de suffisamment de données pour agir de la sorte, mais croyons qu'une recherche s'appuyant notamment sur des écrits féministes et qui aurait pour objet spécifique de démystifier le phénomène de l'engagement politique permettrait d'en savoir plus relativement au phénomène que nous avons identifié. Une étude permettant d'investiguer, d'un point de vue infirmier, l'égalité entre les femmes et les hommes, principe

d'égalité qui demeure une condition essentielle à la démocratie au sein de notre société contemporaine et, encore aujourd'hui, un défi de taille, serait à notre avis nécessaire pour mettre en lumière certains des rapports de domination sexiste qui ont cours dans les CH. Il serait également pertinent, à notre avis, d'étudier l'influence de ces rapports de domination sexiste dans le déploiement de nouvelles pratiques infirmières, comme celles des IPS. Après avoir mis en lumière le système de contraintes qui pèse sur les infirmières au sein des CH, il serait intéressant de prendre en compte les contraintes avec lesquelles celles-ci doivent conjuguer dans leur vie privée, notamment à titre de mère; nos résultats suggérant qu'une deuxième journée de travail attend bien souvent les infirmières soignantes lorsqu'elles rentrent à la maison.

En réalisant notre étude, nous avons fait le choix de nous intéresser à l'exercice de la profession infirmière en CH, notamment parce qu'on y retrouve la plus grande partie de l'effectif infirmier québécois, mais également parce que les écrits témoignaient des multiples contraintes auxquelles les infirmières avaient à faire face dans ces milieux. Néanmoins, sans pouvoir l'affirmer, nous sommes persuadés que le système de contraintes associé aux politiques de gouvernance qui, depuis le milieu des années 1990, a investi toutes les sphères du système de santé québécois, a des effets délétères dans bien d'autres milieux et qu'il est également pertinent de rendre compte de l'idéal normatif des infirmières qui exercent au sein de ceux-ci, mais également des façons qu'elles considèrent envisageables pour transformer l'exercice de leur profession. Dans le cadre de notre étude, des participantes qui avaient exercé, par le passé, dans des domaines comme la santé communautaire, ont fait allusion à des conditions tout à fait similaires à celles que l'on trouve dans les CH, par exemple, en ce qui a trait aux soins à domicile qui seraient, eux aussi, entrés dans le giron de l'optimisation. Les infirmières seraient ainsi dans l'obligation de réaliser un nombre très strict de visites à domicile dans une même journée, et ce, sans égard aux particularités des soins à effectuer ni même aux complications qui pourraient survenir. Une étude similaire à la nôtre, mais s'enracinant dans d'autres milieux comme les CLSC, les CHSLD, les hôpitaux psychiatriques et les milieux carcéraux nous paraît d'une grande pertinence, parce qu'à l'évidence, les

phénomènes que nous avons répertoriés ne sont vraisemblablement pas présents que dans les CH.

À travers cette étude, bien que nous ayons eu la chance d'interviewer des infirmières politiquement engagées qui agissaient à titre d'AIC, mais également certaines participantes envisageant devenir gestionnaires et qui, dans certains cas, poursuivaient déjà une formation en ce sens, notre échantillon n'incluait aucune infirmière-chef d'unités de soins ni gestionnaire de la haute hiérarchie hospitalière. Nos résultats indiquant que les gestionnaires des unités de soins se trouvent très souvent entre l'arbre et l'écorce – entre leurs supérieurs hiérarchiques et les infirmières soignantes, notamment –, n'ayant que peu de latitude et peu de ressources à leur portée pour s'attaquer aux contraintes qui pèsent sur les infirmières soignantes, il nous semble pertinent d'aller en quête de leur point de vue relativement à la problématique esquissée dans le cadre de ce projet de recherche. Nos résultats nous amènent également à penser qu'il serait important d'investiguer l'étendue de la manipulation et de la subjectivation dont les gestionnaires sont l'objet, notamment pour ce qui est des gestionnaires proximaux comme les infirmières chefs ou leurs assistantes, qui sont responsables de l'application de certaines technologies politiques dont il fut question dans le cadre de cette étude.

Des philosophes comme Žižek (2012) soulignent que les personnes en position d'autorité sont bien au fait des souffrances qu'ils infligent à leurs subordonnés. Žižek précise que celles-ci doivent se créer un *bouclier idéologique* pour ne pas être trop affectées par les actions immorales et inhumaines – par exemple, contraindre des infirmières au TSO – qu'elles déploient dans le cadre de leur fonction. Ce bouclier idéologique provoquerait ainsi la suspension de l'éthique. Il y aurait suspension de l'éthique au nom des idéologies dominantes, comme le capitalisme et l'idéologie néolibérale, et nous croyons qu'il en serait de même, par exemple, au nom de la doctrine de la *gouvernance*, et ce, au même titre qu'il y aurait suspension de l'éthique au nom de doctrines religieuses, comme l'avancait Kierkegaard (2000). Nous croyons fermement que les gestionnaires des CH et, notamment, les gestionnaires des unités de soins, ne sont pas insensibles aux aberrations qu'elles sont contraintes de faire endurer aux infirmières soignantes. Cette théorie mise de l'avant par Žižek (2012) nous apparaît présenter un grand potentiel analytique relativement aux phénomènes

répertoriés dans le cadre de cette étude, comme celui de l'*aveuglement volontaire* des gestionnaires qui refusent, selon de nombreuses participantes, d'admettre la surcharge de travail des infirmières soignantes, les difficultés qu'elles rencontrent à soigner, la diminution de la qualité des soins et, également, le processus latent d'usure à long terme de ces dernières. La mise en lumière de ce phénomène qui, sans être à la source de ce mal contemporain qui afflige les infirmières soignantes au sein des CH, nous apparaît toutefois concourir à sa perpétuation dans la plus grande immoralité, nécessite, à notre avis, un accès direct aux discours de ces gestionnaires dans le cadre d'une étude qualitative qui prendrait en compte leur point de vue.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la méthodologie empruntée pour mener à bien ce projet de recherche, nous considérons que la conjonction des entrevues individuelles et des entrevues de groupe nous a permis de collecter des données d'une grande richesse. Le fait d'avoir présenté, lors des entrevues de groupe, une synthèse des données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles, à des fins de validation auprès des participantes, nous a non seulement permis de favoriser la rigueur scientifique de cette étude au regard du critère de crédibilité, mais également de susciter des débats menant à une collecte de données encore plus riche. Il nous apparaît toutefois important de recommander aux chercheurs qui voudraient procéder de la sorte d'indiquer clairement aux participantes des groupes, lorsqu'ils interviennent en les confrontant à une synthèse de données recueillies préalablement, que ces données ne sont pas issues du point de vue subjectif du chercheur, mais bien de celui de participantes. Nous croyons, par ailleurs, qu'il est important de le répéter à chaque intervention du chercheur en ce sens, et ce, pour éviter toute ambiguïté.

Dans le cadre de cette étude, et en accord avec le positionnement épistémologique postmoderne dans lequel nous nous inscrivions, à savoir un positionnement qui embrasse la diversité des points de vue, nous avons fait appel à des participantes ayant différents niveaux d'engagement politique pour former notre échantillon. Cela nous a permis de mieux appréhender la réalité diversifiée de l'engagement politique infirmier, qui se décline d'une multitude de façons : certaines avaient une approche critique et engagée à l'échelle de la collectivité, d'autres étaient moins critiques ou agissaient majoritairement de façon

individuelle, quelques-unes avaient une expérience et une compréhension approfondies des mouvements sociaux et de la notion de solidarité, d'autres commençaient à se conscientiser aux difficultés vécues par les infirmières soignantes et étaient moins au fait des rapports de forces qui ont une influence sur l'exercice infirmier. Nous ne regrettons aucunement d'avoir fait ce choix, puisque celui-ci nous a permis de dresser un portrait général de l'engagement infirmier et que ce choix était non seulement en accord avec notre positionnement épistémologique, mais également cohérent avec nos questions de recherche. Toutefois, nos résultats nous amènent à penser qu'en procédant à une investigation plus approfondie du niveau de conscientisation des participantes potentielles en amont de la constitution de l'échantillon, il serait possible, dans le cadre d'une recherche future, d'obtenir une plus grande richesse de données relativement aux actions politiques transformatrices déployées par les infirmières soignantes. Ces actions étant hautement récusées au sein de dispositif hospitalier, au terme de notre étude, nous constatons que plus les participantes étaient conscientisées, plus leur propension à nous faire part d'actions qu'elles avaient déjà elles-mêmes déployées ou dont elles avaient été témoins était grande. Ainsi, nous recommanderions aux chercheurs qui voudraient concentrer leur énergie sur l'exploration des actions directes déployées par des infirmières soignantes, sans nécessairement chercher à s'enquérir d'une diversité de points de vue, incluant ceux d'infirmières moins engagées, de s'enquérir du niveau de conscientisation des participantes, de façon à sélectionner celles qui sont le plus conscientisées.

5.4 - Recommandations pour la formation

Les infirmières forment un groupe de professionnelles en général *conformiste*, qui obtempère aux consignes et à l'autorité. Les forme-t-on à la faiblesse, à la soumission, à être serviables, accueillantes, *caring* et au service des personnes malades? La bonté, la serviabilité et le fait d'être à l'écoute des personnes les plus vulnérables ont beau être, en soi, des vertus, toutefois comme le souligne Muller (1981), l'amour et la compassion ne suffisent pas pour que la justice puisse prévaloir. Par ailleurs, lorsque la formation initiale des infirmières dicte l'importance du souci de l'autre dans la relation humaine et que l'établissement de santé, lui,

fétichise en quelque sorte la productivité et la performance calculée, les infirmières ont, littéralement, l'impression d'avoir été formées pour exercer *une profession qui n'existe plus*.

En accord avec ce que les infirmières participantes nous ont confié, il nous apparaît important d'émettre certaines recommandations pour la formation infirmière. *A priori*, comme l'on souligné nombre de participantes, la profession infirmière n'est pas reconnue comme une profession politisée : « *je ne trouve pas qu'en général, la profession infirmière [est] très politisée, pour toutes sortes de raisons liées, probablement, au fait encore de vivre dans des sociétés néolibérales [...]. Mais, aussi, [c'est une profession] qui ne favorise pas la politisation de leurs gens* » (Louise, 044EI). Pourtant, l'émancipation des infirmières ne peut être possible sans l'exercice d'un esprit critique face aux nouvelles réalités infirmières, et ce, au sein même de leur formation initiale. Par *esprit critique*, nous entendons la prise de conscience des forces qui se dressent devant les grands vecteurs de l'émancipation, comme l'égalité, la liberté et l'autodétermination, une activité qui rend également visible les forces qui récusent cette dernière dans le contexte de l'exercice de la profession infirmière. Autrement dit, la formation des infirmières devrait être le lieu de la praxis des infirmières, le lieu d'une éducation conscientisante et libératrice qui encourage le questionnement et les invite à prendre position et à agir pour favoriser la transformation du *statu quo*. Il est important de ne pas faire fi de ce qui attend les étudiantes infirmières dans les milieux de soin. Elles doivent ainsi, tout au long du cursus d'enseignement, acquérir une culture générale, apprendre à se faire critiques et être sensibilisées au politique, à la solidarité entre infirmières, au vivre-ensemble et à l'identification des rapports de forces qui les désavantagent. Nous croyons donc que chacun des cours auquel elles assistent devrait comporter du contenu à teneur critique et politique, notamment à travers la prise en compte des grands enjeux d'actualité ayant un lien avec la matière enseignée.

Il est permis de se questionner, à la lumière des écrits contemporains sur lesquels nous nous sommes attardés dans le cadre de cette thèse, sur la place que doit occuper la formation initiale des infirmières, de façon à fournir des pistes de prise de conscience sur cette mutation

managériale qui a cours dans les CH et qui mine sérieusement les fondements du soin. Les professeurs et les étudiantes infirmières doivent pouvoir organiser une résistance efficace devant ces forces avilissantes. Il faut du courage pour émettre des doutes et simplement s'interroger dans l'ordre social contemporain, car celui qui s'y risque est souvent mal perçu. Remettre en question est essentiel à l'avancement de la profession infirmière, mais rend instable. Nous choisissons trop souvent la voie des certitudes qui rassurent. L'éducation collégiale et universitaire sert de moins en moins à consolider les liens politiques, et de plus en plus à préparer les individus pour leur future exploitation et, donc, à rendre possible le triomphe de ce qui se passe actuellement en CH.

Former les infirmières à travers des modèles théoriques *nursing* apolitiques, c'est un peu comme si on leur martelait « que le pouvoir [est] un mal » (Muller, 1981, p. 38), alors que c'est pourtant tout le contraire, « le pouvoir est un bien parce que, sans lui [, nous] ne pouvons rien changer, il n'arrive rien » (p. 38). La manière dont les infirmières sont éduquées actuellement participe à leur abnégation : elles sont invitées à *contrôler leur colère, leur indignation*. C'est pourtant dans le dissensus (Rancière, 1997, 2008) et dans le conflit (Breugh & Penafiel, 2015) que les frontières de la liberté s'élargissent et que l'émancipation devient possible.

Ce n'est qu'en laissant libre cours à l'expression des conflits sociaux qu'une extension de la liberté au sein de la cité est possible. [S]ans lui, et sans sa capacité de refuser la tyrannie [...], il n'y aurait rien pour contrer l'exercice de la domination (p. 21).

Pourquoi les infirmières devraient-elles vivre dans le silence sans élever la voix? Pourquoi n'est-il jamais question, dans les cursus d'enseignement infirmier, des grandes luttes qui ont permis aux infirmières de s'affranchir de conditions de travail inacceptables et dangereuses? Pourquoi entretenons-nous de la sorte le mythe de la désobéissance civile plutôt que de présenter cette action collective directe pour ce qu'elle est : une soupape aux excès de ceux qui imposent des politiques affligeantes? Pourquoi n'enseignons-nous pas aux infirmières que, dans le passé, des femmes comme elles ont pris la rue pour réclamer plus de justice et d'égalité et que cela a fonctionné? Pourquoi les théories féministes ne sont-elles pas présentes

dans nos cursus de formation? À quand une pédagogie critique pour la formation infirmière? Quand allons-nous réaliser que c'est d'une éducation libératrice dont les infirmières ont besoin? N'oublions pas que l'éducation est, en soi, éminemment politique (Shor, 1992) et qu'elle oriente nécessairement la façon dont les infirmières se comporteront dans les milieux de soins.

5.5 - Limites de la recherche

Le statut d'infirmier du chercheur, qui a par ailleurs exercé à titre d'infirmier soignant en CH durant de nombreuses années, pourrait constituer une limite à la nature des informations qui lui ont été transmises par les infirmières interviewées dans le cadre de cette étude. Les participantes ayant été informées du statut d'infirmier du chercheur pourraient avoir articulé leurs discours dans le sens de la désirabilité sociale, un biais consistant à se présenter favorablement aux yeux du chercheur. La perspective critique dans laquelle nous nous sommes inscrits, une perspective qui admet une base normative dans l'exploration de la réalité sociale, constitue également une limite à cette étude puisque cette posture oriente inéluctablement l'interprétation des résultats qui en découlent. Finalement, le choix des extraits de *verbatim* sur lesquels s'appuient la description et l'interprétation des résultats de cette étude pourrait, lui aussi, constituer une limite de la recherche. La sélection des extraits apparaissant significatifs pour le chercheur, même si elle est réalisée de la façon la plus objective possible, est nécessairement influencée par les connaissances qu'il possède, par ses lectures, par ses valeurs personnelles, par son expérience à titre d'infirmier soignant politiquement engagé au sein d'un CH, mais aussi par l'interprétation des données recueillies dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, cette limite est inhérente à toute étude, quelle qu'elle soit, puisqu'aucun chercheur ne peut faire abstraction de qui il est et de son histoire de vie.

Conclusion

Au terme de cette étude, relativement à notre première question de recherche investiguant les expériences vécues par les infirmières soignantes politiquement engagées et l'ordre social existant au sein des centres hospitaliers (CH), nos résultats révèlent une *déprofessionnalisation graduelle* de l'exercice infirmier à la faveur d'une *technicisation du soin* infirmier. Nous constatons un essoufflement généralisé des infirmières soignantes qui sont dépassées par une forte surcharge de travail. Nous assistons à une dérive autoritaire grandissante dans ces milieux, de sorte que les infirmières n'aient « aucune raison apparente » de perturber le *statu quo* hospitalier. Dans une profession où l'on valorise une éthique fondée sur la compassion, on est face à une éthique fondée sur l'efficacité, la performance et l'optimisation, s'articulant directement sur le registre sémantique de l'*économie de marché*. Nos résultats nous permettent de prendre la mesure du sentiment d'aliénation et d'oppression de la majorité des infirmières soignantes politiquement engagées participantes à l'étude. Le pouvoir disciplinaire hospitalier qui, par l'entremise d'une vaste gamme de technologies politiques comme la surveillance, le monitoring bureaucratique, la technicisation du soin, l'imposition de projets au sein des unités de soins, le plan thérapeutique infirmier (PTI), le temps supplémentaire obligatoire (TSO) et la bureaucratisation grandissante des activités de soins, concourt à la subjectivation des infirmières soignantes et notamment à leur dépolitisation. Les infirmières finissent par se soumettre à l'autorité, à intérioriser les prescriptions de cette autorité, qui apparaît légitime simplement parce que mécaniquement reconnue comme telle. Elles se disent systématiquement exclues des processus décisionnels et privées du droit de s'exprimer librement et de se faire critiques relativement à ce qui a été convenu par ceux qui occupent les hautes sphères du pouvoir hospitalier. Cela a pour effet de les détourner, non seulement de leurs revendications les plus élémentaires, mais également de leurs idéaux d'émancipation. Nos résultats indiquent également que toute forme de contestation autonome de la part des infirmières est systématiquement minée par le pouvoir hospitalier, ce qui perpétue les inégalités et reproduit des rapports de domination.

En ce qui a trait plus particulièrement à notre deuxième et troisième question de recherche, celles-ci touchant respectivement l'idéal normatif des infirmières participantes et les idées qu'elles ont et actions qu'elles mettent en place pour transformer l'exercice infirmier

au sein des CH, nos résultats indiquent qu'elles souhaitent déployer des actions qui visent l'*humanisation des soins* et l'*autodétermination professionnelle*. Toutefois, nombre des actions répertoriées dans le cadre de cette étude avaient pour finalité la protection et la *survie* des infirmières au sein du dispositif hospitalier. Mais comme le souligne Foucault (1976), là où il y a pouvoir, il y a également de la résistance. Un des résultats des plus intéressants de cette thèse réside justement dans le fait que certaines infirmières soignantes s'objectent en conscience, déploient des actions de non-coopération individuelles et collectives, font preuve d'actes de désobéissance civile ou souhaitent déployer ce type d'action dans le futur, de manière à établir un rapport de force pour que leurs revendications soient prises en compte. Il apparaît toutefois que les actions des infirmières sont parfois l'objet de stratégies de récupération par le pouvoir hospitalier. En plus d'être hautement récusées par le pouvoir en place, les actions directes des infirmières s'avèrent être des plus fragiles et leur potentiel émancipateur, plutôt provisoire. Cet état de fait force les infirmières à agir de manière créative afin de réinventer continuellement leurs stratégies de résistance face aux technologies politiques.

Au terme de notre recherche, une question difficile mais pressante se pose : de quoi sera fait l'avenir des infirmières soignantes qui exercent dans les hôpitaux? Malgré les conditions opprimantes dans lesquelles elles travaillent, ces infirmières doivent continuer de mettre en acte une volonté de transformer les rapports de domination qui régissent leurs vies au quotidien. Tout en refusant de nous positionner dans le rôle de l'expert en dictant aux infirmières comment elles doivent agir, nous croyons toutefois qu'elles doivent briser l'isolement, se (re)solidariser et (re)prendre la parole afin de se libérer des contraintes instituées. Nous croyons qu'elles doivent agir ensemble pour mettre un terme au déficit démocratique et aux excès de la gouvernance néolibérale qui caractérisent leurs milieux de soins. Nous estimons que le pouvoir exercé par la gouvernance hospitalière peut être contrecarré par une force infirmière collective égale ou supérieure à la violence institutionnelle déployée par les CH, tout en faisant le choix de la non-violence à titre de forme d'action politique stratégique.

Le cas échéant, il est clair que la gouvernance antidémocratique actuellement en vigueur dans les CH continuera d'imposer aux infirmières des souffrances qu'elles ne peuvent plus supporter. De plus, nous sommes d'avis qu'il faut impérativement que les ordres professionnels et les syndicats, dont le rôle a été critiqué par plusieurs infirmières soignantes dans le cadre de cette étude, interviennent de manière décisive afin de problématiser l'état actuel des choses en CH québécois et de participer au renouvellement de la démocratie hospitalière. Nous sommes persuadés que l'émancipation des infirmières passe par la décolonisation de leur imaginaire afin d'ouvrir la voie à une réappropriation des enjeux dont les autorités en place veulent les déposséder. Nous considérons, enfin, que la formation infirmière, en plus de répondre aux exigences du marché et de la grande entreprise, devrait pouvoir fournir les ressources intellectuelles nécessaires pour remettre en question le système dans lequel les futures infirmières seront engluées, une formation générale, humaniste et critique qui leur permettraient de mieux saisir la réalité politique complexe dans laquelle elles vivent, à en comprendre les enjeux et les défis qui se présenteront à elles et à prendre position dans les débats de société.

Références

- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris : Rivages poche.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R. Clarke, H. Giovannetti, P. Hunt, J. Rafferty, A. M. & Shamian, J. (2001). Nurses' report on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80(mars).
- Alderson, M. (2008). Structure du travail en matière de soins aux malades chroniques : conséquences possibles sur la santé mentale du personnel infirmier. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(3), 160-178.
- Allaire, Y. & Firsirotu, M. (2011). *A capitalism of owners : how financial markets destroy companies and societies and what to do about it*. Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques.
- Allen, D. (1987). Professionnalism, occupational segregation by gender and control of nursing. *Women and Politics*, 6(3), 1-24.
- Arendt, H. (1969). *On violence*. San Diego : Harcourt Brace Jovanovich.
- Arendt, H. (1995). *Qu'est-ce que la politique?* Paris : Éditions du Seuil.
- Artous, A. (2003). *Travail et émancipation sociale : Marx et le travail*. Paris : Syllepse.
- Assemblée nationale (1999). Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques. Document consulté le 20 septembre 2012 de <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=1999C39F.PDF>.
- Azéma, J.-P. (1985). Résister. *L'histoire*, 80, 8-24.
- Badiou, A. (2012). *Philosophy for militants*. New York : Verso.
- Balibar, É. (2010). *La philosophie de Marx*. Paris : Éditions La Découverte.
- Bataille, G. (1957). *L'érotisme*. Paris : Minuit.

- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D., Kerr, M., McGillis, L., Vézina, M., Butt, M. & Ryan, L. (2001). Commitment and care : The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa, Ontario, Document consulté le 20 septembre 2010 de http://www.chsrf.ca/nursing_research_fund/pdf/pscomcare_e.pdf.
- Beaud, S. & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- Bensimon, G. (1996). *Essai sur l'économie communiste*. Paris : L'Harmattan.
- Berten, A. & Foucault, M. (1988). Entretien avec Michel Foucault. *Les Cahiers du GRIF*, 37-38, Le genre de l'histoire, 8-20. Document consulté le 20 septembre 2012 de http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/grif_0770-6081_1988_num_37_1_1751.
- Bevis, E. O. (1993). A symphony of caring : shared visions and eloquent futures for nursing education and practice. Dans : Burke, M. & Sherman, S. (Éds), *Gerontological nursing : issues and opportunities for the twenty-first century*. (pp. 81-97). New York : National League for Nursing.
- Boelsen, B. (1975). Equal right – equal duties : who should be emancipated in nursing ? *Krankenpflege*, 29(5), 189-190.
- Bohman, J. (2005). *Critical Theory (Stanford Encyclopedia of Philosophy)*. Document consulté le 11 janvier 2010 de <http://plato.stanford.edu/entries/critical-theory/>.
- Boisvert, Y. (1997). *L'analyse postmoderniste : une nouvelle grille d'analyse socio-politique*. Montréal : Harmattan.
- Boisvert, Y. (2007). L'analyse postmoderniste au-delà de l'esthétisme discursif. Dans : Y. Boisvert (Éds), *Postmodernité et sciences humaines : une notion pour comprendre notre temps*. (pp. 177-190). Montréal : Éditions Liber.
- Boltanski, L. (2009). *De la critique : précis de sociologie de l'émancipation*. Paris : Gallimard.
- Boltanski, L. & Chiapello, È. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Boubault, G., Coulon, P., Prairat, E. et Veronese, A. (1985). *L'action non-violente : guide théorique et pratique*. Montargis : Non-violence actualité.

- Bougie, M. (2007). *La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G. & Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec*. Document inédit, Université Laval. Document consulté le 20 septembre 2010 de <http://www.cssvc.qc.ca/telechargement.php?id=34>.
- Bourbonnais, R., Comeau, M. & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses, *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 95-107.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M. & Côté, N. (2000). *Le travail infirmier sous tension : une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*. [Rapport de recherche/document pdf]. Document consulté le 8 mars 2010 de <http://www.cssvc.qc.ca/telechargement.php?id=60>.
- Bourdieu, P. (2002). *Si le monde social m'est supportable, c'est parce que je peux m'indigner*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube.
- Bourque, G., & Beauchemin, J. (1994) La société à valeur ajoutée ou la religion pragmatique. *Sociologie et sociétés*, 26(2), 33-56.
- Boyeau-Jenecourt, A. (2011). *La désobéissance politique*. Paris : L'Harmattan
- Braaten, J. (1991). *Habermas's critical theory of society*. Albany : State University of New York Press.
- Breaugh, M. (2012). Vers des pratiques émancipatrices. Document consulté le 16 février 2013 de <http://www.cjf.qc.ca/fr/rerelations/article.php?id=2874>.
- Breaugh, M. & Penafiel, R. (2015). Notre démocratie du petit nombre. *À Babord*, 57, 20-21.
- Brown C.E., Wickline M.A., Ecoff L. & Glaser D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371-381.
- Brugvin, T. (2009). La gouvernance non démocratique et illégale. Document consulté le 7 avril 2015 de <http://www.mondialisation.ca/la-gouvernance-non-d-mocratique-et-ill-gale/13555>.
- Buchanan, I. (2010). *Dictionary of critical theory*. New York : Oxford University Press.

- Butler J. (2005). *Humain, inhumain : le travail critique des normes*. Entretiens. Paris : Éditions Amsterdam.
- Caffrey, R. (1994). Nursing : caring or codependent? *Nursing Forum*, 29(1), 12-17.
- Carey, C. S. (2013). Resistance to change in the nursing profession : creative transdisciplinary solutions. *Creative Nursing*, 19(2), 70-76.
- Carspecken, P. F. (1996). *Critical ethnography in educational research : a theoretical and practical guide*. New York : Routledge.
- Cék-Gennart, M. & Vannotti, M. (2000). L'expérience intersubjective de la maladie chronique : ces maladies qui tiennent une famille en haleine. Document consulté le 2 avril 2015 de [http://www.iumsp.ch/Publications /pdf/rds52_fr.pdf](http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds52_fr.pdf).
- Chalari, A. (2012). The causal impact of resistance : mediating between resistance and internal conversation about resistance. *Journal of the theory of social behaviour*. 43(1), 66-86.
- Cheek, J. (2000). *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Chinn, P. L. (2003). Nurse manifest 2003 study. Document consulté le 28 avril 2010 de <http://nursemanifest.com/research/2003-study/>.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8^e éd.). St-Louis : Mosby.
- Choinière, M-H. (2009). *Subjectivation politique et communauté : réflexion autour de Jacques Rancière*. Mémoire de maîtrise inédit, Université d'Ottawa.
- Chomsky, N. (2011, avril). *Noam Chomsky on the State-corporate complex: a threat to freedom and survival*. [Vidéo d'une communication en ligne]. Document consulté le 7 avril 2015 de <https://www.youtube.com/watch?v=PTuawY8Qnz8#t=1190>.
- Cirocco, M. (2007). How Reflective Practice Improves Nurses' Critical Thinking Ability. *Gastroenterology Nursing*, 30(6), 405-413.
- Cleland, V. (1971). Sex discrimination : nursing's most pervasive problem. *American Journal of Nursing*, 71, 1542-1547.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.

- Conn, V.S., Isaramalai, S-A., Rath, S., Jantarakupt, P. Wadhawan, R. & Dash, Y. (2003). Beyond Medline for literature searches. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 177-182.
- Contandriopoulos, A. P.(1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1(1), 8-26.
- Contandriopoulos, A. P. (2009). Pas de santé sans politique. *Découverte*, mars-avril, 30-33.
- Copnell, B. & Bruni, N. (2006). Breaking the silence: nurses' understandings of change in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 301-309.
- Corbet, A. M., Francis, K. & Chapman, Y. (2006). Feminist-informed participatory action research : a methodology of choice for examining critical nursing issues. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 81-88.
- Côté, N. (2013). Rapport au travail, mobilité professionnelle et parcours de vie : le cas de jeunes infirmières et infirmières auxiliaires d'un centre de santé et de services sociaux. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Cowling, R., Chinn, P.L. & Hagedorn, S. (2000). The Nurse Manifesto. Document consulté le 28 avril 2010 de <http://www.nursemanifest.com>.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Darbyshire, C. & Fleming, V. E. M. (2008). Governmentality, student autonomy and nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 172-179.
- David, B. A. (2000). Nursing's gender politics : reformulating the footnotes. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 83-93.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). *L'anti-Oedipe : capitalisme et schizophrénie I*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- De Montigny, Y. (1982). La désobéissance civile en contexte canadien et contemporain, *Revue générale de droit*, 13, 401-439.
- De Munck, J. (2009). *Les bases d'une sociologie critique*. Louvain : Institute of Analysis of Change in History and Contemporary Societies.

- Deneault, A. (2011). *Faire l'économie de la haine : douze essais pour une pensée critique*. Montréal : Les Éditions Écosociété.
- Deneault, A. (2013). *Gouvernance : le management totalitaire*. Montréal : Lux Éditeur.
- Denzin, N. K. (1997). *Interpretive ethnography : Ethnographic practices for the 21st century*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Denzin N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). Methods of collecting and analyzing empirical materials. Dans : N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), *The SAGE handbook of qualitative research* (3^e éd.). (pp. 641-649). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Derriennic, J. -P. (1974). Notes bibliographiques : Sharp (Gene) - The politics of nonviolent action. *Revue française de science politique*, 24(3), 621-623.
- Dewitty, V. P., Osborne, J. W. Friesen, M. A. & Rosenkranz, A. (2009). Workforce conflict : what's the problem? *Nursing Management*, 40(5), 31-33, 37.
- Dumont, F. (1978). L'engagement politique doit répondre à la question du sens de la vie sociale. Dans R. Bélanger, R. Des Rosiers, G-M. Bernard & M. Despland, (Eds.). *L'engagement politique*. (pp. 19-26). Montréal : Les éditions Fides.
- Durand, G. (2004). Pour une éthique de la dissidence : liberté de conscience, objection de conscience et désobéissance civile. Montréal : Libier.
- Durand-Gasselin, J.-M. (2012). *L'École de Franckfort*. Paris : Gallimard
- Dussert, T. (2007). *Ressources critiques de l'analytique du pouvoir chez Foucault*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Emancipare. (s.d). Dans Myetymology, Universal Etymology Dictionary. Document consulté le 9 janvier 2012 de <http://www.myetymology.com/latin/emancipare.html>.
- Encyclopædia Britannica (2014). Patria potestas. Document consulté le 4 novembre 2014 de <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/446579/patria-potestas>.
- Engels, F. ([1878] 1950). Anti-Dühring : M. E. Dühring bouleverse la science (première partie). Document consulté le 20 novembre 2012 de http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels_friedrich/anti_duhring/anti-duhring_t1.pdf.
- Erlen J.A. & Frost B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, 13(3), 397-407.

- Falk-Rafael, A. & Betker, C. (2012). The primacy of relationships : a study of public health nursing practice from a critical caring perspective. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 315-332.
- Fay, B. (1987). *Critical social science : liberation and its limits*. Ithaca : Cornell University Press.
- Field, P. A. & Morse, J. M. (1994). *Nursing research : the application of qualitative approaches*. Londres : Crohm Helm.
- FIQ, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2009). Un nouveau levier syndical : le PTI. Récupéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2013-fascicule-tot-2-pti-fr.pdf>.
- FIQ, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2011). Des modèles de gestion à connaître : Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma. Récupéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/ot_1111_modeles-de-gestion-lean_fr.pdf.
- Foessel, M. (2013). Pouvoir. Dans : F. Worms (Éds), *Les 100 mots de la philosophie*. (pp. 85-86). Paris : Presses Universitaires de France.
- Fontana, A. (2002). Postmodern trends in interviewing. Dans J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research : context & method*. (pp. 161-180). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Saint-Laurent : Chenelière Éducation.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. St-Amand : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : la volonté de savoir*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: selected interviews and other writing 1972-1977*. New York : Pantheon Books.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. Dans : L. H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (Éds), *Technologies of the self : a seminar with Michel Foucault* (pp. 16-49). Amherst : The University of Massachusetts Press.

- Foucault, M. (1991). Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme. *Les Temps modernes*, 56 (535), 37-61.
- Foucault, M. (1992). «Le pouvoir comment s'exerce-t-il? » Dans : D. Colos (Éds), *La pensée politique*. (pp. 754-762). Paris : Larousse.
- Foucault, M. (2001a). *Dits et écrits I. 1954-1974*. Paris : Quatro Gallimard.
- Foucault, M. (2001b). *Dits et écrits II. 1976-1988*. Paris : Quatro Gallimard.
- Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France. 1978-1979*. Paris : Gallimard seuil.
- Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris : Seuil.
- Fournier, M. (2005). À propos de... Surveiller et punir. Naissance de la prison. *Sciences Humaines*, Hors-série, 3, 28-31.
- Freire, P. (1990). *Pedagogy of the oppressed*. New York : Continuum.
- Frey, J. H. & Fontana, A. (1993). The groups interview in social research. Dans : D. L. Morgan (Éds), *The group interview in social research*. (pp. 20-50). Newbury Park : Sage Publications.
- Gal, S. (1995). Language and the arts of resistance. *Cultural Anthropologist*, 10, 407-424.
- Gandhi, M. K. (1990). *Tous les hommes sont des frères*. Paris : Folio Essai.
- Garibay, F. & Séguier, M. (2009). Introduction. Dans : F. Garibay & M. Séguier (Éds), *Pratiques émancipatrices : actualités de Paulo Freire*. (pp. 9-11). Paris : Syllepse.
- Garon, M. (1999). Acts of resistance: nurses' personal narratives. Thèse de doctorat inédite, University of San Diego.
- Garon, M. (2006). The positive face of resistance : nurses relate their stories. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 249-258.
- Gastaldo D. & Meyer D.E. (1989). A formacao da enfermeira : enfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 42(1,2,3/4), 7-13.
- Gastaldo D. (1997). Is health education good for you ? Re-thinking health education trough the concept of bio-power. Dans : A. Petersen & R. Bunton (Éds), *Foucault Health and*

Medicine. (pp.113-133). Routledge, London.

Geibert, R. C. (2006). Using diffusion of innovation concepts to enhance implementation of an electronic health record to support evidence-based practice. *Nursing administration quarterly*, 30(3), 203-210.

Glasper, Alan (2012). Escaping the ivory tower : emancipation of the modern clinical academic. *British Journal of Nursing*, 21(8), 496-497.

Glazer, N. Y. (1991). “Between a rock and a hard place ” : women’s professional organizations in nursing and class, racial and ethnic inequalities. *Gender and Society*, 5, 351-372.

Goulet, M.C., Hébert, G. & Verbauwheide, C. (2014). Système de santé : bien commun ou marchandise? Quand la gouvernance entrepreneuriale remplace la gestion publique. *Nouveaux cahiers du socialisme*, 12, 116-127.

Gourgues, G. (2013). Sans part. Dans : I. Casillo, R.. Barbier, L. Blondiaux, F. Chateauraynaud, J-M. Fourniau, R. Lefebvre, C. Neveu & D. Salles (Éds). *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. (pp. 2268-5863). Paris, GIS Démocratie et Participation. Document consulté le 14 octobre 2013 de <http://www.dicopart.fr/fr/dico/sans-part>.

Grant, B. M. & Giddings, L. S. (2002). Making sense of methodologies : a paradigm framework for the novice researcher. *Contemporary Nurse*, 13, 10-28.

Gregg, R. B. (1981). *The power of nonviolence*. Canton : Greenleaf Books.

Grenier, J.-M. (2011). Ces années qui ont permis l’émancipation des soins infirmiers. *La revue de l’infirmière*, 174, 14-15.

Gros, F. (1996). *Michel Foucault*. Paris : Presses Universitaires de France.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln. (Éds), *The landscape of qualitative research*. (pp. 195-220). Thousand Oaks : Sage Publications.

Guba, E. & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans : N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), *The SAGE handbook of qualitative research* (3^e éd.). (pp. 191-215). Thousand Oaks : SAGE Publications.

Gurvitch, G. (1962). *Dialectique et sociologie*. Paris : Flammarion.

- Haber, S. (2013). *Penser le néo-capitalisme : vie, capital et aliénation*. Paris : Les prairies ordinaires.
- Hall, L. E. (1966). Another view of nursing care and quality. Dans : Straub, K. M. & Parker, K. S. (Éds), *Continuity in patient care : the role of nursing* (pp. 47-60). Washinton : Catholic University Press.
- Hamilton, B. & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off' : a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 84-92.
- Hardin, P. K. (2001). Theory and language : location agency between free will and discursive marionettes. *Nursing Inquiry*, 8, 11-18.
- Hawks, J. H. (1992). Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 609-618.
- Heide, W. S. (1973). Nursing and women's liberation. *American Journal of Nursing*, 73, 824-827.
- Heinrich, K. T., Rogers, A., Haley, R. & Taylor, A. (1997). Mid-Life women doctoral students rediscover voice in a community of scholarly caring. *Journal of Professional Nursing*. 13(6), 352-364.
- Heise, K. (2004). Science, technology, and postmodernism. Dans : S. Connor (Éds). *The cambridge Companion to Postmodernism*. (pp. 136-167). Cambridge : Cambridge University Press.
- Henderson, S. (1995). Consciousness raising in participatory research : method and methodology for emancipatory nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*. 17(3), 58-69.
- Henderson, A., Schoonbeek, S., & Auditore, A. (2013). Processes to engage and motivate staff. *Nursing Management*, 20(8), 18-24.
- Hessel, S. (2010). *Indignez-vous!* Montpellier : Indigène éditions.
- Hewlett, N. (2010). *Badiou, Balibar, Rancière : re-thinking emancipation*. New York : Continuum.
- Higgins, R., Hurst, K., & Wistow, G. (1999). *Psychiatric nursing revisited : the care provided*

for acute psychiatric patients. London : Whurr.

- Hindess, B. (1996). *Discourses of power: from Hobbes to Foucault.* Oxford : Blackwell Publishers.
- Hollander, J. A. & Einwohner, R. L. (2004). Conceptualising resistance. *Sociological Forum*, 19(4), 533-554.
- Holmes, C. A. (2002). Academics and practitioners : nurses as intellectuals. *Nursing Inquiry*, 9(2), 73-83.
- Holmes, D. & Gastaldo. D. (2002). Nursing as means of governmentality, *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power : governmentality and correctional forensic psychiatric nursing, *Nursing Inquiry* 9 (2), 84-92.
- Holmes, D. & O'Byrne, P. (2006). The art of public health nursing : using confession technè in the sexual health domain. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 430-437.
- Holmes, D., Roy, B. & Perron, A. (2008). The use of postcolonialism in the nursing domain : colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 42-51.
- Holmes, H. (2001). Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance.* Paris : Cerf.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique.* Paris : La découverte.
- Horkheimer, M. (1996). *Théorie traditionnelle et théorie critique.* Paris : Gallimard.
- Hutchison, M., Jackson, D., Vickers, M. & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing : toward a more critical organizational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118-126.
- Irwin, L.G. (2005). The potential contribution of emancipatory research methodologies to the field of child health. *Nursing Inquiry*, 13(2), 94-102.
- Jacobs, B. B., Fontana, J. S., Kehoe, M. H., Matarese, C. & Chinn, L. P. (2005). An emancipation study of contemporary nursing practice. *Nursing Outlook*, 53(1), 6-14.

- Jarrin, O. F. (2006). Results from the nurse manifest 2003 study. Nurses' perspectives on nursing. *Advances in nursing Science*, 29(2), E74-E85.
- Jervis, L. L. (2002). Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nursing Inquiry*, 9, 12-23.
- Jonas-Simpson, C., Mitchell, G. J., Cason, J., Whyte, C., Dupuis, S. & Gillies, J. (2011). Phenomenological shift for healthcare professionals after experiencing a research-based drama on living with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1944-1955.
- Joyal, A. (2000). *Le néolibéralisme à travers la pensée économique : apologie et critique*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Kagan, P. N. & Chinn, P. L. (2010). We're all here for the good of the patient : a dialogue on power. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 41-46.
- Kagan, P. N. (2009). Historical voices of resistance : crossing boundaries to praxis through documentary filmmaking for the public. *Advances in Nursing Sciences*. 32(1), 19-32.
- Kamberelis, G. & Dimitriadis, G. (2005). Focus groups. Dans : N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), *The SAGE handbook of qualitative research* (3^e éd.). (pp. 887-907). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Keller Hirsch, A. (2012). The promise of the unforgiven : violence, power and paradox in Arendt. *Philosophy and Social Criticism*, 39(1), 45-61.
- Kendall (1992). Fighting back: promoting emancipatory nursing actions. *Advances in Nursing Science*, 15(2), 1-15.
- Keucheyan, R. (2010). *Hémisphère gauche : une cartographie des nouvelles pensées critiques*. Montréal : Lux.
- Kierkegaard, S. (2000). *Crainte et tremblement*. Paris : Rivages poche.
- Kincheloe, K. D., & McLaren, P. (2003). Rethinking critical theory and qualitative research. Dans : N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *The landscape of qualitative research* (2^e éd.).(pp. 433-488). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- King, K. E. (1994). Method and methodology in feminist research : what is the difference ? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 19-22.
- Kirkley, D. & Stein, M. (2004). Nurse and clinical technology : sources of resistance and strategies for acceptance. *Nursing economic*, 22(4), 216-223.

- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes : a multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 253-263.
- Kishka, M. (2003). Le retour des infirmières auxiliaires. Document consulté le 17 février 2014 de http://www.csn.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=065126c1-9094-4b1e-874d-8815a1cb50e1&groupId=13943.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research : introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Kozlowski, M. (2011). Les contre-pouvoirs de Foucault. *Variation*, 1-115. Document consulté le 14 août 2013 de http://theoriecritique.free.fr/pdf/4emegeneration/V4G-Kozlowski-Contre-Pouvoirs_Foucault.pdf.
- Kramer, M., Maguire, P. & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in magnet hospital confirm productive, healthy unit work environments, *Journal of Nursing Management*, 19, 5-17.
- Krol, P. J. et Lavoie, M. (2014). Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy*, 15, 112-124.
- Krueger, R.A. (1998). *Developing Questions for Focus Groups*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Laberge, M. & Montmarquette, C. (2009). Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec. Montréal : Cirano. Document consulté le 13 août 2010 de www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf.
- Laberge, S. (1995). Sports et activités physiques : modes d'aliénation et pratiques émancipatoires. *Sociologie et sociétés*, 27(1), 53-74.
- Laborie, P. (2001). *Les français des années troubles : de la guerre d'Espagne à la libération*. Paris : Seuil.
- Lahire, B. (2005). L'esprit sociologique de Michel Foucault. Dans : E. Morin (Éds), *L'esprit sociologique*. (pp. 39-66). Paris : Éditions la découverte.
- Lamoureux, D. (2013). *Le trésor perdu de la politique : espace public et engagement citoyen*. Montréal : Les éditions Ecosociété.
- Lather, P. (1991). *Getting smart : feminist research and pedagogy with/in the postmodern*. New York : Routledge.

- Leclerc G. (2001). Histoire de la vérité et généalogie de l'autorité. *Cahiers internationaux de sociologie*, 111, 205-231.
- Lefevre Déotte, M. (2009). Foucault : le corps, le pouvoir, la prison. Document consulté le 14 août 2012 de <http://revues.mshparisnord.org/appareil/pdf/901.pdf>.
- Lefranc, C. (2005). Microphysique du pouvoir. *Sciences Humaines*, Hors-série, 3, 32-33.
- Lemelin, L., Bonin, J. P. & Duquette, A. (2009). Workplace violence reported by canadian nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 152-167.
- Leseman, F. & Tourville, Y. (2006). Pénurie appréhendée : mesure de combat. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 2(1), 14-17.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : SAGE Publications.
- Longo, J. & Smith, M. C. (2011). A prescription for disruptions in care : community building among nurses to address horizontal violence. *Advances in Nursing Science*, 34(4), 345-356.
- Luban, D. (1979). On Habermas on Arendt on power. *Philosophy & Social Criticism*, 6(80), 81-95.
- Lukes S. (1974). *Power : a radical view*. London : Macmillan.
- Lussier, D. (2014). Il faut affranchir les soins de santé du modèle biomédical. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/411226/il-faut-affranchir-les-soins-de-sante-du-modele-biomedical>.
- Lynch, R. A. (2011). Foucault's theory of power. Dans : D. Taylor (Éds), *Michel Foucault : Key concept*. (pp. 13-26). Durham : Acumen.
- Maben, J., Latter, S. & Clark, J. M. (2006). The theory-practice gap : impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477.
- MacDonnell, J. A. (2010). Gender, sexuality and the participatory dimensions of a comparative life history policy study. *Nursing Inquiry*. 18(4), 313-324.

- MacLeod, M. L. P. & Zimmer, L. V. (2005). Rethinking emancipation and empowerment in action research : lessons from small rural hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1), p. 68-84.
- Maillard, I. (2008). Résistance non-violente : l'Inde, un milliard de révoltés. Document consulté le 23 février 2012 de <http://www.auguste-piccard.ch/pages/TM-PDF/TM2008/TM2008Maillard.pdf>.
- Mancipium. (s.d.). Dans Myetymology, Universal Etymology Dictionary. Document consulté le 9 janvier 2012 de <http://www.myetymology.com/latin/mancipium.html>.
- Mantzoukas, S. & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical nursing*, 13(8), 925-933.
- Martin, P. (2010). Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foucauldienne. *Aporia*, 2(2) p.22-31.
- Martin, P. & Pham, P. P. (2013). Semaine de l'infirmière : au cœur de la reconnaissance (éditorial). *Aporia*, 5(3), p.3-5.
- Marx, K. ([1849] 1891). Travail salarié et capital. Document consulté le 17 juillet 2014 de http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx_karl/Travail_salarie/travail_salarie.pdf.
- Marx, K. ([1894] 1984). *Le capital : critique de l'économie politique. Le procès d'ensemble de la production capitaliste* (Livre 3). Moscou : Éditions du Progrès.
- Marx, K. (1968). Économie et philosophie. Dans : M. Rubel (Éds), *Karl Marx Philosophie*. (pp. 133-222). Paris : Éditions Gallimard.
- Marx, K. ([1844] 1994). Critique de l'économie politique : manuscrits de 1844. Dans : K. Papaioannou (Éds), *Karl Marx : Écrits de jeunesse*. (pp. 231-446). Paris : Quai Voltaire.
- Marx, K. & Engels, F. (1972). *L'idéologie allemande : classique du marxisme*. Paris, Éditions Sociales.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design : an interactive approach* (2^e éd.). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- McCabe, J. L. & Holmes, D. (2009). Reflexivity, critical qualitative research and emancipation : a Foucauldian perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1518-1526.

- McCall, E. (1996). Horizontal violence in nursing : the continuing silence. *The Lamp*, 53(3), 28-29, 31.
- McFalls, L., Liorzou, N., Perreault, J. & Mot, A. (2009). *Construire le politique : contingence, causalité et connaissance dans la science politique contemporaine*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Méda, D. (1995). *Le travail : une valeur en voie de disparition*. Paris : Flammarion.
- Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- Milani, C. (2009). Confrontation avec les concepts générateurs : les questionnements. Dans : F. Garibay & M. Séguier (Éds), *Pratiques émancipatrices : actualités de Paulo Freire*. (pp. 63-80). Paris : Syllepse.
- Miller, J. (1986). *Toward a New Psychology of Women* (2^e éd.). Boston : Beacon Press
- Miró-Bonet, M., Bover-Bover, A., Moreno-Mulet, C., Miró-Bonet, R. & Zaforteza-Lallemand, C. (2013). Genealogy as a critical toolbox : deconstructing the professional identity of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 768-776.
- Mkandawire-Valhmu, L. & Stevens, P. E. (2007). Applying a feminist approach to health and human rights research in Malawi : a study of violence in the lives of female domestic workers. *Advances in Nursing Science*, 30(4), 278-289.
- Morgan, D.L. (1998). *Planning Focus groups*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Morgan, M. (2003). *La colère des douces : la grève des infirmières de l'hôpital Sainte-Justine en 1963*. Montréal : Confédération des syndicats nationaux.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
- Morse, J. M. & Richards, L. (2002). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Muller, J.-M. (1981). *Stratégie de l'action non-violente*. Paris : Éditions du Seuil.
- Muller, J.-M. (2014). *Le dictionnaire de la non-violence*. Paris : Les éditions du Relié.
- Nadeau, C. (2013). *Liberté, égalité, solidarité : refonder la démocratie et la justice sociale*. Montréal : Les Éditions du Boréal.

- Nakano Glenn, E. (2009). De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé. Dans E. Dorlin (Éds), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. (pp. 21-70). Paris : Presses Universitaires de France.
- Natan, M. B. & Melitz, O. (2010). Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. *International Nursing Review*, 58, 68-73.
- Navet, G. (2002). Introduction. Dans : G. Navet (Éds), *L'émancipation*. (pp. 7-11). Paris : L'Harmattan.
- Neveu, É. (2011). *Sociologie des mouvements sociaux* (5e éd.). Paris : La Découverte.
- Nigro, R. (2002). Subordination réelle et pouvoir biopolitique. Autour de Marx et Foucault. *Actuelle Marx en ligne*, 13, 1-7. Document consulté le 13 août 2012 de <http://actuelmarx.u-paris10.fr/indexm.htm>.
- Nóbrega-Therrien, S.M. (2001). Domination and resistance in nursing work. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(3), 420-426.
- Nouss, A. & Laplantine, F. (2001). *Métissages*. Paris : Pauvert.
- O'Brien, A. P., Woods, M. & Palmer, C. (2001). The emancipation of nursing practice: applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *The Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 10(1), 3-9.
- O'Donnell, M. (1993). How to enable staff to empower patients. *Nursing Standard*, 8, 38-39.
- O'Neill, M. (2012). Printemps arabes, Indignados en Europe, Occupy à Wall Street et ailleurs, infirmières et infirmiers contre la hausse des frais de scolarité au Québec : un même mouvement? *Aporia*, 4(4), 12-17.
- OIIAQ, Ordre des Infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec (2014). L'ordre : historique. Document consulté le 17 février 2014 de <http://www.oiaq.org/fr/l-ordre/historique>.
- OIIQ, Ordre des Infirmières et des infirmiers du Québec (2014a). Le Québec compte 8,3 % de plus d'infirmières et d'infirmiers qu'il y a dix ans : La profession est de plus en plus attractive, mais qu'en est-il de la pénurie? Document consulté le 28 avril 2010 de <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol06no01/index.htm>.

- OIIQ, Ordre des Infirmières et des infirmiers du Québec (2014b). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2013-2014. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/292S-rapport-statistique-2013-2014.pdf>.
- OIIQ, Ordre des Infirmières et des infirmiers du Québec (2015). PTI – Plan thérapeutique infirmier : qu'est-ce que le PTI. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/encadrement-de-la-pratique/plan-therapeutique-infirmier>.
- Okuma, F. (1967). For the emancipation of nursing education. *Japanese journal of nurse's education*, 8(12), 94-96.
- Onnis, L. (1997). La maladie : un phénomène qui exige une optique de la complexité. Dans : Vannotti M., Célis-Gennart, M. (Éds), *Malades et familles : penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. (pp. 23-28). Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Oprea, D. A. (2008). Du féminisme (de la troisième vague) et du postmoderne. *Recherches féministes*, 21(2), 5-28.
- Orwell, G. (1972). *1984*. Paris : Folio.
- Owen-Mills, V. (1995). A synthesis of caring praxis and critical social theory in emancipatory curriculum. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1191-1195.
- Paillé, P. & Muchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Montréal : Armand Colin.
- Paley, J. (2002). Caring as a slave morality : Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing* 40(1), 25-35.
- Passy, F. (1998). *L'action altruiste : contraintes et opportunités de l'engagement dans les mouvements sociaux*. Genève : Droz.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Paugam, S. (2010). Lien social. Dans : S. Paugam (Éds), *Les 100 mots de la sociologie*. (pp. 78-80). Paris : Presses Universitaires de France.
- Perrineau, P. (1994). *L'Engagement politique : déclin ou mutation?* Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Perron, A., Fluet, C. & Holmes, D. (2005). Agent of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of advanced Nursing*, 50(5), 536-544.

- Peter, E., Lunardi, V. L. & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action : literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 403-416.
- Phaneuf, M. (2008). La loi 90 et le plan thérapeutique infirmier. Document consulté le 9 février 2015 de http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/10/La_loi_90_et_le_plan_therapeutique_infirmier.pdf.
- Piper, S. (2009). Patient empowerment : emancipatory or technological practice? *Patient Education and Counseling*, 78(2), 173-177.
- Poirier, N. (2000). Entretien avec Jacques Rancière. *Le philosophe*, 3(13), 29-42. Document consulté le 17 mars 2012 de <http://www.cairn.info/revue-le-philosophe-2000-3-page-29.htm>.
- Pourtois, J-P., Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55, 13-35.
- Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 227-237.
- Projet Bases/Université de Lausanne (2014). Le néo-marxisme. Document consulté le 15 janvier 2013 de Source : <http://www3.unil.ch/wpmu/bases/2013/08/751/>.
- Quelquejeu, B. (2001). La nature du pouvoir selon Hannah Arendt : du « pouvoi-sur » au « pouvoir-en-commun ». *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, 3(85), 511-527.
- Quirk, A. & Lelliott, P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? a review of the research evidence. *Social Science & Medicine*, 53, 1565-1574.
- Rancière, J. (1987). *Le maître ignorant : cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*. Paris : Fayard.
- Rancière, J. (1995). *La méésentente : Politique et philosophie*. Paris : Galilée.
- Ranciere, J. (1997). Le dissensus citoyen. *Carrefour*, 19(2), 23-24.
- Rancière, J. (1998). *Aux bords du politique*. Paris : Folio.
- Rancière, J. (2005). *La haine de la démocratie*. Paris : La Fabrique éditions.
- Rancière, J. (2008). *Le spectateur émancipé*. Paris : La Fabrique éditions.

- Rancière, J. (2009). Les démocraties contre la démocratie. Dans : A-L. Gauthier & V. Lefebvre-Faucher (Éds.), *Démocratie dans quel état?* (pp. 66-70). Montréal : écosociété.
- Ranson, J.S. (1997). *Foucault's Discipline : The Politics of Subjectivities*. Durham : Duke University Press.
- Revel, J. (2008). *Dictionnaire Foucault*. Paris : Ellipses.
- Richer, S. (2009). Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? *Le médecin de famille canadien*, 55(8), 784-785.
- Rioux, M. (1978). *Essai de sociologie critique*. Montréal : Cahiers du Québec, Hurtubise HMH.
- Robbins, L. (1947). *Essai sur la nature et la signification de la science économique* (2^e éd.). Paris : Éditions politiques économiques et sociales/Librairie de Médicis.
- Roberts, J. S. (1983). Oppressed group behavior : Implications for nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 5 (3), 21-30.
- Roberts, J. S. (2000). Development of a positive professional identity : liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Sciences*, 22(4), 71-82.
- Roberts, S. J., Demarco, R. & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace : a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17, 288-293.
- Rodwell, C. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
- Rose, J. & Glass, N. (2008a). The importance of emancipatory research to contemporary nursing practice. *Contemporary Nurse*, 29, 8-22.
- Rose, J. & Glass, N. (2008b). Enhancing emotional well-being through self-care: the experiences of community health nurses in Australia. *Holistic Nursing Practice*, 22(6), 336-347.
- Rose, J. & Glass, N. (2009a). An investigation of emotional wellbeing and its relationship to contemporary nursing practice. *Collegian*, 16, 185-192.

- Rose, J. & Glass, N. (2009b). An Australian investigation of emotional work, emotional well-being and professional practice : emancipation inquiry. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 185-192.
- Rouillot, N. (2012, 1^{er} février). La bureaucratie. [Billet de blogue]. Repéré à <http://www.le-politiste.com/2012/02/la-bureaucratie.html>.
- Rousseau, N. & Daigle, J. (2013). *Infirmières de colonie : soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Roy, B. (2009). *Louise Gareau, infirmière de combats : elle savait tout le sang et toutes les douleurs*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Roy, B. (2009). Le silence des agneaux. *Aporia*, 4(3), 5-11.
- Sagot-Duvauroux, J.-L. (2007). *Émancipation*. Document consulté le 17 mars 2010 de <http://www.espaces-marx.net/spip.php?article294>.
- Saint-Onge, J.-C. (2000). *L'imposture néolibérale : marché, liberté et justice sociale*. Montréal : Écosociété.
- Saint-Pierre, I. (2012). Foucault and the nexus between violence and power : the context of intra/inter professional Aggression. Dans : D. Holmes, T. Rudge & A. Perron (Éds), (*Re*) *Thinking violence in health care settings : a critical approach*. (pp. 127-142). Burlington : Ashgate.
- Sato, M. (1974). History of japanese women : emancipation of women and the life of Richo Hiratsuka. *Japanese Journal of the Nursing Class*, 18(2), 62-65.
- Scarry's (1999). Nursing elective : balancing caregiving in oppressive systems. *Journal of Nursing Education*, 38, 423-426.
- Schirger, M. J. (1978). Introspection : a prerequisite for emancipation. *Nursing Forum*, 17, 317-328.
- Scott, J. C. (2008). *La domination et les arts de la résistance : fragment du discours subalterne*. Paris : Éditions Amsterdam.
- Semelin, J. (1998). La force des faibles : analyse des travaux sur la résistance civile et l'action non violente. *Revue française de science politique*, 48(6), 773-782.
- Sharp, G. (1973). *The politics of non-violent action* (volumes I-III). Boston, MA : Porter Sargent.

- Sharp, G. (2012). *Sharp's dictionary of power and struggle : language of civil resistance in conflicts*. New York : Oxford University press.
- Shaun, M. (1999). A concept analysis of empowerment : its relation to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 600-607.
- Shermont, H. & Krepcio, D. (2006). The impact of culture change on nurse retention. *The Journal of Nursing Administration*, 36(9), 407-415.
- Shields M. & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the work and Health of Nurses*. Document consulté le 17 mars 2010 de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHSRep06_ENG.pdf.
- Shor, I. (1992). *Empowering education : critical teaching for social change*. Chicago : University of Chicago Press.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data : methods for analysing talk, text and interaction*. Londre : SAGE Publications.
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord : La santé malade de la gestion*. Document consulté le 17 mars 2010 de <http://www.fiqsante.qc.ca/salle-de-presse/?page=communiqués-de-presse§ion=détail&Id=564>.
- Stevens, B.J. (1980). Power and politics for the nurse executive. *Nursing and Health care*, 1(4), 208-210.
- Stevens P.E. (1989). A critical social reconceptualization of environment in nursing: implications for methodology. *Advances in Nursing Science*, 11, 56–68.
- Sumner, J. (2010). A critical lens on the instrumentation of caring in nursing theory. *Advances in Nursing Sciences*, 33(1), E17-E26.
- Taylor, C. (1992). Politics of recognition. Dans : A. Gutmann, (Éds.), *Multiculturalism and the politics of Recognition*. (pp. 25-73). Princeton : Princeton University Press.
- Tenenbaum, N. (2003). Désobéissance non-violente et nouvelles formes de militantisme dans le mouvement altermondialisation : enquête au sein du collectif « Vamos ». Document inédit issu du colloque « Les mobilisation altermondialistes ». Document consulté le 27 novembre 2013 de <http://www.afsp.msh-paris.fr/activite/groupe/germm/collgermm03txt/germm03tenenbaum.pdf>.
- Timmons, S. (2003). Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*, 10, 257–269.

- Tisdell, E. (1993). Feminism and adult learning : power pedagogy and praxis. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 57, 91-103.
- Torres, G. (1981). The nursing education administrator : accountable, vulnerable, and oppressed. *Advances in Nursing Science*, 3, 1-16.
- Udod, S. A. (2012). Process of seeking connectivity : social relations of power between staff nurses and nurse managers. *Nursing Leadership*, 25(4), 29-47.
- Upenieks, V. V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Valkaloulis, M. & Vincent, J.-M. (1997). *Marx après les marxismes : Marx à la question*. Paris : L'Harmattan.
- Vallée-Desbiens, S., Philibert, K. & Demers, K., (2013). Femmes au fron : les infirmières dans la lutte. Dans M.-E. Surprenant & M. Bigaouette (Éds), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois*. (pp. 141-151). Montréal : Les Éditions du Remue-Ménage.
- Vandroy-Fraigneau, M. A. (2003). Les résistances à l'autorité, *Hypothèses*, 1, 201-213.
- Vico, G. ([1725] 1993). *La science nouvelle*. Paris : Galimard.
- Walzer, M. (1982). *Obligation : essays on disobedience, war and citizenship*. Ney York : Simon and Schuster.
- Warne, B. D., Malus, E & Lundy, K. L. P. (1994). *Sociology : a window on the world* (3^e éd.). Scarborough : Nelson Canada.
- Watson, J. (1985). *Nursing : the philosophy and sciences of caring*. Niwot : University Press of Colorado.
- Watson, J. (2003). Love and caring : ethics of face and hand-an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27,197-202.
- Watts, M. & Ebbutt, D. (1986). More than the sum of the parts : Research methods in group interviewing. *British Educational Research*, 13, 25-34.
- Weber, M. (1995). *Économie et Société* (tome I). Paris : Pocket.

- Wilkinson, G. (1999). Theories of Power. Dans G. Wilkinson & M. Miers, (Éds), *Power and Nursing Practice*. (pp. 7-23). London : Macmillan.
- Williamson, O. E. (1981). The economics of organization : the transaction cost approach. *American Journal of Sociology*, 87(3), 548-577.
- Wittmann-Price, R. A. (2004). Emancipation in decision-making in women's health care. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 437-445.
- Zima, P. V. (2005). *L'École de Francfort : dialectique de la particularité*. Paris : L'Harmattan.
- Žižek, S. (2008, janvier). *Violence*. Communication présentée au London Review Bookshop, Londres, Royaume-Uni.
- Žižek, S. (2012a, septembre). *Until the end of the world*. Communication présentée à la nuit blanche symposium, Toronto.
- Žižek, S. (2012b). *Violence : six réflexions transversales*. Paris : Au Diable vauvert.

**Annexe 1 : Certificat d'éthique du CÉRSS de l'Université de
Montréal**

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

16 août 2011

Objet: Certificat d'éthique – « Pratiques émancipatrices d'infirmières québécoises politiquement engagées au regard des conditions d'exercice de la pratique infirmière. »

M. Patrick Martin,

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CÉRSS tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Marie-France Daniel, présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
Université de Montréal

/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Louise Bouchard, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Dave Holmes, professeur titulaire, Faculté des sciences de la santé
Marie-Claude Longpre (Scs Inf.)
p.j. Certificat #11-074-CERSS-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télécopieur : 514-343-2181
cerss@umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Pratiques émancipatrices d'infirmières québécoises politiquement engagées au regard des conditions d'exercice de la pratique infirmière.
Étudiant requérant	Patrick Martin (██████████) Candidat au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières.

Sous la direction de	Louise Bouchard, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Dave Holmes, professeur titulaire, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
----------------------	--

Financement	
Organisme	CRSH, FQRSC, FESP (UdeM) et Faculté des sciences infirmières (UdeM)
Programme	Bourses de doctorat.
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	CRSH: 752-2011-1661; FQRSC: 148226
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRSS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRSS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRSS.

██████████
Marie-France Daniel, présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences
de la santé (CÉRSS)
Université de Montréal

16 août 2011
Date de délivrance

1er juillet 2013
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsúm
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télécopieur : 514-343-2181
cerss@umontreal.ca

Annexe 2 : Approbation scientifique du projet

PROGRAMME CONJOINT DE DOCTORAT (SCIENCES INFIRMIERES)

**APPROBATION SCIENTIFIQUE DU PROJET DE RECHERCHE
DE THÈSE**

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

Nom de l'étudiant : Patrick Martin _____ Code permanent : 

Nom du directeur : Louise Bouchard _____ Codirecteur : Dave Holmes _____

**Titre du projet : PRATIQUES ÉMANCIPATRICES D'INFIRMIÈRES
QUÉBÉCOISES POLITIQUEMENT ENGAGÉES, AU REGARD DES CONDITIONS
D'EXERCICES DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE**

PROBLÉMATIQUE


La pratique infirmière contemporaine est décrite comme contribuant de façon significative à la santé et à la qualité de vie de personnes, et ce, à tous les stades de la vie. En raison de son savoir, qui met au premier plan une philosophie humaniste et holistique (Gunther & Alligood, 2002), l'infirmière soignante occupe une place sociale importante dans le système de santé, notamment en ce qui a trait à l'humanisation des soins. Or, la crise économique des années 1990, entraînant une refonte de l'organisation des services publics et une réduction des ressources disponibles dans le système de santé, a eu et aurait encore aujourd'hui des répercussions sur les conditions d'exercice de la pratique infirmière au Québec. La pénurie d'infirmières, fortement exacerbée par cette réduction des ressources, continue de faire rage au Québec et serait même appelée à augmenter puisque plus de 15 000 infirmières atteindront l'âge de la retraite d'ici 4 ans (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2010). Les infirmières qui exercent au sein des centres hospitaliers et qui représentent plus de 65 % de l'effectif infirmier du Québec (Leseman & Tourville, 2006), ont particulièrement été affectées par ces changements organisationnels. Des chercheurs ont investigué les contraintes et multiples torts physiques, psychologiques et sociaux subis par les infirmières consécutivement à la restructuration du système de santé. Des infirmières théoriciennes tentent de réfléchir et de remettre en question l'ordre social existant en utilisant entre autres des théories critiques issues de la philosophie sociale et politique. Des discours sur l'émancipation des infirmières sont de plus en plus produits par ces penseurs. Cependant, peu de chercheurs ont exploré les idées théoriques et les pratiques émancipatrices issues du discours d'infirmières soignantes engagées politiquement, ces infirmières qui se démarquent par leur « passage à l'acte » (Perrineau, 1994, p.13) à travers des activités politiques, des pratiques de participations sociales et civiques – des femmes habitées par un désir d'« agir-ensemble ... [qui s'est développé] ... dans une logique de revendication, de défense d'un



intérêt matériel ou d'une cause » (Neveu, 1996, p. 9). L'étudiant-chercheur s'intéresse à ces infirmières, à leur expérience vécue comme soignante dans un centre hospitalier québécois, à leur perception des contraintes liées aux conditions d'exercice de la pratique infirmière, à leur interprétation théorique et critique de ces conditions et à leurs pratiques émancipatrices, c'est-à-dire aux idées et actions individuelles et collectives qu'elles mettent de l'avant pour améliorer et transformer ces conditions d'exercice.

DEVIS DE RECHERCHE

Nous utiliserons un devis qualitatif de type inductif qui, en accord avec les écrits de Denzin et Lincoln (2005), s'inscrit de plein fouet dans la théorie critique. Plus particulièrement, ce devis s'inspire de la grille d'analyse socio-politique proposée par Boisvert (1997) – l'analyse postmoderniste. Cette approche permet en quelque sorte de dépasser le « ... statut strictement discursif, et potentiellement idéologique... » (Boisvert, 1997, p.63) du postmodernisme puisqu'elle propose un balisage théorique précis qui lui, offre la structure et la rigueur nécessaire à son application en recherche (Boisvert, 1997). L'analyse postmoderniste offre un regard utilitaire, c'est-à-dire qu'elle fait office d'instrument théorique permettant de mieux saisir le monde contemporain (Boisvert, 1997). Elle facilite la compréhension des phénomènes socio-politiques complexes notamment parce qu'elle permet de contrecarrer le « déphasage méthodologique » d'instruments d'analyse qui n'ont pas été conçus pour saisir un monde en plein bouleversement, en pleine mutation (Boisvert, 1997), comme le monde contemporain dans lequel les infirmières évoluent. À partir de la diversité et de la complexité des expériences recueillies, elle permet d'ailleurs la juxtaposition des réflexions théoriques (féminisme, poststructuralisme, postcolonialisme et autres) de façon à multiplier les interprétations possibles.

Nous comptons mettre à profit l'échantillonnage par réseaux, également connu sous le vocable « échantillonnage en boule de neige », et ce, à partir du moment où nous aurons recruté initialement des informants des listes d'infirmières que représentent la CSN. Des entrevues semi-structurées individuelles, un groupe de discussion (focus group), un questionnaire de données sociodémographiques, et un journal de terrain seront utilisés afin de mener à bien la collecte de données. L'analyse de discours sera la méthode d'analyse de données privilégiée dans le cadre de ce projet de recherche. Cette méthode d'analyse nous permettra de porter un regard critique sur les éléments qui constitue la structure des différents discours des infirmières soignantes politiquement engagées qui participeront à notre étude pour ainsi mettre en lumière le « dit » et le « non-dit » et de déterminer les effets potentiels ou observés de ces discours, le tout dans un contexte d'interaction sociale. Finalement, il est à noter que nous devons obtenir l'accord du comité de la recherche des sciences de la santé (CERSS) de l'Université de Montréal avant que notre projet de recherche puisse passer en mode terrain.

 Signature de l'étudiant(e)	02-06-2011 Date
---	--------------------

Ce projet de recherche est conforme aux règles d'éthique concernant l'utilisation des êtres humains en expérimentation.		
 Étudiant	02-06-2011 Date	 Directeur de recherche

SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

NOM : Louise Bouchard
Présidente du comité d'approbation

Signature : 

NOM : Dave Holmes
Membre du comité d'approbation

Signature : 

NOM : Bernard Roy
Membre du comité d'approbation

Signature : 

NOM : Michel Perreault
Membre du comité d'approbation

Signature : 

Date : 02-06-2011

**Annexe 3 : Formulaire d'informations et de consentement
(entrevues individuelles)**

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT (entrevues individuelles)

TITRE DE L'ÉTUDE : Pratiques émancipatrices d'infirmières québécoises politiquement engagées au regard des conditions d'exercice de la profession infirmière

LIEU OÙ S'EFFECTUE LA RECHERCHE : Université de Montréal (Montréal)

NOM DES ORGANISMES QUI SUBVENTIONNENT LE PROJET DE RECHERCHE :

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)
- Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC)
- Faculté des études supérieures et postdoctorale de l'Université de Montréal (FESP)
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI)

ÉTUDIANT-CERCHEUR DE 3^e CYCLE: Patrick Martin, inf. Ph. D. (c).

Institution/Département : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Adresse institutionnelle : 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1A8

Téléphone institutionnel : XXX-XXX-XXXX

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxx@umontreal.ca

DIRECTRICE DE RECHERCHE : Louise Bouchard, inf. Ph. D.

Institution/Département : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Adresse institutionnelle : 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1A8

Téléphone institutionnel : XXX-XXX-XXXX

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@umontreal.ca

CO-DIRECTEUR DE RECHERCHE : Dave Holmes, Ph. D.

Institution/Département : École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa

Adresse institutionnelle : 461 Smyth Road, Ottawa, Ontario, K1H 8M5

Téléphone institutionnel : XXX-XXX-XXXX

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxx@uottawa.ca

*Le féminin est employé sans préjudice et désigne les hommes aussi bien que les femmes dans le but d'alléger le texte.

I. INTRODUCTION

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes une infirmière engagée politiquement qui exerce au sein d'un centre hospitalier. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les risques et les inconvénients, les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprendrez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant-chercheur impliqué dans ce projet de recherche et à lui demander de vous expliquer ce qui n'est pas clair pour vous.

II. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Envergure de l'étude et justification du projet. La crise économique des années 1990, entraînant une refonte de l'organisation et une réduction des ressources disponibles dans le système de santé, a eu et aurait encore aujourd'hui des répercussions sur les conditions d'exercice de la profession infirmière au Québec. La pénurie d'infirmières, fortement aggravée par cette réduction des ressources, continue de faire rage au Québec et serait même appelée à augmenter puisque plus de 15 000 infirmières atteindront l'âge de la retraite d'ici 4 ans (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2010). Les infirmières qui exercent au sein des centres hospitaliers ont particulièrement été affectées par ces changements organisationnels. Des chercheurs ont investigué les contraintes et multiples torts subis par les infirmières consécutivement à la restructuration du système de santé. Des infirmières théoriciennes tentent de réfléchir et de remettre en question l'ordre social. Des discours sur l'émancipation des infirmières sont de plus en plus produits par ces penseurs. Cependant, peu de chercheurs ont exploré les idées et les pratiques issues du discours d'infirmières soignantes engagées politiquement, ces infirmières qui se démarquent par leurs activités politiques, sociales et civiques.

But de l'étude. L'étudiant-chercheur s'intéresse à ces infirmières engagées politiquement, à leur expérience comme soignante dans un centre hospitalier québécois, à leur perception des contraintes liées aux conditions d'exercice de la profession infirmière, à leurs idées ainsi qu'aux actions individuelles et collectives qu'elles mettent de l'avant pour améliorer et transformer ces conditions d'exercice.

Méthodologie retenue. Nous utiliserons un devis qualitatif à travers duquel vous serez invitées à participer à un groupe de discussion (focus group) avec 5 autres infirmières et Patrick Martin, l'étudiant-chercheur responsable de ce projet de recherche. Vous devrez aussi répondre à un questionnaire recueillant des données sociodémographiques. L'analyse des données qui seront recueillies sera basée sur une analyse de discours qui nous permettra de porter un regard critique sur les éléments qui constituent la structure des différents discours des infirmières soignantes politiquement engagées qui participeront à notre étude.

Recrutement. Vous avez été recruté à partir de listes de noms qui nous ont été transmises par l'organisation syndicale qui vous représente (FIQ ou CSN). Il est aussi possible qu'une personne ayant été sélectionnée à partir de ces listes pour participer à l'étude, nous ait suggéré votre nom. Si nous avons choisi de collaborer avec les syndicats plutôt qu'avec d'autres organismes, c'est parce qu'en plus de nous fournir des listes de participantes potentielles, ceux-ci nous ont offert la possibilité d'échanger avec des informateurs clefs ayant beaucoup de connaissances tacites de l'effectif infirmier, ce que d'autres organismes ne pouvaient nous offrir et qui a de beaucoup facilité le recrutement. À l'exception des procédures que nous avons entreprises afin d'obtenir les autorisations nécessaires à la réalisation de cette étude, nous n'entretenons aucun lien avec ces différentes organisations syndicales. Nous ne sommes pas à l'emploi de ces organisations et ne bénéficions d'aucunes subventions octroyées par ces organisations. Le syndicat qui vous représente ne sera pas informé de votre participation et/ou de votre refus de participer à l'étude. Il est aussi à noter que les réponses que vous fournirez aux questions qui vous seront posées dans le cadre de cette étude demeureront confidentielles et ne seront pas transmises aux organisations syndicales. Les résultats de l'étude leurs seront certes transmis à la fin de l'étude, et ce, au même titre qu'ils vous seront aussi transmis, mais en aucun cas ces résultats permettront de vous identifier.

III. NATURE DE LA PARTICIPATION ET DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera du 1er septembre 2011 au 1er janvier 2012. À votre arrivée dans les locaux de l'Université de Montréal, soit au pavillon Marguerite-d'Youville du 2375 chemin de la côte-Ste-Catherine, où sera réalisée l'étude, vous devrez remplir un questionnaire recueillant des données sociodémographiques (âge, sexe, années d'études complétées...). Par la suite, il est attendu que vous répondiez aux questions qui vous seront posées lors de l'entrevue et que vous vous exprimiez en toute liberté.

Comme vous avez été sélectionné pour participer à une entrevue individuelle, il est attendu que vous validiez par la suite la transcription de vos dires. Cette transcription sera réalisée à partir de l'enregistrement audio de l'entrevue et la remise de cette transcription aura lieu dans les 2 semaines suivant l'entrevue. Vous serez alors invitée à commenter et à modifier cette transcription écrite si vous considérez que cela est nécessaire. À la fin de l'entrevue, qui se déroulera en une seule séance de 60 à 90 minutes, nous vous demanderons de quelle façon vous préféreriez que nous vous transmettions cette transcription. Vous n'aurez pas à vous déplacer pour réaliser cette validation qui pourrait être complétée à domicile et qui occupera entre 60 et 90 minutes de votre temps personnel.

L'entrevue individuelle à laquelle vous participerez sera enregistrée sur bande audio.

L'échantillon totale (nombre de participantes) comprendra 41 infirmières dont 23 seront interviewées individuellement et 18 le seront en groupe.

Qualification du personnel de recherche. Monsieur Patrick Martin est l'étudiant-chercheur de

ce projet d'étude et vous accompagnera tout au long de votre participation à l'étude. Celui-ci a participé à plusieurs autres projets de recherche, et ce, tant à titre d'assistant de recherche qu'à titre de participants. Il est infirmier, candidat au doctorat en sciences infirmières et instigateur de ce projet de recherche. Le projet de recherche est dirigé par Louise Bouchard, infirmière, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et directrice de recherche, et il est codirigé par Dave Holmes, infirmier, professeur à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Toutes ces personnes seront à votre disposition par téléphone ou par courriel selon vos besoins. Il est aussi à noter que madame Bouchard et monsieur Holmes ont tous deux une grande expérience en recherche et offriront le soutien nécessaire à monsieur Martin tout au long de l'étude.

IV. CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- Être une infirmière soignante (ou un infirmier soignant) à titre d'infirmière technicienne ou clinicienne
- Exercer au sein d'un centre hospitalier depuis au moins six mois
- Avoir un intérêt pour participer au projet de recherche
- Se sentir confortable à s'exprimer sur le sujet à l'étude
- S'exprimer en français
- Être reconnue pour son engagement politique (ce critère aura été posé en présélection)

V. RISQUES ET INCONFORTS

Il est possible que l'entrevue individuelle à laquelle vous allez participer suscite chez vous un sentiment temporaire de vulnérabilité, d'incompétence, de déception ou d'embarras. Il est aussi possible que le processus dans lequel s'inscrit l'entrevue à laquelle vous allez participer puisse mettre à jour des souffrances personnelles, non nécessairement en lien avec cette étude. Dans une telle éventualité, vous pourrez bénéficier des services professionnels appropriés, et ce, dans les délais les plus brefs.

VI. INCONVÉNIENTS LIÉS À LA PARTICIPATION

Vous devrez vous déplacer sur les lieux de l'entrevue individuelle. Cette entrevue sera susceptible d'avoir lieu durant les heures normales de travail et pourrait vous amener à encourir des pertes potentielles de revenu. Votre participation à cette recherche est aussi susceptible d'entraîner des frais de déplacement, de stationnement, d'essence et de repas qui ne vous seront pas remboursés.

VII. AVANTAGES À PARTICIPER

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche ou que les réflexions issues de ce processus vous aident, par exemple, à cheminer dans votre parcours professionnel, mais on ne peut vous l'assurer. Le processus critique et

émancipateur sur lequel repose cette étude est susceptible de permettre l'émergence de nouvelles idées menant à l'action chez les infirmières qui y participeront ou de contribuer au développement de nouveaux savoirs qui pourraient être eux aussi émancipateurs, et ce, au même titre que le processus qui les aura vu naître. Ces effets pourront bénéficier à d'autres infirmières que celles qui auront participé à l'étude et possiblement mener ces dernières à agir pour changer la pratique infirmière dans différents centres hospitaliers.

VIII. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libres de refuser d'y participer sans que d'aucune façon, cela ne vous soit préjudiciable. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons. Vous avez simplement à aviser l'étudiant-chercheur responsable du projet ou l'un des membres de l'équipe.

L'étudiant-chercheur responsable du projet de recherche ou l'organisme subventionnaire peuvent aussi mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou si cela n'est plus dans votre intérêt. Par ailleurs, l'organisme subventionnaire ou le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal peuvent également mettre fin au projet, notamment pour des raisons de sécurité ou de faisabilité. En cas de retrait ou d'exclusion, les renseignements et les données qui auront été recueillis seront détruits dès le retrait. Les données écrites seront déchetées et la bande audio sera effacée.

Il est aussi à noter que chaque participante sera avisée de toute nouvelle information susceptible de provoquer la reconsidération de sa participation à l'étude.

IX. CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant et qui sont nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifiées que par un numéro de code auquel seul l'étudiant-chercheur aura accès. La clef du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée sous clef par ce dernier. En aucun cas, votre nom ou tout autres informations permettant de révéler votre identité ne sera inclus, et ce, tant dans le dossier de recherche que sur la bande audio.

Les noms qui seront transcrits à partir de la bande audio seront aussi remplacés par des noms fictifs de façon à ce que les personnes interviewées puissent conserver l'anonymat.

Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Vos informations personnelles ainsi que les résultats de recherche seront conservés dans un dossier de recherche. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant-chercheur responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par un des organismes subventionnaires et le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

X. COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxi) qui ne vous seront pas remboursées.

XI. RESPONSABILITÉS CIVILE ET PROFESSIONNELLE

En signant le présent formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, les organismes subventionnaires et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

XII. COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Vous pourrez communiquer avec l'étudiant-chercheur afin d'obtenir de l'information quant à l'avancement des travaux ou quant aux résultats du projet de recherche. L'état d'avancement des travaux vous sera communiqué par courriel ou par la poste à la fin du projet de recherche, soit à l'hiver 2013.

XIII. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude avec une des personnes suivantes:

- Patrick Martin, XXX-XXX-XXXX, entre 8:00 et 22 :00
- Louise Bouchard, XXX-XXX-XXXX, entre 9 :00 et 16 :00

- En cas d'urgence psychologique découlant ou exacerbée par votre participation à l'étude, communiquer avec Patrick Martin au XXX-XXX-XXXX, celui-ci vous réfèrera aux services professionnels appropriés.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations en contactant le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé par courriel à cerss@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participant, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

XIV. SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, toutes modifications apportées au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche devront être approuvées par le comité d'éthique.

XV. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées et j'autorise l'enregistrement sur bande audio. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant

Date :

Engagement et signature du chercheur :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard 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 :

**Annexe 4 : Formulaire d'informations et de consentement
(groupes)**

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT (groupes de discussion)

TITRE DE L'ÉTUDE : Pratiques émancipatrices d'infirmières québécoises politiquement engagées au regard des conditions d'exercice de la profession infirmière

LIEU OÙ S'EFFECTUE LA RECHERCHE : Université de Montréal (Montréal)

NOM DES ORGANISMES QUI SUBVENTIONNENT LE PROJET DE RECHERCHE :

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)
- Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC)
- Faculté des études supérieures et postdoctorale de l'Université de Montréal (FESP)
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI)

ÉTUDIANT-CHERCHEUR DE 3^e CYCLE: Patrick Martin, inf. Ph. D. (c).

Institution/Département : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Adresse institutionnelle : 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1A8

Téléphone institutionnel : XXX-XXX-XXXX

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxxxx@umontreal.ca

DIRECTRICE DE RECHERCHE : Louise Bouchard, inf. Ph. D.

Institution/Département : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Adresse institutionnelle : 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1A8

Téléphone institutionnel : 514-343-2327

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxxxx@umontreal.ca

CO-DIRECTEUR DE RECHERCHE : **Dave Holmes, Ph. D.**

Institution/Département : École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa

Adresse institutionnelle : 461 Smyth Road, Ottawa, Ontario, K1H 8M5

Téléphone institutionnel : 514-343-6437

Courriel institutionnel : xxxxxxxxxxxxxxxx@uottawa.ca

*Le féminin est employé sans préjudice et désigne les hommes aussi bien que les femmes dans le but d'alléger le texte.

III. INTRODUCTION

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes une infirmière engagée politiquement qui exerce au sein d'un centre hospitalier. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les risques et les inconvénients, les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprendrez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant-chercheur impliqué dans ce projet de recherche et à lui demander de vous expliquer ce qui n'est pas clair pour vous.

IV. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Envergure de l'étude et justification du projet. La crise économique des années 1990, entraînant une refonte de l'organisation et une réduction des ressources disponibles dans le système de santé, a eu et aurait encore aujourd'hui des répercussions sur les conditions d'exercice de la profession infirmière au Québec. La pénurie d'infirmières, fortement aggravée par cette réduction des ressources, continue de faire rage au Québec et serait même appelée à augmenter puisque plus de 15 000 infirmières atteindront l'âge de la retraite d'ici 4 ans (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2010). Les infirmières qui exercent au sein des centres hospitaliers ont particulièrement été affectées par ces changements organisationnels. Des chercheurs ont investigué les contraintes et multiples torts subis par les infirmières consécutivement à la restructuration du système de santé. Des infirmières théoriciennes tentent de réfléchir et de remettre en question l'ordre social. Des discours sur l'émancipation des infirmières sont de plus en plus produits par ces penseurs. Cependant, peu de chercheurs ont exploré les idées et les pratiques issues du discours d'infirmières soignantes engagées politiquement, ces infirmières qui se démarquent par leurs activités politiques, sociales et civiques.

But de l'étude. L'étudiant-chercheur s'intéresse à ces infirmières engagées politiquement, à leur expérience comme soignante dans un centre hospitalier québécois, à leur perception des contraintes liées aux conditions d'exercice de la profession infirmière, à leurs idées ainsi qu'aux actions individuelles et collectives qu'elles mettent de l'avant pour améliorer et transformer ces conditions d'exercice.

Méthodologie retenue. Nous utiliserons un devis qualitatif à travers duquel vous serez invitées à participer à un groupe de discussion (focus group) avec 5 autres infirmières et Patrick Martin, l'étudiant-chercheur responsable de ce projet de recherche. Vous devrez aussi répondre à un questionnaire recueillant des données sociodémographiques. L'analyse des données qui seront recueillies sera basée sur une analyse de discours qui nous permettra de porter un regard critique sur les éléments qui constituent la structure des différents discours des infirmières soignantes politiquement engagées qui participeront à notre étude.

Recrutement. Vous avez été recruté à partir de listes de noms qui nous ont été transmises par l'organisation syndicale qui vous représente (FIQ ou CSN). Il est aussi possible qu'une personne ayant été sélectionnée à partir de ces listes pour participer à l'étude, nous ait suggéré votre nom. Si nous avons choisi de collaborer avec les syndicats plutôt qu'avec d'autres organismes, c'est parce qu'en plus de nous fournir des listes de participantes potentielles, ceux-ci nous ont offert la possibilité d'échanger avec des informateurs clés ayant beaucoup de connaissances tacites de l'effectif infirmier, ce que d'autres organismes ne pouvaient nous offrir et qui a de beaucoup facilité le recrutement. À l'exception des procédures que nous avons entreprises afin d'obtenir les autorisations nécessaires à la réalisation de cette étude, nous n'entretenons aucun lien avec ces différentes organisations syndicales. Nous ne sommes pas à l'emploi de ces organisations et ne bénéficions d'aucunes subventions octroyées par ces organisations. Le syndicat qui vous représente ne sera pas informé de votre participation et/ou de votre refus de participer à l'étude. Il est aussi à noter que les réponses que vous fournirez aux questions qui vous seront posées dans le cadre de cette étude demeureront confidentielles et ne seront pas transmises aux organisations syndicales. Les résultats de l'étude leurs seront certes transmis à la fin de l'étude, et ce, au même titre qu'ils vous seront aussi transmis, mais en aucun cas ces résultats permettront de vous identifier.

V. NATURE DE LA PARTICIPATION ET DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera du 1^{er} septembre 2011 au 1^{er} janvier 2012. À votre arrivée dans les locaux de l'Université de Montréal, soit au pavillon Marguerite-d'Youville du 2375 chemin de la côte-Ste-Catherine, où sera réalisée l'étude, vous devrez remplir un questionnaire recueillant des données sociodémographiques (âge, sexe, années d'études complétées...). Par la suite, il est attendu que vous répondiez aux questions qui vous seront posées lors du groupe de discussion et que vous vous exprimiez en toute liberté.

Le groupe de discussion auquel vous participerez sera réalisé en une seule séance de 60 à 90 minutes. Dans le cadre de cette étude, trois groupes de discussion sont prévus, mais vous ne participerez qu'à un seul de ces trois groupes.

Durant le groupe de discussion, les conversations qui auront cours seront enregistrées sur bande audio.

L'échantillon (nombre de participantes) comprendra 41 infirmières dont 23 seront interviewées individuellement et 18 le seront en groupe.

Qualification du personnel de recherche. Monsieur Patrick Martin est l'étudiant-chercheur de ce projet d'étude et vous accompagnera tout au long de votre participation à l'étude. Celui-ci a participé à plusieurs autres projets de recherche, et ce, tant à titre d'assistant de recherche qu'à titre de participants. Il est infirmier, candidat au doctorat en sciences infirmières et instigateur de ce projet de recherche. Le projet de recherche est dirigé par Louise Bouchard, infirmière, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et directrice de recherche, et il est codirigé par Dave Holmes, infirmier, professeur à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Toutes ces personnes seront à votre disposition par

téléphone ou par courriel selon vos besoins. Il est aussi à noter que madame Bouchard et monsieur Holmes ont tous deux une grande expérience en recherche et offriront le soutien nécessaire à monsieur Martin tout au long de l'étude.

VI. CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- Être une infirmière soignante (ou un infirmier soignant) à titre d'infirmière technicienne ou clinicienne
- Exercer au sein d'un centre hospitalier depuis au moins six mois
- Avoir un intérêt pour participer au projet de recherche
- Se sentir confortable à s'exprimer sur le sujet à l'étude
- S'exprimer en français
- Être reconnue pour son engagement politique (ce critère aura été posé en présélection)

VII. RISQUES ET INCONFORTS

Il est possible que le groupe de discussion auquel vous allez participer suscite chez vous un sentiment temporaire de vulnérabilité, d'incompétence, de déception ou d'embarras. Il est aussi possible que le processus dans lequel s'inscrit le groupe de discussion auquel vous allez participer puisse mettre à jour des souffrances personnelles, non nécessairement en lien avec cette étude. Dans une telle éventualité, vous pourrez bénéficier des services professionnels appropriés, et ce, dans les délais les plus brefs.

VIII. INCONVÉNIENTS LIÉS À LA PARTICIPATION

Vous devrez vous déplacer sur les lieux où se tiendra le groupe de discussion. Cette activité sera susceptible d'avoir lieu durant les heures normales de travail et pourrait vous amener à encourir des pertes potentielles de revenu. Votre participation à cette recherche est aussi susceptible d'entraîner des frais de déplacement, de stationnement, d'essence et de repas qui ne vous seront pas remboursés.

IX. AVANTAGES À PARTICIPER

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche ou que les réflexions issues de ce processus vous aident, par exemple, à cheminer dans votre parcours professionnel, mais on ne peut vous l'assurer. Le processus critique et émancipateur sur lequel repose cette étude est susceptible de permettre l'émergence de nouvelles idées menant à l'action chez les infirmières qui y participeront ou de contribuer au développement de nouveaux savoirs qui pourraient être eux aussi émancipateurs, et ce, au même titre que le processus qui les aura vu naître. Ces effets pourront bénéficier à d'autres

infirmières que celles qui auront participé à l'étude et possiblement mener ces dernières à agir pour changer la pratique infirmière dans différents centres hospitaliers.

X. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libres de refuser d'y participer sans que d'aucune façon, cela ne vous soit préjudiciable. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons. Vous avez simplement à aviser l'étudiant-chercheur responsable du projet ou l'un des membres de l'équipe.

L'étudiant-chercheur responsable du projet de recherche ou l'organisme subventionnaire peuvent aussi mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou si cela n'est plus dans votre intérêt. Par ailleurs, l'organisme subventionnaire ou le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal peuvent également mettre fin au projet, notamment pour des raisons de sécurité ou de faisabilité. En cas de retrait ou d'exclusion, les renseignements et les données qui auront été recueillis seront détruits (déchetés) dès le retrait, mais la bande audio ne sera détruite qu'à la fin de l'étude, de façon à ce que nous puissions transcrire les données associées aux autres infirmières qui auront participé au groupe dont vous faisiez partie.

Il est aussi à noter que chaque participante sera avisée de toute nouvelle information susceptible de provoquer la reconsidération de sa participation à l'étude.

XI. CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant et qui sont nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Dans ce dossier de recherche, vous ne serez identifiées que par un numéro de code auquel seul l'étudiant-chercheur aura accès. La clef du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée sous clef par ce dernier. En aucun cas, votre nom ou tout autres informations permettant de révéler votre identité ne sera inclus, et ce, tant dans le dossier de recherche que sur la bande audio. À cet effet, vous serez aussi invité à choisir un nom fictif (pseudonyme) dès votre arrivée à l'Université de Montréal, et ce, de façon à faciliter la procédure du groupe de discussion, mais aussi pour éviter que l'on puisse vous identifier. La liste de correspondance sera conservée sous clef et seul l'étudiant-chercheur sera en possession de cette clef. Cette liste sera détruite à la fin de l'étude.

Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Vos informations personnelles ainsi que les résultats de recherche seront conservés dans un dossier de recherche. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant-chercheur responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par un des organismes subventionnaires et le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

XII. COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxi) qui ne vous seront pas remboursées.

XIII. RESPONSABILITÉS CIVILE ET PROFESSIONNELLE

En signant le présent formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, les organismes subventionnaires et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

XIV. COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Vous pourrez communiquer avec l'étudiant-chercheur afin d'obtenir de l'information quant à l'avancement des travaux ou quant aux résultats du projet de recherche. L'état d'avancement des travaux vous sera communiqué par courriel ou par la poste à la fin du projet de recherche, soit à l'hiver 2013.

XV. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude avec une des personnes suivantes:

- Patrick Martin, XXX-XXX-XXXX, entre 8:00 et 22 :00
- Louise Bouchard, XXX-XXX-XXXX, entre 9 :00 et 16 :00

- En cas d'urgence psychologique découlant ou exacerbée par votre participation à l'étude, communiquer avec Patrick Martin au XXX-XXX-XXXX, celui-ci vous référera aux services professionnels appropriés.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations en contactant le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé par courriel à cerss@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participant, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

XVI. SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, toutes modifications apportées au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche devront être approuvées par le comité d'éthique.

XVII. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées et j'autorise l'enregistrement sur bande audio. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant

Date :

Engagement et signature du chercheur :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard 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 :

Annexe 5 : Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Numéro de l'informant (code) : _____

Date : _____

Heure : _____

1. Âge : _____

2. Genre : _____

3. Quelle est votre langue maternelle? Français Anglais Espagnol

Autre : _____

4. Quel est votre état civil : Marié(e) Conjoint(e) de fait Séparé(e) / Divorcé(e)

Veuf (ve) Célibataire

5. Combien d'années d'études avez-vous complétées? _____

6. Quel type de diplôme possédez-vous :

Diplôme d'étude collégiale (DEC)

Baccalauréat en sciences infirmières

Maîtrise en sciences infirmières

Doctorat en sciences infirmières

Autres : _____

7. En quelle année aviez-vous terminé vos études ? _____

8. Dans quelle spécialité travaillez-vous ? _____

9. Quel est le titre de votre poste actuel ? _____

10. Quel est votre statut de poste ? Temps plein Temps partiel

11. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre milieu de travail (CH)? _____

12. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de l'unité où vous travaillez ? _____

**Annexe 6 : Caractéristiques sociodémographiques des
participants**

TABLEAU I
Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Informante	Pseudonyme	Âge	Diplôme	Nb d'années d'études	Statut de poste	Dans le même CH depuis combien d'années	Au sein de la même unité depuis combien d'années
027	Isabelle	27	Bacc	16 ½	Temps partiel	4	3
028	Jacques	26	Bacc	16 ½	Temps plein	5	8 mois
029	Cécile	43	DEC	14	Temps plein	22	2 ½
030	Linda	42	DEC	14	Temps partiel	20	18
031	Pierre	37	DEC	14	Temps plein	16	4
032	Laurier	55	DEC + Autres domaines	26	Temps partiel	25	14
033	Fatima	27	Bacc + MSc en cours	21	Temps partiel	5	4
034	Monique	36	DEC	14	Temps plein	10	10
035	Josée	34	Bacc	17	Temps partiel	10	10
036	Charles	24	DEC	14	Temps plein	4	4
037	Michel	30	DEC	16	Temps partiel	8	7
038	Dominic	32	DEC	14	Temps plein	10	2
039	Julie	29	Bacc	17 ½	Temps plein	1 ½	1 ½
040	Danielle	52	DEC	14	Temps plein	21	6
041	Yuan	47	Bacc	20	Temps plein	23	23
042	Suzanne	53	DEC	13	Temps plein	33	31
043	Sylvain	47	DEC	13	Temps plein	23	13
044	Louise	68	DEC	19	Temps partiel	7	1
045	Philippe	29	DEC + Bacc en cours	14	Temps plein	2 ½	2 ½
046	Leticia	44	DEC + Autres domaines	13	Temps plein	5	5
047	Didier	42	DEC	14	Temps partiel	21	11
048	Agnès	29	DEC	14	Temps plein	6	6

TABLEAU I (suite)
Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Informante	Pseudonyme	Âge	Diplôme	Nb d'années d'études	Statut de poste	Dans le même CH depuis combien d'années	Au sein de la même unité depuis combien d'années
049	Brigitte	23	Bacc + MSc en cours	17 ½	Temps partiel	4	2
050	Catherine	50	DEC	14	Temps plein	31	19
051	Doris	49	DEC + certificat	18	Temps plein	20	15
052	Édith	52	DEC	14	Temps plein	33	8
053	Fabienne	47	Bacc	17	Temps plein	27	24
054	Martha	43	DEC	16	Temps plein	10	3
055	Océane	31	Bacc	14	Temps plein	8	7
056	Laure	57	DEC + Certificats	16	Temps plein	36	14
057	Lisa	30	Bacc	17	Temps plein	6	3
058	Adèle	24	Bacc	15	Temps plein	5	1
059	Laurie	24	Bacc	16	Temps partiel	1	9 mois
060	Éric	24	Bacc	20	Temps plein	2	2
061	Roméo	27	Bacc	17	Temps plein	4	4
062	Judith	30	DEC	15	Temps plein	8	8
063	Serge	41	DEC + Certificat	14	Temps plein	11	7
064	John	41	Bacc + DESS	19	Temps plein	20	11
065	Alexandra	55	Bacc	19	Temps partiel	25	18

Annexe 7 : Guide d'entrevue semi-structurée individuelle

Guide d'entrevue individuelle

Questions relatives à l'expérience vécue et de l'ordre social existant

- Être une infirmière soignante dans un CH, qu'est ce que cela veut dire pour vous?
- Comment qualifieriez-vous vos conditions de travail actuelles (réalité quotidienne)?
- Comment sont les rapports entre professionnels dans votre milieu de travail?
- Quelle relation entretenez-vous avec vos pairs?
- Que pensez-vous des gestionnaires qui vous supervisent?
- Avez-vous l'impression que l'hôpital dans lequel vous exercez a à cœur votre bien-être, votre santé physique et mentale?
- Vous sentez-vous soutenues par votre employeur, est-il en mesure de répondre à vos besoins ?

Système de santé

- Que pensez-vous de la façon dont sont dispensés les soins actuellement dans les CH?
- Que pensez-vous du système de santé actuel?
- Qui a le plus d'influence actuellement relativement à l'organisation, aux décisions qui relèvent du système de santé?
- Qu'est-ce qui fonctionne dans ce système en ce moment?
- Qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans ce système en ce moment?
- Quels sont les éléments les plus satisfaisants au sein de votre pratique? Dans votre pratique de tous les jours, retirez-vous certaines satisfactions, lesquelles?
- Quels sont les plus grands irritants au sein de votre pratique?
- Dans votre pratique de tous les jours, vous sentez-vous utiles socialement, en quoi exactement?
- Dans votre pratique de tous les jours, percevez-vous certaines formes de reconnaissance, lesquelles?
- Avez-vous des idées sur les raisons qui expliqueraient la situation actuelle au regard des conditions d'exercice ?
- Existe-t-il des actions entreprises par votre CH pour améliorer vos conditions de travail?
- Considérez-vous que ces actions sont efficaces?

-Quelle idéologie du soin vous permet-elle de vous réaliser?

Société

-Que pensez-vous de la société en général?

-Croyez-vous que l'organisation sociale moderne a une influence sur vos conditions d'exercice, si oui en quoi?

Engagement politique

-Comment définiriez-vous l'engagement politique en général? Et votre engagement politique en particulier?

-Vous considérez-vous comme une militante ou une activiste dans votre milieu?

-Avez-vous des exemples d'actions politiques auxquelles vous auriez participées?

-Comment s'est amorcé votre engagement (vos influences)?

-Comment résumeriez-vous votre expérience en tant qu'infirmière soignante politiquement engagée?

-Quelle importance accordez-vous à l'engagement (dans le milieu de travail et à l'extérieur)?

-Quel sont les valeurs, les idées, les visions politiques qui sous-tendent votre engagement (pour qui, pourquoi)?

-Comment interagissez-vous avec d'autres infirmières politiquement engagées?

-Comment vos idées politiques sont-elles perçues par vos collègues infirmières en général?

-Considérez-vous être à même d'exercer un certain pouvoir pour développer des stratégies de transformation des conditions d'exercice?

Solidarité

-Que pensez-vous de la solidarité infirmière?

-Que pensez-vous de l'organisation syndicale qui vous représente?

-Que proposez-vous pour favoriser la solidarité des infirmières qui exercent en CH (ou dans votre CH)?

-Considérez-vous avoir l'occasion de partager entre infirmières (solidarité sociale) en ce qui a trait aux difficultés ou inquiétudes qui vous sont propres?

Questions relatives à ce qui serait souhaitable dans le futur quant aux conditions d'exercice

-Comment entrevoyez-vous l'avenir de la profession infirmière?

-Quelle est votre vision du soin et quelles sont les valeurs qui y sont rattachées?

-Comment croyez-vous que les soins devraient être dispensés dans l'avenir? Comment croyez-vous qu'il est possible d'assurer la pérennité des soins infirmiers telle que vous l'entendez?

-Quelles sont les conditions de travail qui pourraient permettre la réalisation de ce type de vision des soins?

-Quelles sont vos idées quant à ce que vous souhaiteriez changer comme conditions de travail?

-Pourquoi les changements que vous proposez ne sont pas encore survenus selon vous (si tel est le cas)?

Questions relatives aux pratiques émancipatrices susceptibles de favoriser la transformation des conditions d'exercice

-Que proposez-vous pour favoriser la transformation des conditions d'exercice ?

-Comment pensez-vous que vous pourriez vous y prendre pour provoquer les changements que vous souhaitez au sein de CH ou vous exercez ?

-Quelles sont d'après vous les actions prioritaires à mettre en place pour changer la pratique infirmière dans le centre hospitalier où vous exercez?

-Comment l'activisme infirmier devrait-il se déployer selon vous?

-Que proposeriez-vous de façon à favoriser une plus grande reconnaissance sociale des infirmières?

Annexe 8 : Guide d'entrevue pour les groupes de discussion

Guide pour les groupes de discussion

Question d'ouverture

-Dites-nous ce que vous aimez le plus de la pratique infirmière?

Questions d'introduction

-Qu'est ce qui vous vient en tête quand vous entendez les mots « conditions d'exercice en centre hospitalier »?

Questions de transition

(l'expérience vécue et de l'ordre social existant)

-Être une infirmière soignante dans un CH, qu'est ce que cela veut dire pour vous?

-Comment qualifieriez-vous vos conditions de travail actuelles (réalité quotidienne)?

-Comment sont les rapports entre professionnels et pairs dans votre milieu de travail?

-Que pensez-vous des gestionnaires qui vous supervisent?

-Vous sentez-vous soutenues par votre employeur, est-il en mesure de répondre à vos besoins?

-Que pensez-vous de la façon dont sont dispensés les soins actuellement dans les CH?

-Que pensez-vous du système de santé actuel?

Questions clefs

(Système de santé)

-Qui a le plus d'influence actuellement relativement à l'organisation, aux décisions qui relèvent du système de santé?

-Qu'est-ce qui fonctionne dans ce système en ce moment?

-Qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans ce système en ce moment?

-Dans votre pratique de tous les jours, vous sentez-vous utiles socialement, en quoi exactement?

-Dans votre pratique de tous les jours, percevez-vous certaines formes de reconnaissance, lesquelles?

-Avez-vous des idées sur les raisons qui expliqueraient la situation actuelle au regard des conditions d'exercice?

-Quelle idéologie du soin vous permet-elle de vous réaliser?

(Société)

- Que pensez-vous de la société en général?
- Croyez-vous que l'organisation sociale moderne a une influence sur vos conditions d'exercice, si oui en quoi?

(Engagement politique)

- Comment définiriez-vous l'engagement politique en général? Et votre engagement politique en particulier?
- Vous considérez-vous comme une militante ou une activiste dans votre milieu?
- Avez-vous des exemples d'actions politiques auxquelles vous auriez participé?
- Comment s'est amorcé votre engagement (vos influences)?
- Comment résumeriez-vous votre expérience en tant qu'infirmière soignante politiquement engagée?
- Quelle importance accordez-vous à l'engagement (dans le milieu de travail et à l'extérieur)?
- Quel sont les valeurs, les idées, les visions politiques qui sous-tendent votre engagement (pour qui, pourquoi)?
- Comment interagissez-vous avec d'autres infirmières politiquement engagées?
- Comment vos idées politiques sont-elles perçues par vos collègues infirmières en général?
- Considérez-vous être à même d'exercer un certain pouvoir pour développer des stratégies de transformations des conditions d'exercice?

(Solidarité)

- Que pensez-vous de la solidarité infirmière?
- Que pensez-vous de l'organisation syndicale qui vous représente?
- Que proposez-vous pour favoriser la solidarité des infirmières qui exercent en CH (ou dans votre CH)?
- Considérez-vous avoir l'occasion de partager entre infirmières (solidarité sociale) en ce qui a trait aux difficultés ou inquiétudes qui vous sont propres?

(Ce qui est souhaitable)

- Comment entrevoyez-vous l'avenir de la profession infirmière?
- Quelle est votre vision du soin et quelles sont les valeurs qui y sont rattachées?
- Comment croyez-vous que les soins devraient être dispensés dans l'avenir?

-Comment croyez-vous qu'il est possible d'assurer la pérennité des soins infirmiers telle que vous l'entendez?

-Quelles sont les conditions de travail qui pourraient permettre la réalisation de ce type de vision des soins?

-Quelles sont vos idées quant à ce que vous souhaiteriez changer comme conditions de travail?

-Pourquoi les changements que vous proposez ne sont pas encore survenus selon vous (si tel est le cas)?

(Pratiques émancipatrices)

-Que proposez-vous pour favoriser la transformation des conditions d'exercice?

-Comment pensez-vous que vous pourriez vous y prendre pour provoquer les changements que vous souhaitez au sein de CH ou vous exercez?

-Quelles sont d'après vous les actions prioritaires à mettre en place pour changer la pratique infirmière dans le centre hospitalier où vous exercez?

-Comment l'activisme infirmier devrait-il se déployer selon vous?

-Que proposeriez-vous de façon à favoriser une plus grande reconnaissance sociale des infirmières?

Questions de conclusion

-Vous disposez d'une minute avec le ministre de la Santé pour aborder le sujet des conditions d'exercice. Qu'allez-vous lui dire?

-De tous les besoins dont nous avons parlé, de tous les éléments qui doivent selon vous être changés en lien avec l'articulation de la pratique infirmière, lequel est le plus important pour vous?

-Si vous n'aviez qu'une seule phrase à écrire sur un bout de papier pour décrire votre position face aux sujets que nous venons d'aborder, quelle serait cette phrase?