



Reconnaissance et soins infirmiers : expérience vécue et actions politiques d'infirmières québécoises exerçant dans des secteurs de soins spécialisés

Mémoire

Mélie-Jade Lynch-Bérard

Maîtrise en sciences infirmières - avec mémoire
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

**Reconnaissance et soins infirmiers : expérience vécue et actions politiques
d'infirmières québécoises exerçant dans des secteurs de soins spécialisés**

Mémoire

Mélie-Jade Lynch-Bérard

Sous la direction de :

Patrick Martin, directeur de recherche

Résumé

Ces dernières années, au Québec, la profession infirmière n'a cessé de changer et de se redéfinir. Au rôle d'infirmière généraliste exerçant principalement au sein des centres hospitaliers (CH), divers rôles élargis associés à des secteurs des soins spécialisés ont été créés, comme celui de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS). Le déploiement de ces rôles est entre autres lié aux besoins accrus et complexes en soins/services d'une population vieillissante vivant avec des maladies chroniques et à l'explosion des coûts liés à ces demandes. Le rôle émergent de l'IPS est principalement exercé par des femmes. Cette caractéristique genrée n'est certainement pas étrangère aux multiples contraintes vécues par ces professionnelles dans des milieux où une gouvernance de type entrepreneuriale se fait de plus en plus sentir. Des chercheuses, théoriciennes et militantes se sont intéressées à ce phénomène et ont notamment dénoncé le fait que les activités de soins sont peu reconnues. Les répercussions du manque de reconnaissance sur les infirmières exerçant dans des secteurs de soins spécialisés ne sont pas étrangères à ce phénomène, mais elles demeurent toutefois en grande partie inconnues au regard de la littérature scientifique.

Le but de cette recherche qualitative descriptive vise à explorer les expériences de reconnaissance vécues au quotidien par les infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés, plus particulièrement les IPS, et la façon dont ces expériences se répercutent sur ces dernières et sur leurs conditions d'exercices. Les actions individuelles et collectives, actions à teneur politique, que ces infirmières mobilisent ou souhaiteraient mobiliser sont également investiguées dans le cadre de ce projet, et du projet de recherche plus large dans lequel il s'inscrit, et ce, de façon à favoriser la prise en compte de leurs revendications sociopolitiques visant l'obtention de la reconnaissance qu'elles sont en droit d'obtenir. Épistémologiquement, notre étude s'inscrit au sein de la théorie critique nous permettant d'utiliser des réflexions théoriques de type féministe et postmoderniste.

Au terme de cette étude, les résultats indiquent que ces infirmières reçoivent majoritairement de la reconnaissance des patients, et ce, plus particulièrement en fonction du temps qu'elles leur accordent. La méconnaissance de leur rôle, par la population et par les professionnels qu'elles côtoient, a un impact direct sur la reconnaissance qu'elles reçoivent au quotidien. Un contrôle indu de leur pratique professionnelle a pour effets de dégrader considérablement leurs conditions d'exercice.

Ces dernières sont conscientes de l'importance d'agir politiquement pour prendre plus de place dans la sphère sociale, mais subissent des contraintes, à plusieurs niveaux, au déploiement de leurs actions politiques.

Abstract

In recent years, in Quebec, the nursing profession has continued to change and redefine itself. As a general nurse practicing mainly in hospitals, various extended roles associated with specialized care sectors have been created, such as that of specialized nurse practitioner. The deployment of these roles is linked, among other things, to the increased and complex care/service needs of an aging population living with chronic diseases and to the exploding costs associated with these requests. The emerging role of nurse practitioner is predominantly played by women. This gendered characteristic is certainly not foreign to the multiple constraints experienced by these professionals in environments where entrepreneurial-type governance is increasingly felt. Researchers, theorists and activists have taken an interest in this phenomenon and have notably denounced the fact that care activities are little recognized. The repercussions of the lack of recognition on nurses practicing in specialized care sectors are not unrelated to this phenomenon, but they remain largely unknown in the eyes of the scientific literature.

The aim of this descriptive qualitative research is to explore the recognition practices experienced on a daily basis by Quebec nurses working in different sectors of specialized care, more particularly nurse practitioner, and the way in which these experiences have repercussions on the latter and on their conditions of care. The individual and collective actions, actions of a political nature, that these nurses mobilize or would like to mobilize are also investigated within the framework of this project, and of the larger research project in which it is part, and this, in order to promote taking into account their socio-political demands aimed at obtaining the recognition they are entitled to obtain. Epistemologically, our study falls within the critical theory allowing us to use theoretical reflections of feminist and postmodernist type.

At the end of this study, the results indicate that these nurses mainly receive recognition from patients, and this, more particularly according to the time they give them. Lack of awareness of their role, by the population and by the professionals with whom they work, has a direct impact on the recognition they receive on a daily basis. Undue control of their professional practice has the effect of considerably degrading their working conditions. The latter are aware of the importance of acting politically to take more place in the social sphere, but are constrained, at several levels, to the deployment of their political actions.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements.....	xi
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique de recherche	3
1.1 But de la recherche	14
1.2 Questions de recherche	15
Chapitre 2 : Recension des écrits	16
2.1 Le capitalisme et le patriarcat.....	16
2.2 La domination médicale.....	19
2.3 La reconnaissance	21
2.4 La reconnaissance du travail de <i>care</i>	23
2.5 La vocation	24
2.6 La reconnaissance idéologique	26
2.7 Les infirmières et le politique	27
2.8 L'action politique.....	29
Chapitre 3 : Considérations méthodologiques	32
3.1 Positionnement épistémologique.....	32
3.2 Devis de recherche.....	33
3.3 Milieu de l'étude.....	33
3.4 Stratégie de recrutement et d'échantillonnage	33
3.4.1 L'échantillonnage	33
3.4.2 Critères de sélection	35
3.5 Techniques de collecte de données	36
3.5.1 Le questionnaire de données sociodémographiques.....	36
3.5.2 Le journal de bord	36
3.5.3 Les entrevues semi-structurées individuelles.....	37
3.6 La méthode d'analyse des données.....	38

3.7 Critères de rigueur scientifique.....	39
3.7.1 Crédibilité	40
3.7.2 Transférabilité	40
3.7.3 Fiabilité.....	40
3.7.4 Confirmabilité	41
3.8 Considérations éthiques	41
Chapitre 4 : Présentation des résultats.....	42
4.1 - Axe I : Reconnaissance.....	43
4.1.1 – Compréhension du rôle.....	43
4.1.2 – De la part des patients	45
4.1.3 – Sociale	46
4.1.4 – Salariale	54
4.2 - Axe II : Actions politiques	56
4.2.1 – Des stratégies infirmières mobilisatrices	57
4.2.2 – Les infirmières s’expliquent le manque de mobilisation	60
Chapitre 5 : Discussion.....	64
5.1 Le <i>statu quo</i> pour les IPS	65
5.2 Les contraintes à l’action politique des IPS	70
5.3 Limites de l’étude.....	75
5.4 Recommandations pour la recherche.....	76
5.5 Recommandations pour la formation.....	77
Conclusion	79
Bibliographie	81
Annexe A – Formulaire d’informations à l’attention des infirmières	93
Annexe B – Formulaire de consentement.....	95
Annexe C – Questionnaire sociodémographique.....	99
Annexe D – Caractéristiques sociodémographiques des participantes	100
Annexe E – Guide d’entrevue	101

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Liste des abréviations

CH : Centre hospitalier

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CMQ : Collège des médecins du Québec

FIQ : Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FSI : Facultés des sciences infirmières

ICS : Infirmière clinicienne spécialisée

ICS-PCI : Infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

IPO : Infirmière pivot en oncologie

IPS : Infirmières praticiennes spécialisées

IPS-NN : Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie

IPS-PL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

IPS-SA : Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes

IPS-SM : Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale

IPS-SP : Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

*À toutes les infirmières québécoises pour qui
j'ai énormément d'admiration, sachez qu'au
quotidien, votre présence auprès des patients
est essentielle à la vie.*

*À ma famille, mon conjoint et mes amis(es),
merci de m' avoir permis de mener à terme ce
projet d'envergure qui marquera à jamais ma
vie.*

Remerciements

L'achèvement de ce mémoire n'aura pas été de tout repos. J'ai été submergée sous une montagne de péripéties inattendues ces trois dernières années, autant au niveau professionnel que personnel. Néanmoins, je suis extrêmement fière du parcours mené pour y arriver. Je tiens donc à remercier certaines personnes qui ont eu un impact majeur tout au long de mon parcours à la maîtrise.

Mon directeur de recherche : professeur Patrick Martin. Merci infiniment d'avoir accepté le rôle de mentor lorsque j'ai cogné à ta porte étant encore étudiante au baccalauréat. Dès les balbutiements de ce mémoire, tu as su croire en mes convictions ainsi qu'à mon potentiel comme étudiante. Travailler à tes côtés, durant ces trois dernières années, m'ont permis d'évoluer autant académiquement que personnellement. Grâce à tes conseils et ta bienveillance, ce projet a pu être mené à terme et a permis d'avoir un impact considérable sur la recherche en sciences infirmières au Québec. Je me sens extrêmement privilégiée d'avoir pu partager ces moments avec toi. Tu as éveillé une facette militante en moi et je te fais la promesse que je continuerai à militer en faveur des conditions de travail des infirmières. Merci pour ton support, tes encouragements et tes innombrables heures à me diriger. Il n'y a pas de mot assez fort pour décrire la reconnaissance que j'ai à ton égard.

Je tiens à remercier chaudement les organismes subventionnaires suivants : le programme de bourses des partenaires universitaires du RRISIQ ainsi que le programme MEES-Universités pour leur support financier durant mon cheminement à la maîtrise. Tout ceci a été possible grâce au support de mon directeur de recherche ainsi que de Nadine Tremblay, conseillère en développement de la recherche au sein de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval. Je la remercie pour ses conseils et son support. Ces bourses m'ont permis de mener à terme ce projet sans être préoccupée financièrement et, pour cela, je vous en suis extrêmement reconnaissante.

Ma famille, ma mère : Chantal, mon père : Christian, mon frère : Mark-Antoine, ma sœur : Laurel-Ann, mon beau-père : Pierre, ma belle-mère : Carole ainsi que mes beaux-frères Alex et Pier-Alexandre. Sans votre soutien, cette étape de ma vie n'aurait tout simplement pas été possible. En ce qui a trait à mes études, vous avez toujours été les premiers à m'encourager pour m'amener à me surpasser. D'ailleurs, vous saviez que l'engagement que je devais mettre aux cycles supérieurs allait demander beaucoup d'effort, mais grâce à vous, cette étape s'est bien déroulée et, surtout, j'en ressors

grandie. Un merci tout particulier à ma mère et mon père qui m'ont toujours encouragé à me dépasser académiquement. Vous avez, encore aujourd'hui, un impact incommensurable dans ma vie et je ne vous remercierai jamais assez. Vous êtes des modèles de travail acharné et cet aspect m'a toujours guidé au niveau académique. Je me dois également de remercier chaudement ma mère et mon beau-père Pierre pour toutes les fins de semaine de rédaction que j'ai pu effectuer chez vous à Shawinigan, ma ville natale. Vous m'avez supporté comme jamais et cela m'a permis de passer du temps de qualité avec vous ainsi qu'avec ma sœur canine, Betsy, qui nous a quitté trop tôt cette année et qui nous manque chaque jour.

Mes meilleurs(es) amis(es) : Michaël Cadieux-Tremblay et Jessica Julien. Merci pour votre support et votre écoute. Vos mots d'encouragement, mes retraites de rédaction chez vous ainsi que nos nombreuses soirées à jouer à des jeux de société, pour me changer les idées, ont eu un effet très positif sur ma santé mentale tout au long de ce parcours académique. Il faut dire que c'est un aspect à ne pas négliger dans les études supérieures et, grâce à vous, j'ai su gérer les obstacles de la vie étudiante. Vous êtes des personnes phares dans ma vie et je suis très chanceuse de vous avoir. Merci également de m'avoir fait découvrir la série télévisée humoristique *The Big Bang Theory*. Cette dernière marquera à jamais mon cursus académique à la maîtrise avec les innombrables fous rires qu'elle nous a donné lors de nos nombreux visionnements.

Mes collègues d'université. Vous m'avez tout un chacun marqué, à votre façon, pendant les différentes étapes de mon parcours académique, que ce soit durant les cours préalables ou durant l'écriture de ce mémoire. Annie-Claude Harvey et Martin Roberge, vous avez été des collègues d'étude extraordinaire. J'ai beaucoup apprécié les heures passées à vos côtés lors de nos travaux d'équipe. Vous avez embelli mon parcours académique d'une belle manière. Marie-Pier Labelle et David Poulin-Grégoire, vous avez été des supports émotionnels indispensables tout au long de la rédaction de ce mémoire. Vos conseils et vos encouragements ont fait une grande différence dans mon parcours, je vous en serai toujours reconnaissante.

Mon conjoint : Lucas Rosés, mon partenaire des huit dernières années. Merci pour ton support et ta présence autant dans les hauts que dans les bas de ce parcours aux cycles supérieurs. Nous avons cheminé ensemble au sein des soins infirmiers depuis les études collégiales, à se soutenir et à être collègue de classe lors du baccalauréat et ensuite, tu as été aux premières loges pour m'épauler tout au long de ce mémoire. Merci pour ta patience, ton écoute et ton support. Vivre au quotidien avec

une étudiante à la maîtrise bornée et perfectionniste est loin d'être une tâche facile. Cette étape n'aura pas été de tout repos, mais ensemble, nous avons su surmonter les embûches. Je tiens également à remercier notre voisin et ami David Michaud qui nous a épaulé dans cette aventure et qui a été d'un bon support moral. En terminant, je voudrais que tu saches, mon amour, que je suis reconnaissante du soutien que tu as eu à mon égard lors des moments de doute ainsi que lors de la correction de ce mémoire. Je t'aime.

Introduction

Ces dernières années et encore aujourd'hui, les infirmières soignantes dénoncent, à plusieurs niveaux, des conditions de travail difficiles (Perron, Dufour, Marcogliese & Gagnon, 2020). Que ce soit pour des ratios infirmières-patients non sécuritaires ou pour l'utilisation des temps supplémentaires obligatoires comme mode de gestion au sein des centres hospitaliers (CH), il en résulte que le personnel infirmier se sent à bout de souffle. Plus que jamais, les infirmières ressentent le besoin d'être écoutées et comprises au quotidien. Elles désirent être reconnues à leur juste valeur. Selon Brun et Dugas (2002), ce besoin s'explique à travers le travail puisqu'« [il] devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle. En conséquence, leurs attentes en matière de reconnaissance ont tendance à être plus grandes dans cette aire de vie » (p.6). Les méthodes de gestion qui s'exécutent présentement au sein des CH sont incompatibles avec une juste reconnaissance au travail. Dans la littérature, des études (Carpentier-Roy, 1991 ; Martin, 2015) affirment que les infirmières soignantes sont non reconnues professionnellement. Les répercussions du manque de reconnaissance chez les infirmières de pratique avancée demeurent en grande partie inconnues au regard de la littérature scientifique, puisqu'à notre connaissance, aucune étude empirique n'a encore été réalisée sur le sujet. Ainsi, ce mémoire a pour objet de mieux saisir les expériences de reconnaissance vécues au quotidien par les infirmières exerçant dans des secteurs de soins spécialisés, nouveaux rôles infirmiers qui ont été mises en place pour favoriser une plus grande efficacité de notre système de santé, mais qui pour l'instant, ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Enfin, nous désirons connaître leur rapport au politique en explorant, avec elles, leur vision d'ensemble des dominations les affectant, mais en explorant également les efforts de conscientisation et de solidarité déployés en vue de transformer leur vécu en expérience dialogique, délibérative et émancipatrice.

Le premier chapitre de ce mémoire sera consacré à la présentation de la problématique de recherche à travers différents concepts et études scientifiques sur le sujet pour démontrer la pertinence d'investiguer la reconnaissance et les actions politiques déployées au quotidien au sein de la profession infirmière. Le deuxième chapitre offrira une recension des écrits du phénomène d'intérêt en passant par un regard historique sur l'évolution du *care* dans notre société capitaliste (Federici, 2019) pour favoriser notre compréhension sur la nature du concept de la reconnaissance et de l'action politique. Plus particulièrement, nous examinerons la reconnaissance à travers les écrits théoriques

d'Honneth (2008) et l'action politique selon les travaux de Muller (1981). Le troisième chapitre mettra en lumière les considérations méthodologiques ayant permis la réalisation de ce projet de recherche, passant par le devis de recherche, la méthode de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Le quatrième chapitre exposera les résultats de l'étude à travers une analyse thématique des données élaborée par Paillé et Muchielli (2016). Le cinquième chapitre proposera une discussion des résultats à travers différents écrits théoriques et scientifiques sur le sujet pour clore le projet de recherche.

Chapitre 1 : Problématique de recherche

Les professions du *care* et les activités ayant trait aux soins ont toujours été présentes et majoritairement exécutées par la gent féminine. Encore aujourd'hui, ce sont en grande partie des femmes qui s'adonnent à ces activités. Par ailleurs, en 2020, 88,5 % de l'effectif infirmier québécois était féminin (OIIQ, 2020).

Par le passé et encore aujourd'hui, l'origine ethnique, la classe sociale et le genre déterminent le niveau d'éducation auquel les femmes peuvent accéder et le type d'emplois qui leur sera permis d'occuper (Glassford, 2012). Pour sa part, le concept de genre renvoie à la « hiérarchisation symbolique et matérielle des activités [humaines] » (p.68), mais également à une division sexuelle du travail ; une division qui est associée à une domination masculine (Lieber, 2009 ; Pruvost, 2010). À titre d'instrument de connaissance, d'outil d'analyse critique, le genre permet de révéler la production et la reproduction des différences sexuelles à l'intérieur d'institutions comme la famille et l'école ou d'activités humaines centrales comme le travail (Bereni, Chauvin, Jaunait & Revillard, 2012). La conceptualisation du genre au regard du travail des femmes favorise notre compréhension de systèmes construits comme les croyances et pratiques sociales (Nakano Glenn, 2009). Le genre permet ainsi de réfléchir quant aux relations homme/femme au sein de la sphère sociale et de révéler les dynamiques de pouvoir à l'œuvre. Par ailleurs, les configurations et les orientations relatives à la norme de genre déterminent en grande partie la reconnaissance sociale des groupes (Purtschert & Meyer, 2009). En résumé, Paperman (2015) souligne que

le genre demeure central dans ces manières de séparer les professions nobles des métiers moins nobles, de distinguer les métiers qui requièrent des compétences professionnelles de ceux qui, au contraire, nécessiteraient des savoir-faire sans qualité et sont, de ce fait, naturalisables comme activités de femmes (p.56).

Cela étant, le concept a fortement été mobilisé dans la littérature pour dévoiler les écarts de pouvoir entre la profession médicale et la profession infirmière. Cette dernière qui, au fil des années, a été fréquemment qualifiée de profession genrée (Cohen, 2004).

La catégorisation induite par la division sexuelle du travail renvoie à la valeur différentielle que l'on attribue au travail des hommes comparativement au travail effectué par les femmes (Mohanty, 2009). D'une part, il y a un principe de séparation qui détermine ce qu'est un « travail d'homme »

versus un « travail de femme » et, d'autre part, il existe un principe hiérarchique qui stipule qu'un travail effectué par un homme à une plus grande valeur qu'un travail effectué par une femme (Kergoat, 2000). Il est toutefois à noter que de plus en plus de femmes occupent des professions dites masculines (Rose, 2016). Effectivement, connaissant l'évolution constante de la société et des soins de santé, « [...] les femmes [ne sont] plus obligées de devenir des infirmières, mais des médecins et des chirurgiens » (Pritchard, 2017, p.34).

La division sexuelle du travail domestique qui était, à l'origine, prédominante au sein des familles, interagit et renforce la division sexuelle du travail salarié (Nakano Glenn, 2009). Cela étant, les soins infirmiers auraient historiquement été caractérisés par une division sexuelle du travail comparativement à la profession médicale, cette dernière profession qui à garder ses attributs masculins empreinte d'idées paternalistes. Comme le soulignait Collière en 1982, « les soins [...] étaient reconnus comme un fait social, attribués aux femmes en raison [...] de la très ancienne division sexuelle du travail » (p.44). Ainsi, les historiennes ont souvent caractérisé les soins infirmiers comme étant un symbole de l'inégalité entre les hommes et les femmes dans le milieu professionnel (Cohen, 2008). Dans les pratiques institutionnalisées, comme à l'intérieur des hôpitaux, la division sexuelle du travail entre médecin et infirmière cristallise la domination d'un de ces groupes envers l'autre. En effet, « le poids de ce mode de subordination réside dans sa naturalisation » (Testenoire, 2010, p.99).

Le simple fait d'avancer que les femmes sont naturellement dédiées au *care* est un élément central de l'oppression de celles-ci (Bereni & al., 2012). D'après certains auteurs comme Cohen (2008) et Hutchison, Jackson, Vickers et Wilkes (2006), les infirmières souffriraient d'une double oppression ; à savoir qu'en plus d'être opprimées à titre de femmes, elles le seraient aussi en tant qu'infirmières, avec la division sexuelle du travail qui prédomine au sein des CH. À ce propos, Roberts (1983 ; 2000) aurait été l'une des premières théoriciennes infirmières à caractériser les infirmières comme un groupe opprimé par un groupe dominant – celui des médecins. Ces dernières se sentiraient ainsi grandement dévaluées par rapport au groupe des médecins et ce serait en partie causé par la prédominance du discours biomédical dans toutes les sphères de la pratique infirmière (Falk-Rafael & Betker, 2012). Cela renforcerait, en quelque sorte, la perception erronée de leur infériorité. De même, cette situation les amène à avoir une faible estime d'elles-mêmes et un manque de fierté pour leur profession (Roberts, 2000). Ainsi, la peur du groupe dominant amènerait les infirmières à avoir de la difficulté à

s'exprimer et à revendiquer une meilleure position sociale, ce qui les confinerait à subir les contraintes découlant de cette oppression.

L'essentialisme qu'engendre l'oppression (Maclure, 2007) va de pair avec la domination. Car, étant isolées au sein d'un rôle de subalterne pour la complémentarité des rôles homme/femme, les infirmières ont toujours été sous l'emprise d'une domination masculine. Cette omniprésence exercée, dans un premier temps, par le clergé et ensuite, par les médecins et les administrations hospitalières (Blondeau, 2002 ; Cohen, 2004, 2008). C'est qu'en effet, l'homme était perçu comme étant naturellement assigné à la sphère publique (production) et les femmes à la sphère privée (reproduction/soin). C'est pourquoi, à l'origine, le travail de *care* était exécuté dans le privé avant d'être reconnu comme une profession à part entière. Pourtant, le soin a toujours été qualifié comme étant essentiel à l'économie (Didry, Hours & Selim, 2016) et à la vie (Collière, 1982). Malheureusement, les transformations idéologiques qui ont eu cours au sein du travail, infligées plus précisément par le capitalisme, a eu des répercussions importantes sur les activités ayant trait aux soins (Martin, 2015).

« L'institutionnalisation des vues androcentriques de la famille et du travail, par la culture politique du capitalisme, a eu pour effet de naturaliser les injustices de genre et de les soustraire au champ de la contestation politique » (Fraser, 2011, p.172). Ainsi, sachant que le capitalisme mise sur de fortes inégalités entre les individus, de façon à favoriser la reproduction du capital, une de ses forces productives incontestables a toujours été l'exploitation de la femme (Federici, 2019). Effectivement, « derrière la logique marchande capitaliste, il y a des femmes » (Coordination du Québec de la Marche mondiale des femmes, 2019). Une perspective de genre sur l'histoire de ce régime économique et social permet de mettre en lumière « des moments fondateurs de la dévalorisation du travail des femmes et de l'essor d'une division sexuelle du travail spécifiquement capitaliste » (Federici, 2019, p.58). En effet, pour cette dernière auteure, le capitalisme, comme mode d'organisation sociopolitique, s'appuie sur le patriarcat pour gérer le travail des femmes et s'en servir pour ses objectifs, ce qui induit des inégalités au regard de la division sexuelle du travail. En ce sens, si les femmes sont aussi compétentes que les hommes, elles sont beaucoup plus flexibles que ces derniers notamment de par la précarité à travers de laquelle elles évoluent souvent (Kergoat, 2009). Par ailleurs, il est fréquemment souligné que les professions qu'elles occupent bénéficient d'une rémunération et d'une reconnaissance sociale moins grande. Certains problèmes, comme un héritage historique de

subordination (Carpentier-Roy, 1991 ; Payley, 2002 ; Surprenant, 2013 ; Bourgault & Hamrouni, 2016), peuvent expliquer les raisons pour lesquelles la reconnaissance sociale des infirmières peut paraître difficile. Comme le précise Martin (2015), la gouvernance de type entrepreneurial qui a cours au sein des CH nous amène à remettre en question les expériences quotidiennes de reconnaissance vécues par les infirmières – reconnaissance qu'elles n'obtiendraient par ailleurs que des patients (Carpentier-Roy, 1991 ; Martin & Pham, 2013). Ce mode de gouvernance qui mise entre autres sur le principe de séparation entre les décideurs et les « exécutants », mais qui s'articule également dans la propension actuelle à centraliser nos systèmes, est difficilement compatible avec une vraie forme de reconnaissance valorisant les aptitudes, les savoirs, les compétences et l'autonomie des infirmières. D'après une étude réalisée par Carpentier-Roy (1991), l'absence de la reconnaissance de soi et de son travail était déjà repérée comme l'une des principales causes de souffrance chez les infirmières soignantes québécoises, autant de la part des gestionnaires que des médecins. De ce fait, ces dernières aspiraient à une plus grande reconnaissance et Carpentier-Roy (1991) a bien explicité ce souhait :

La reconnaissance, dans l'hôpital, [...] touche à plusieurs aspects de leur travail, reliés à la qualification professionnelle. D'abord, ne plus être vues comme des servantes, des exécutantes, comme des "filles de vocation" mais bien comme des professionnelles responsables qui occupent une place particulière dans le processus de soins. Cela veut dire, pour elles, mettre fin à l'infantilisation et à la subordination dont elles disent être victimes, de la part du personnel cadre et des médecins. Elles veulent être consultées, écoutées, entendues et crues (p.134).

Dans cette même étude, les infirmières revendiquaient une meilleure collaboration avec leurs collègues médecins. Elles désiraient une reconnaissance de leurs compétences professionnelles, complémentaires à leur pratique, et non, vivre un contexte de subordination. Il y avait également un volet plus social à la demande de reconnaissance qui touche l'image même de la profession. D'après les infirmières qui ont participé à cette étude, cela passerait inévitablement par le salaire qui est le symbole le plus visible au sein de la société (Carpentier-Roy, 1991 ; Martin, 2015).

Plus récemment, la thèse doctorale de Martin (2015), qui a cherché à explorer, auprès d'infirmières soignantes généralistes québécoises exerçant en milieu hospitalier, les contraintes vécues dans leur pratique quotidienne, a permis de bien cerner les problématiques actuelles au sein des CH. Il a également investigué ce qu'elles avaient comme idées ou déploiement d'actions en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière. D'après les résultats issus de cette thèse, les

infirmières soignantes seraient quotidiennement confrontées à de nombreux rapports de force (économiques, organisationnels et médicaux) qui engendrent un système de contraintes ayant des effets nuisibles sur leur pratique professionnelle. Les infirmières se disent exclues des processus décisionnels et cela les empêchent d'exercer la revendication de leurs droits et idéaux d'émancipation, les ramenant ainsi à une position d'exécutante et de subalterne.

« La recherche d'efficacité, de productivité et de rationalisation a servi de support idéologique à tout un processus de restructuration des hôpitaux sur le modèle industriel et cette restructuration, on le conçoit facilement, a aussi touché l'organisation du travail » (Carpentier-Roy, 1991, p.14). Les notions d'efficacité et de performance, utilisées à mauvais escient par les établissements de santé, ont pour effet d'entraîner une certaine déprofessionnalisation de la pratique infirmière ayant un impact direct sur la reconnaissance vécue au quotidien par les infirmières soignantes. Leur jugement clinique est déprécié et leur solidarité collective ébranlée. À la lumière de ce qui est souligné précédemment, nous retenons que les infirmières soignantes exercent dans des conditions de travail difficiles et réclament une reconnaissance de leur travail, souvent qualifié d'invisible (Carpentier-Roy, 1991 ; Martin, 2015).

À la base de la hiérarchie professionnelle du travail de soins, nous retrouvons les infirmières soignantes, mais également les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Des membres aussi importants, les uns que les autres, au sein de l'organisation hospitalière québécoise. Récemment, au sein des médias québécois, les infirmières soignantes ont pris la parole pour dénoncer leurs piètres conditions de travail, avec l'appui des autres professionnels (Gagnon & Perron, 2018). Sous cet angle, la thèse doctorale de Martin (2015) a permis de mettre en perspective des actions politiques déployées par les infirmières soignantes, pour contrecarrer les situations soulignées précédemment. Ces dernières utilisent l'objection de conscience, le déploiement d'actions de non-coopération individuelles et collectives ainsi que des actes de désobéissance civile pour l'établissement d'un rapport de force nécessaire à la prise en compte de leurs revendications. Il est à rappeler que ce type de situation ne date pas d'hier, puisque « les infirmières tout au long de leur histoire ont dû lutter pour faire reconnaître leur travail comme un réel travail, qui mobilise des savoirs et des compétences » (Acker, 2004, p.66). Cela nous amène à réfléchir sur les conditions d'exercice des infirmières ayant une spécialisation ou une formation de cycles supérieurs en sciences infirmières.

Sachant que les conditions des infirmières soignantes ont toujours été qualifiées de difficile, nous nous sommes donc intéressés à connaître les conditions d'exercice actuelles des infirmières spécialisées au sein de la littérature. Ces rôles qui ont été développés plus récemment.

À cet égard, ces dernières années, la pratique infirmière au Québec n'a cessé d'évoluer. Elle se redéfinit continuellement pour s'adapter aux besoins croissants de la population vieillissante. En outre, pour y répondre, la profession a développé des rôles infirmiers élargis au sein des secteurs de soins spécialisés conformément aux dispositions de la loi 90 pour élargir le champ d'exercices des professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2002). Pensons, par exemple, aux infirmières dans les Groupes de médecine familiale (GMF), aux infirmières pivots en oncologie (IPO), aux infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) ainsi qu'aux IPS (D'Amour, Tremblay & Proulx, 2009). Également, l'avènement de ces rôles est le résultat de l'avancement des sciences biomédicales, de la pénurie des ressources humaines ainsi que des coûts engendrés par ces nouveaux besoins. À bien considérer les choses, les pratiques infirmières spécialisées ont été mises en place pour résoudre les problèmes de la société (Laurant & al., 2009). D'après Archibald & Fraser (2013), les IPS ont l'avantage d'être en bonne position au sein des différents points d'accès du système de santé « pour combler les lacunes actuelles [...] en mettant l'accent sur l'éducation et la prévention des maladies et en dispensant des soins de haute qualité et rentables dans une multitude de milieux de pratique » (p.270). Cependant, ces rôles ne s'exercent pas sans difficulté.

Les quelques enjeux que la pratique infirmière avancée met en évidence par rapport à l'identité sociale de la profession infirmière, notamment en ce qui a trait à la subordination à la médecine et à l'aliénation relative occasionnée par la bureaucratisation, secouent la capacité d'adaptation traditionnelle du groupe infirmier en vue de circonscrire sa place dans la société. Ils font ressortir la nécessité de bien cibler les actions à entreprendre dans un avenir rapproché pour maximiser l'expertise infirmière et consolider la mission sociale de la profession (Goulet & Dallaire, 2002, p.179).

Effectivement, le contexte des infirmières en pratique avancée peut facilement être affecté par les lois locales, le gouvernement en place et les exigences en matière d'éducation dans la société (Contandriopoulos & al., 2017). En ce sens, nous avons recensé deux études qui font foi de ces problèmes.

Tout d'abord, une recherche réalisée par D'Amour, Tremblay et Proulx (2009) a rapporté l'étendue du pouvoir et le contrôle des médecins sur la pratique spécialisée des infirmières. « Le succès

de l'expansion des nouveaux rôles infirmiers semble dépendre, pour une certaine part, de la volonté des médecins de soutenir ce déploiement [...] » (D'Amour et al., 2009, p. 302). Les résultats de l'étude démontrent qu'une situation de dépendance significative est présente dans les structures des GMF qui a « pour effet de déposséder les infirmières de leur pouvoir légitime en tant que professionnelles, à savoir de déterminer la nature et l'étendue de leur pratique » (D'Amour et al., 2009, p. 307). Notre système de santé publique tolère un écart considérable entre l'exercice de la profession infirmière et médicale. Ainsi, les médecins exercent plusieurs rapports de force qui ont un effet direct sur le niveau de participation clinique des infirmières. Ces derniers leur demandent toujours plus de flexibilité et de performance au quotidien (Acker, 2004). Que ce soit au niveau organisationnel, légal ou décisionnel, les infirmières ont peu de chance de faire valoir leurs idées. Pourtant, une non-reconnaissance des compétences et des connaissances peut conduire à une souffrance psychique. Les infirmières souhaitent être reconnues comme étant complémentaire aux médecins et non d'être reconnues comme leurs subordonnées (Carpentier-Roy, 1991), car complémentarité ne veut pas dire subordination (Cohen, 2008). Comme le souligne Manoukian (2009), les médecins, comme figure de proue de la hiérarchie, ne reconnaissent pas toujours l'intégralité des compétences professionnelles de leurs collègues, freinant ainsi la mise en place d'actes infirmiers « qui prendraient de ce temps qui manque tant » (p.73). C'est pourquoi, la manière que les médecins exercent leurs divers rapports de force, sur la profession infirmière, a un impact sur la division sociale du travail ainsi que sur la reconnaissance de ces dernières. D'après Nakano Glenn (2009), cette façon de faire ne date pas d'hier. Cette auteure a démontré que, durant la période allant de 1870 à 1930, le travail au sein des hôpitaux était divisé entre les hommes (médecins) et les femmes (personnel infirmier) de la même façon que les foyers de classe moyenne étaient séparés. Ainsi, « les médecins faisaient figure d'autorité paternelle tandis que les infirmières diplômées étaient les mères supervisant le soin fourni aux patients [...] » (Nakano Glenn, 2009, p.49 ; Salvage & Smith, 2000).

Une seconde étude, celle de Jean, Guerra, Contandriopoulos, Perroux, Killpatrick et Zabalegui (2019), a également retenu notre attention pour ce projet. Ces auteurs ont réalisé une étude comparative qualitative exploratoire afin « de développer une compréhension globale des facteurs contextuels qui influencent le développement et la mise en œuvre des soins infirmiers de pratique avancée dans deux pays, soit le Canada et l'Espagne » (p.1). Pour comprendre le contexte au Canada, ce sont des infirmières québécoises qui ont participé à l'étude. Ces auteurs soulignent que : «

l'élargissement des rôles professionnels, tels que celui des infirmières en pratique avancée, est apparu comme une solution novatrice dans le cadre des réformes dans le domaine des soins de santé » (Jean et al., 2019). Cette étude a démontré différents types de barrières auxquelles les infirmières peuvent faire face et qui peuvent avoir des effets directs sur l'implantation et le déroulement de leur pratique professionnelle au quotidien. Ce qui nous a particulièrement intéressé, ce sont les barrières perçues par les infirmières de pratique avancée au Québec. Tout d'abord, la lecture erronée du rôle par les différents professionnels et la population, le manque de communication et les limites organisationnelles, comme les problèmes d'espace physique et la duplication des tâches entre les infirmières et les médecins, sont présentés comme étant des irritants pour ces infirmières. Ensuite, ces dernières ont ressorti un problème au niveau de la formation académique, qui est, selon elles, non adaptée au besoin clinique. L'accent n'est pas assez mis sur le jugement clinique et l'évaluation physique ou mentale. Également, les limitations présentes quant à l'expression du rôle, en matière de prescriptions et de tests diagnostiques, sont perçues comme une barrière importante à la pratique des IPS. En ce sens, cela peut entraîner une non-reconnaissance de l'autonomie professionnelle de ces infirmières. Finalement, la concurrence interprofessionnelle, entre les médecins et les infirmières, a été véhiculée comme étant un irritant majeur qui peut avoir un impact direct sur l'infirmière elle-même. Celle-ci peut même en venir à s'opposer à ses collègues, à sa propre profession, pour aller dans le sens de l'idéologie médicale (Jean et al., 2019). Les infirmières québécoises ont également souligné que l'ouverture et la volonté des médecins, à accepter les changements, a un impact sur l'intégration des nouveaux rôles infirmiers dans la pratique. « La vision selon laquelle le médecin seul est capable de prendre soin du patient a besoin de temps pour changer » (Jean et al., 2019, p.12). Pourtant, lorsque le rôle de l'infirmière en pratique avancée est reconnu et accepté, l'efficacité est démontrée (Brooten, Youngblut, Deosires, Singhala & Guido-Sanz, 2012). Dans un même ordre d'idées, Pritchard (2017) souligne qu' « au fur et à mesure que les infirmières [assumeront] davantage de responsabilités, telles que la prescription de médicaments, l'ancienne vision traditionnelle de la relation [entre les infirmières et les médecins ne devrait plus être] viable si nous voulons optimiser les soins de santé prodigués aux patients au XXIe siècle » (Pritchard, 2017, p.31).

Sans une reconnaissance des responsabilités au sein des milieux de pratique, il ne peut y avoir de reconnaissance monétaire adéquate. De ce fait, s'inscrivant initialement au sein d'un projet plus large, des propos anecdotiques ont été recueillis auprès d'infirmières spécialisées justifiant ainsi

notre intérêt sur la reconnaissance monétaire de ces dernières. Plus particulièrement, cela découle d'une rencontre informelle avec une IPS-PL (infirmière praticienne spécialisée de première ligne), qui se disait exploitée financièrement et sous-rémunérée. Selon ce qui précède, un article paru dans *La Presse* (Chouinard, 2018) soulignait que plus de 7 millions de dollars ont été partagés entre des médecins supervisant des infirmières praticiennes spécialisées l'an dernier au Québec. Ces montants découlent d'un forfait pour la supervision des IPS en vigueur depuis 2010, en vertu d'une entente entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de l'époque (FMOQ) (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2011). Il est intéressant de rappeler que la scolarité des IPS est sensiblement la même que celle des médecins omnipraticiens partenaires. Pourtant, la différence salariale est assez conséquente. Ainsi, on peut soutenir qu'il y a un manque de reconnaissance monétaire qui est présent au sein de cette pratique.

Dans notre société contemporaine, il a été démontré que

le salaire joue un rôle essentiel dans le développement capitaliste, dans la mesure où cette forme sociale favorise des processus de hiérarchisation, d'exclusion de groupes d'individus de la sphère des droits, d'invisibilisation de pans entiers du travail exploité [...] et de naturalisation des mécanismes d'exploitation (Federici, 2019, p.19).

Selon l'étude de Carpentier-Roy (1991), le faible salaire des infirmières soignantes était déjà perçu, par celles-ci, comme une marque de non-reconnaissance. « Elles vivent cet écart comme une blessure, comme une dévalorisation et aussi comme un signe de méconnaissance des contraintes et des astreintes reliées à leur travail spécialement au registre de la responsabilité professionnelle » (Carpentier-Roy, 1991, p.56). Notons qu'une des pistes de solution pour pallier au manque de reconnaissance des infirmières soignantes est l'augmentation de salaire (Martin, 2015). Du point de vue de Mendel (1985), un salaire jugé bas

contribue à la formation d'une identité humiliée. Toute l'idéologie dominante de notre société nous répète en permanence que la " valeur " d'un individu et l'utilité sociale de son travail se jugent en grande partie d'après le prix que le travail est payé (p.142-143).

Cette situation peut ainsi perpétuer une certaine souffrance déjà inscrite dans la pratique des infirmières spécialisées diplômées universitaires. En règle générale, il y a peu de données empiriques sur le sujet et la plupart des études ne nous indiquent pas si elles entreprennent des actions politiques en ce sens autant au niveau individuel que collectif.

« S'intéresser à la division sexuelle du travail au sein d'un mouvement [...] rend visibles de nombreuses contradictions entre les idéaux affirmés de transformation sociale et le maintien passif ou actif d'éléments patriarcaux qui empêchent de véritables changements » (Tremblay-Fournier, 2013, p.75). Historiquement, « les femmes de toutes classes et de toutes origines ethniques se sont vues exclues de toute participation officielle [entourant le] politique sur la base du statut conféré avec le genre [...] » (Fraser, 2005, p.120). La discrimination, le sexisme et les divers rapports de pouvoir présents dans notre société, à l'égard des femmes, font en sorte que ces dernières ne ressentent pas toujours la légitimité de mettre en place certaines actions et elles arrivent même à banaliser leur contribution (Surprenant, 2013). Selon cette même auteure, « elles doivent à la fois se battre pour prendre la parole et mettre de l'avant leurs idées, et lutter contre les stéréotypes qui accordent toujours plus de valeur à la parole masculine » (p.18) au sein d'une politique disproportionnellement masculine. Par conséquent, il est impératif de questionner le rapport au politique des infirmières. Comme nous l'avons souligné plus haut, les résultats de la thèse doctorale de Martin (2015) ont démontré que les infirmières soignantes pouvaient mettre en place des actions politiques pour agir contre les rapports de force présents au sein des milieux de soins. Ainsi, nous désirons voir la perspective des infirmières exerçant en secteur de soins spécialisés, puisqu'on pourrait croire qu'elles sont plus engagées politiquement, mais ce n'est peut-être pas le cas. Certaines d'entre elles peuvent être séduites par le modèle biomédical ; son discours et son positionnement au sein du système de santé. Au regard des résultats préliminaires du projet central dans lequel ce mémoire s'inscrit, ce ne sont pas toutes les infirmières qui exercent dans des secteurs de soins spécialisés qui vont faire valoir la plus-value du rôle de l'infirmière.

D'après O'Neill (2012), qui s'est questionné sur l'activisme social et politique des infirmières québécoises, les infirmières ne s'engageraient que très peu politiquement et elles entretiendraient un rapport douteux avec le contexte sociopolitique. Elles combattent peu et se tiennent difficilement debout devant l'oppression. Cela rend difficile la mise en place d'actes de mobilisation ou de résistance efficaces. Dernièrement, nous avons été témoins d'une situation totalement inverse, de la part des infirmières québécoises, c'est donc, de notre point de vue, de moins en moins vrai. Ainsi, il est nécessaire, pour ces femmes, « de disposer de leviers plus nombreux et plus importants aux niveaux décisionnels, de s'exprimer davantage dans l'espace public pour faire entendre leurs voix sur les questions de santé » (D'Amour et al., 2009, p. 314). Les infirmières doivent « devenir un sujet collectif

producteur de sens et acteur de sa propre histoire [...] sortir de la figure de la féminité imposée pour devenir des femmes ayant le pouvoir d'agir dans la construction et le développement des rapports sociaux » (Kergoat, 2009, p.114). Donc, il doit y avoir une mobilisation pour déstabiliser et déconstruire les hégémonies existantes, puisque, certes, cela peut représenter un défi, mais permet ainsi d'ouvrir la voie à de nouvelles possibilités (Fraser, 2005). Cela peut être également vu comme un moyen de revendiquer une reconnaissance digne de ce nom. Comme l'a souligné Fraser (2005) :

Les personnes concernées par une action à laquelle elles ne participent pas directement en tant qu'actrices peuvent néanmoins avoir un rôle à jouer dans son *modus operandi* ; elles peuvent donc aussi revendiquer légitimement le droit de donner leur avis sur sa conception et son fonctionnement institutionnels à travers un autre espace public (plus ou moins fort ou faible) (p.141).

Nous en avons été témoins avec la création de groupes au sein des médias sociaux. Une plateforme qui permet aux infirmières, de partout à travers le Québec, de donner leur avis sur les conditions de travail et d'échanger sur leur réalité respective. Cela leur permet de réaliser qu'elles ne sont pas seules à vivre des contraintes. Faisant face à différentes oppressions, comme il a été souligné précédemment, il nous paraît important de connaître le rapport au politique des infirmières spécialisées et les efforts de solidarisation qu'elles peuvent déployées pour transformer leur vécu. Car, en ce qui a trait au droit de prescrire des IPS, ces dernières doivent s'approprier cette activité en s'attaquant aux inégalités au sein de la relation professionnelle avec les médecins. Puisque, « ce n'est que par la contestation de ce comportement que les soins infirmiers ne seront plus considérés comme soumis aux caprices de la profession médicale » (Pritchard, 2017, p.35).

Le simple fait de vouloir se distinguer des autres professions et de se poser des questions sur la nôtre ne serait-il pas l'expression d'une soif de reconnaissance ? (Dortier, 2013). Historiquement, la reconnaissance est définie comme étant à la source de l'identité de tout individu (El Akremi, Sassi & Bouzidi, 2009 ; Paugam, 2010 ; Taylor, 1992). Comme être humain, sans reconnaissance, il nous est impossible de développer une identité et une relation positive envers soi-même (Halpern, 2011). Il est ainsi essentiel que la reconnaissance regagne le monde des établissements de santé, puisqu'il a été démontré, à partir d'écrits théoriques comme ceux d'Honneth (2008), que le manque de reconnaissance et le mépris qui y est associé ont des effets, non seulement sur la liberté d'action et l'autonomie professionnelle, mais aussi sur les visées positives de soi (estime). En ce sens, il a été démontré que les institutions qui adoptent une attitude de reconnaissance de chacun et de valorisation

des tâches sont de loin celles où le personnel garde le meilleur moral malgré les contraintes vécues (Manoukian, 2009), comme les *magnet hospitals* qui ont une rétention du personnel infirmier impressionnante dans leurs établissements (Brunelle, 2009). Ces structures ont « poursuivi l'aplanissement de leurs structures organisationnelles et mis en place des modèles de gestion partagée, étendant ainsi l'influence des infirmières » (Parker Shannon, 2002, p.102). De cette façon, ils ont développé une culture organisationnelle « qui reconnaît l'importance des soins infirmiers dans la poursuite de la mission de l'institution » (Goulet & Dallaire, 2002, p.222).

Dans l'ensemble de ce mémoire, nous nous intéresserons ainsi aux répercussions du manque de reconnaissance sur les infirmières spécialisées et à leurs conditions d'exercices qui demeurent en grande partie inconnues, puisqu'à notre connaissance, aucune étude empirique n'a encore été réalisée spécifiquement sur le sujet. Ce phénomène a pourtant une grande importance, car « c'est par les multiples luttes pour la reconnaissance sans cesse rejouées qu'une collectivité peut accroître les chances de réunir les conditions nécessaires à l'autoréalisation de ses membres » (Honneth, 2008, p.21). Nous croyons que seule une recherche réalisée au Québec sera à même de témoigner de la réalité complexe des expériences de reconnaissance quotidiennes que reçoivent ou non les infirmières qui exercent dans différents secteurs de soins spécialisés. Également, nous nous intéresserons aux actions politiques individuelles et collectives, mobilisées ou qui pourraient être déployées par ces dernières, pour favoriser la transformation des rapports de pouvoir en place et ainsi revendiquer une reconnaissance digne de ce nom.

1.1 But de la recherche

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer les expériences de reconnaissance vécues au quotidien par les infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés et la façon dont ces expériences se répercutent sur ces dernières et sur leurs conditions d'exercices à travers la notion de contrainte. Nous voulons également examiner les actions politiques individuelles et collectives que ces infirmières mobilisent, ou qu'elles pourraient déployées, pour la prise en compte de leurs revendications sociopolitiques en vue d'obtenir la reconnaissance qu'elles méritent.

1.2 Questions de recherche

Du point de vue subjectif d'infirmières exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés,

1. Quelles sont les expériences de reconnaissance vécues au quotidien et les contraintes associées ?
2. Quelles sont les actions politiques individuelles et collectives mises en place ou qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser une transformation de la pratique infirmière au sein de ces milieux afin d'aspirer à une meilleure reconnaissance professionnelle ?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Cette section présente une recension critique sommaire des écrits permettant de mieux saisir les deux phénomènes à l'étude, soit l'expérience de reconnaissance et l'action politique des infirmières exerçant en secteur de soins spécialisés. Cette recension des écrits s'articule selon plusieurs thèmes nous permettant de mieux comprendre, dans un premier temps, le contexte sociopolitique dans lequel les infirmières évoluent à travers le concept du capitalisme et du patriarcat. Ensuite, une mise en regard historique de la domination médicale sur la profession infirmière nous amène à réfléchir sur le phénomène d'intérêt qu'est la reconnaissance. Ainsi, le concept de la reconnaissance, de la reconnaissance du travail de *care*, de la vocation et de la reconnaissance idéologique seront détaillés dans cette section. Enfin, nous présenterons une réflexion sur le politique mis en perspective avec les infirmières et le phénomène d'action politique.

2.1 Le capitalisme et le patriarcat

Pour Deschênes (2015), le binarisme et la hiérarchie des genres définissent la construction sociale du patriarcat. Ainsi, le capitalisme et le patriarcat ont joué un rôle important dans l'histoire des femmes, tout particulièrement sur l'oppression de ces dernières. En effet, « la culture politique du capitalisme d'État a fait du travailleur masculin appartenant à la majorité ethnique le citoyen moyen idéal (Fraser, 2011, p.171). Ainsi, les femmes ont toujours été mises à l'arrière-plan. Pourtant, du point de vue du sociologue allemand Axel Honneth (2008), « l'existence d'une société de classes fondée sur l'inégalité des chances entre les différents acteurs de la production (Homme – Femme) [...] entraîne une inégalité durable des perspectives de reconnaissance sociale » (p.221). Ainsi, le capitalisme s'appuie sur le patriarcat pour gérer le travail des femmes et s'en servir pour ses objectifs (Federici, 2019). Le travail des femmes a donc toujours été « exploité à l'avantage des capitalistes sur le marché, les femmes assurant la production et l'éducation de la future main-d'œuvre au service du capital [...] » (Hamrouni, 2015, p.83). De cette façon, cela a fait persister une certaine inégalité au niveau de la division sexuelle du travail. Ce régime économique et social a toujours eu un double intérêt pour le travail des femmes. D'un côté, elles travaillent bien, elles sont flexibles vu la précarité qui les assaille et, de l'autre, elles permettent de tirer l'ensemble des salaires vers le bas.

Comme nous le rappelle Federici (2019), le capitalisme a en quelque sorte développé le sens précis du travail domestique, pour séparer les lieux de production des lieux de reproduction. La division de ces deux lieux est toutefois à penser autrement :

La distinction libérale habituelle entre le public et le domestique revêt un caractère idéologique, dans le sens où elle présente la société d'un point de vue masculin traditionnel, basé sur des postulats concernant les natures et les rôles naturels différenciés des hommes et des femmes (Okin, 2000, p.364).

Les écrits d'Okin (2000) nous amènent à réfléchir sur l'idéologie prédominante du capitalisme en ce qui a trait à la division sexuelle du travail, surtout lorsqu'il est question de travail de *care*, à l'égard d'une séparation bien définie entre le public et le privé. Par cette séparation, une invisibilité découle du travail domestique et, par le patriarcat, les femmes intériorisent et développent l'idée que ce travail leur est dévolu à cause de leurs qualités dites naturelles pour le soin. À l'origine, au fur et à mesure du développement du capitalisme, Comanée (2010) précise qu'

il y a dévalorisation du travail domestique, considéré comme non productif de biens susceptibles d'être échangés et n'étant plus reconnu comme socialement nécessaire. Beaucoup plus tard, cette dévalorisation touchera d'ailleurs toutes les professions liées aux tâches assignées aux femmes dans les familles : nettoyer – soigner – éduquer... (p.8).

Or, l'ordre social fondé sur la division sexuelle du travail amène la femme à se consacrer prioritairement et naturellement à l'espace domestique et privé. L'auteure amène l'explication d'une naturalisation inconsciente des rapports sociaux qui rend les hommes dominants et les femmes dominées. Cela les pousse à agir conformément à la logique de ces rapports et des normes prônées par le capitalisme. En ce sens, une remise en question est pertinente à savoir pourquoi certaines choses caractérisées comme étant « humaine et bonne » devraient essentiellement être « féminines et maternelles » (Carpentier-Roy, 1991).

La professionnalisation des femmes évolue de plus en plus vers des activités dites féminines, dérivant des tâches familiales et sous-payées, car elles sont considérées comme non productives. Le marché du travail salarié a été organisé de manière à ce que les femmes soient reléguées aux strates inférieures des emplois mal payés, marginaux et sans perspective d'évolution. Elles effectuent ainsi des tâches plutôt difficiles, sales et invisibles (Nakano Glenn, 2009, p.23). « Dans des contextes institutionnels, la stratification est intégrée aux structures organisationnelles, ce qui inclut les positions d'autorité, les descriptions des emplois, les règles et la ségrégation spatiale et temporelle » (Nakano

Glenn, 2009, p.57). Il y a donc ségrégation temporelle lorsque les médecins sont mis de l'avant et que les infirmières sont caractérisées comme étant le « bras droit du médecin ». Ainsi, on rend le travail de l'infirmière invisible comparativement à celui du médecin.

« En adoptant une perspective féministe, la dévalorisation du soin n'est guère surprenante si l'on considère l'influence grandissante de l'idéologie néolibérale au sein des établissements de santé » (Martin et Alderson, 2013, p.5). En fait, les politiques sociales découlant du néolibéralisme sont fondées sur une perspective de rentabilité et de logique marchande (Bouchard & Namaste, 2013). Plus spécifiquement, Tronto (2013) affirme que « l'ordre néolibéral réduit les pratiques de *care* à un travail-marchandise et marginalise leur importance pour la vie commune en les comprenant dans les termes du marché ». Collière (1982) nous rappelle également que « [...] les pratiques de soins garderont [toujours] une valeur économique fluctuante qui naviguera entre la valeur d'usage et le don gratuit, ce qui entravera considérablement la reconnaissance sociale et économique du service infirmier » (p.71). Cohen (2004) est également de cet avis et souligne même qu' : « avec la professionnalisation des soins, le caractère sacré et intime du rapport au patient disparaît pour faire place à un rapport plus objectif et marchand » (p.401). Ainsi, « le travail de soin est au système de santé ce que le travail domestique est à l'économie marchande : essentiel, mais invisible, omniprésent, mais sans valeur marchande » (Saillant, 1998).

Les infirmières sont intégrées au sein de rapports sociaux où une profession tire son essence de qualités spécifiques relevant de la nature et du genre. D'après Cresson et Gadrey (2004), « les métiers de *care* sont des métiers hétéronormés [...] » (p.37). Ce monde, majoritairement féminin, évolue ainsi dans le patriarcat. En ce sens, cela justifie et légitime certains pouvoirs capitalistes concernant l'oppression de ces femmes qui amène ainsi à la dévalorisation de leurs carrières (Falquet, 2009). Une dynamique de rapports sociaux de sexe persiste au sein de la profession infirmière, car les médecins, les administrateurs et l'État gardent l'autorité légale de décider de leur rôle professionnel (Thifault, 2012, p.11). Également, selon Bourgault et Hamrouni (2016), les femmes se retrouveront toujours perdantes, car le marché du travail est « investi de valeurs masculines et organisé d'après le modèle du " travailleur idéal " » (p.4). Ce sentiment de perte vis-à-vis du fonctionnement social et économique freine l'accès à une reconnaissance du travail de *care*. Dans un même ordre d'idées, « même bardées de diplômes, les professionnelles de la santé – en majorité des femmes – ont encore

aujourd'hui des conditions de travail instables, une rémunération peu élevée et une autonomie incontestablement relative » (Thifault, 2012, p.10). Effectivement, « à compétences égales et à travail égal, les femmes sont payées environ 20% de moins que les hommes » (Bouchard & Namaste, 2013 ; Federici, 2019). Cependant, la rémunération du travail de *care* n'est pas sans ambiguïté. Selon Dang et Letablier (2009), « elle fait certes sortir le travail de " care " de son invisibilité, mais risque de confiner les femmes dans des rôles familiaux » (p.15). Ces auteurs affirment également que la conceptualisation du *care*, comme un travail rémunéré, ne devrait pas être en tant qu'activités inhérentes aux femmes, mais bien comme un travail assorti d'une reconnaissance sociale pour les personnes qui assurent le travail de soins, ouvrant accès à des droits sociaux qui leur sont attribués. Pour ces raisons, il est important de valoriser et de reconnaître les métiers de *care* comme des professions à part entière et non seulement pour les qualités que ces employés ont naturellement. Il a également été démontré que le capitalisme et le patriarcat sont deux systèmes qui se renforcent mutuellement pour discréditer ou fragiliser toute manœuvre émancipatoire (Surprenant, 2013, p.21). Puisque d'après leurs pensées, « les femmes ne sont presque jamais représentées comme des figures capables de combattre pour elles-mêmes » (Federici, 2019, p.33). Il est alors difficile, pour les infirmières, de réaliser toutes sortes d'actions politiques au sein de cette société pour revendiquer ces contraintes. Par ailleurs, l'emprise de l'idéologie biomédicale sur l'exercice de la profession infirmière et sur le système de santé en général découle d'un pouvoir patriarcal certain.

2.2 La domination médicale

Aux infirmières, " le sale, l'inavouable, le secret " de la misère physique, au médecin " le propre, l'avouable, la représentation " (Martin-Fugier, 1979, p.108).

Au terme des Grandes Guerres, les attentes sociales relatives à l'identité de genre, à l'origine de la masculinité et de la féminité, ont créé une influence importante sur les fonctions des infirmières militaires. Auparavant, dans les unités médicales militaires, les médecins avaient un pouvoir important sur les espaces de travail et la délégation des tâches. Ainsi, ces derniers donnaient aux infirmières toutes les tâches routinières, désagréables et ingrates (Toman, 2012). Cette mentalité a persisté au fil du temps. Au Québec, une vision médicale est préconisée dans notre système de santé et cela a des répercussions sur l'exercice de la profession infirmière. Suite aux enquêtes de la Commission Castonguay-Nepveu, parues en 1967, la gratuité des soins de santé québécois, à toute la population,

est devenue un élément marquant pour la profession (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018). À cette époque dans les rangs politiques, les fonctionnaires étaient, pour la plupart, des médecins (Daigle, 2012). La prise en charge des services médicaux par l'État a contribué à la disparition progressive de la pratique autonome des infirmières en confirmant le pouvoir de la profession médicale (Daigle, 2012). Dans un même ordre d'idées, durant la Seconde Guerre mondiale, lorsqu'il y avait encore division de race et de classe, les administrateurs des hôpitaux ont profité de l'anxiété des infirmières, quant à leur statut, pour faire avancer leurs propres intérêts politiques (Nakano Glenn, 2009). Plus tard, ceci a miné la solidarité entre les différents groupes de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires), puisque ces derniers auraient pu s'unir, les années suivantes, autour d'intérêts collectifs (Nakano Glenn, 2009).

La domination des sciences infirmières « par une profession à haut prestige, établie sur des savoirs très formalisés, ne laissait qu'une place subordonnée à tous ceux qui n'avaient ni son autorité ni son statut » (Cohen & Dagenais, 1987, p.158). Dans cette optique, selon Paley (2002), « les soins infirmiers sont régulièrement qualifiés comme étant soumis, subordonnés, obéissants et asservis à la profession médicale ». Au sein d'une société patriarcale, la plupart des activités de soins sont déléguées aux femmes, exploitant ainsi leur capacité de compassion, et cette situation subordonne les infirmières à l'autorité médicale (Mansell & Dodd, 2005). Les écrits de deux auteurs québécois résumant bien les répercussions que cette situation a eues sur l'exercice de la profession :

Si les politiques de santé sont plus facilement caractérisables dans des termes marxistes où le pouvoir est détenu uniquement par quelques groupes privilégiés, c'est que cette conceptualisation est encore déterminante. Elle est dominante parce qu'elle permet notamment de servir les intérêts des décideurs et qu'elle exclut le fait que les infirmières puissent exercer un rapport de force (Martin & Alderson, 2013, p.6).

En conséquence, depuis que le système de santé québécois a une gouvernance publique, il y a une séparation entre les décideurs et les « exécutants ». Les décideurs, majoritairement masculins, dont plusieurs exercent la profession médicale, ont un impact important sur l'exercice de la profession infirmière, car c'est eux qui décident de leurs fonctions professionnelles (D'Amour et al., 2009). En outre, il est difficile pour les infirmières de démontrer leur véritable savoir-faire, car elles ressentent que très peu de reconnaissance de ces décideurs qui n'exercent pas la profession.

En ce qui a trait aux prescripteurs non médicaux, comme les IPS, Pritchard (2017) affirme que la profession médicale persiste à s'y opposer. « Cette disparité renforce non seulement l'idée que les prescripteurs médicaux sont supérieurs, mais également que la profession médicale conserve le pouvoir sur tous les professionnels de la santé » (p.35). Pourtant,

en dépit de l'opposition de la profession médicale au concept de prescription par une infirmière, aucune de leurs prédictions, telles que des patients blessés par un prescripteur non médical pour avoir prescrit un médicament ou prescrit de manière inappropriée, ne s'est produite (Pritchard, 2017, p.34).

Malheureusement, ces derniers continuent à exercer un contrôle sur ce que les IPS peuvent prescrire ou non.

2.3 La reconnaissance

« La reconnaissance est d'abord une réaction constructive au sens où elle crée un lien à la fois personnalisé, spécifique et à court terme. Elle s'exprime dans les rapports humains au quotidien » (Brun, 2013, p.44). Il faut comprendre l'origine de la reconnaissance comme étant à la source de l'identité (El Akremi, Sassi & Bouzidi, 2009 ; Paugam, 2010 ; Taylor, 1992) et comme l'antithèse de l'assujettissement et des pratiques de domination (Honneth, 2008, p.247). L'approche du philosophe et sociologue allemand Axel Honneth (2008), pour définir le phénomène de la reconnaissance, doit son impulsion critique aux manifestations sociales de déficit de la reconnaissance qui porte sur les pratiques d'atteinte à la dignité par lesquelles des sujets, comme les infirmières, se voient privés d'une forme de reconnaissance sociale et donc d'une condition pour la formation de leur autonomie personnelle et professionnelle. Pour Honneth (2008), un acte de reconnaissance est défini comme une forme de décentrement de soi conférant à l'autre sa valeur sociale. Ainsi, il doit y avoir un lien direct entre deux individus pour que ce type d'acte soit possible. Les relations de reconnaissance mutuelles, qui existent entre les individus, permettent la formation d'une identité accomplie et pleine de sens. Cette identité permet aux individus de se reconnaître et de se percevoir à leurs pleins potentiels. Ainsi, comme la reconnaissance demeure la source de l'identité des infirmières et de tout individu (Paugam, 2010) ; le manque de reconnaissance, ainsi que le mépris qui y est associé ont des effets, non seulement sur la liberté d'action des infirmières, mais aussi sur leurs visées positives de soi (estime). Cela revient également à signifier leurs inexistentances sociales et à les rendre invisibles, tout comme le

travail de *care* dans la société actuelle. Il est impératif de s'attarder à cela, car ces répercussions, individuelles et collectives, peuvent être très importantes pour la profession infirmière.

L'œuvre de Manoukian (2009) s'est intéressée au phénomène de la souffrance au travail chez le personnel soignant et, notamment, au concept de la reconnaissance. Il définit la reconnaissance comme étant une manière de démontrer de l'estime et du respect pour l'autre, mais également vis-à-vis de soi-même (Manoukian, 2009). Ainsi, ce dernier souligne que « le manque d'une reconnaissance légitime est un facteur de déception, de découragement pour les soignants » (p.65). Au travail, certaines professionnelles peuvent ressentir un besoin intense de reconnaissance et d'appartenance. De ce fait, ceci les pousse à répondre à diverses demandes par rapport à des patients ou même à des collègues, sans parfois trouver une limite évidente à ce désir permettant d'éviter toutes souffrances (Manoukian, 2009).

Par conséquent, s'il n'y a pas d'adresse, c'est-à-dire que l'on ne sait pas pour qui l'on travaille, si cette activité n'est pas reconnue, si notre personne n'est pas davantage reconnue, le travail perd de son sens, notre effort lui-même perd de son sens, notre souffrance (et les soins en sont porteurs) devient absurde et insupportable (Manoukian, 2009, p.70).

Les répercussions du manque de reconnaissance chez les infirmières peuvent donc avoir des répercussions importantes sur le soin. Les résultats de sa recherche l'ont amené à déterminer que la santé psychique au travail est le résultat de trois quêtes distinctes. La quête primordiale est la recherche de la reconnaissance, la quête primitive est la recherche de sens au travail et la quête primaire est pour celle des marges de manœuvre (Manoukian, 2009). La reconnaissance se situe donc au sommet de la santé psychique au travail et ainsi, justifie l'importance de ce concept pour notre projet de recherche

Au Québec, les écrits de Cohen (1987, 2002, 2004) soulignent que la reconnaissance professionnelle des infirmières a été rendue possible grâce à l'avènement des associations d'infirmières diplômées d'hôpitaux. Évidemment, « ce n'est pas tant par des activités revendicatrices [...], mais plutôt par la promotion d'une idéologie professionnelle et de l'esprit d'appartenance à un corps, qu'elles insufflent à leurs membres » (Cohen & Dagenais, 1987, p.170). De plus, le passage vers une éducation formelle au sein d'institutions externes des associations charitables et la légalisation de la profession infirmière, par l'enregistrement de ses membres, constituent des aspects

importants de la professionnalisation historique des soins infirmiers en vue d'une reconnaissance professionnelle des infirmières (Cohen, 2004). Pourtant, au cours des trente dernières années, cette même auteure affirme que la reconnaissance a été des plus difficiles à obtenir au sein de la profession infirmière au Québec (Cohen, 2002).

2.4 La reconnaissance du travail de *care*

Le *care* ne consiste pas en l'attitude biologique d'un sujet qui trouve sa vocation naturelle dans l'oubli de lui-même et dans la dépendance de l'autre, il se configure au contraire comme le choix libre et conscient d'un sujet capable de conjuguer autonomie et dépendance, liberté et relation (Pulcini, 2012, p.64).

Le travail émotif des professionnelles, travaillant dans le secteur des services ou des soins, demeure non reconnu et invisible puisqu'il est naturalisé (Soares, 1998). « L'identification entre le *care* et les femmes est si profondément ancrée dans notre imaginaire qu'elle s'impose involontairement à la conscience, malgré les transformations radicales qui ont investi le sujet féminin au cours des dernières décennies » (Pulcini, 2012, p.49). En ce sens, les valeurs entourant le *caring* ont souvent été critiquées puisqu'ils ont essentialisé le dévouement féminin. Cela a eu comme conséquence de limiter les femmes à des emplois dits féminins, autour du maternage (Cohen, 2004). Gaudet (2015) y va dans le même sens en affirmant que « [...] la nomenclature du *care* a quelquefois comme effet pervers d'invisibiliser [...] le travail des femmes aux yeux des décideurs publics » (p.156). Ainsi, la profession infirmière a traversé diverses problématiques à travers leur histoire pour accéder à une reconnaissance digne de ce nom. De plus, la construction du rôle infirmier étant construite d'après une double filiation soit : « [...] la filiation religieuse matrilineaire et la filiation médicale patrilineaire » (Collière, 1982, p.193), peut avoir des répercussions sur la compréhension sur rôle de l'infirmière donc avoir un impact sur sa reconnaissance au quotidien. D'autres processus sont également à rappeler pour comprendre la difficulté de ce phénomène.

D'après Bourgault et Hamrouni (2016), « les femmes qui aspirent à une carrière doivent surmonter l'intériorisation de leur infériorité, résultat de leur subordination et de leur exclusion historique des lieux de pouvoir et de leur socialisation genrée » (p.4). Ainsi, pour espérer que les femmes aient accès à une pleine citoyenneté sociale, il faut d'abord demander une reconnaissance de la valeur égale du travail de *care* dans le but de « contrer le mépris culturel dans lequel le *care* a

traditionnellement été tenu » (Bourgault & Hamrouni, 2016, p.3). Les écrits d'une sociologue française évoquent également ces éléments :

Pour Danièle Kergoat [...]. Jeunes, diplômées, les infirmières font un "métier" qu'elles aiment et qu'elles jugent socialement utile et important. Mais cette importance n'est pas reconnue parce qu'elles sont des femmes qui, aux yeux de la société, ne font qu'utiliser des « qualités naturelles » à leur sexe » (Gendron, 1993, p.173).

L'on ramène inmanquablement la question des qualités naturelles féminines pour légitimer la profession infirmière. « Dès lors que le soin est considéré comme une qualité éminemment féminine [...] il subit un processus de dévaluation et de marginalisation qui le rapproche du destin réservé à la femme » (Pulcini, 2012, p.50). Pourtant, cet aspect essentialiste est loin d'être approprié pour définir cette profession ou, tout simplement, le soin. Il faut avoir un certain niveau d'éducation, du savoir scientifique et des compétences spécifiques pour pratiquer cette profession. Au Québec, nous avons la chance de pouvoir effectuer des études jusqu'au troisième cycle universitaire. Malheureusement, cette difficulté à obtenir un traitement égal à celui des autres professions pèse sur l'espoir des infirmières à être pleinement reconnues professionnellement par les décideurs et les institutions. Historiquement, les infirmières ont penché pour une identité d'accompagnement plutôt que de guérison, donc cela a toujours été présenté comme complémentaire à celle des hommes et cela a eu des répercussions sur la professionnalisation des infirmières (Prud'homme, 2012). Par ailleurs, un parallèle est à faire en ce qui a trait à la vocation des femmes qui pratiquent cette profession, car c'est souvent à cela qu'on se réfère pour légitimer, rationaliser et exiger de la part des infirmières, des obligations totalement inédites. Des exigences qui ne seraient aucunement acceptées dans le monde masculin du travail, par exemple.

2.5 La vocation

Le caractère vocationnel et l'héritage ecclésiastique des soins infirmiers sont impératifs, à mettre en regard, pour comprendre le phénomène de la piètre reconnaissance sociale des infirmières. « L'image de la douce, gentille et souriante infirmière assujettie aux ordres du médecin, par exemple, a trop longtemps éclipsé celle de l'infirmière diplômée universitaire membre d'un ordre professionnel » (Thifault, 2012, p.10). On entend trop souvent que les infirmières ont la vocation du soin. Selon le dictionnaire Le Petit Robert de la langue française (2018), on définit la vocation comme suit : « mouvement intérieur par lequel on se sent appelé par Dieu ». Auparavant, les femmes se joignaient

bénévolement à un organisme de dispensation de soins, comme la Croix-Rouge pour répondre à l'appel du devoir ou à leurs besoins émotionnels ou sociaux (Glassford, 2012). Également, les religieuses ont longtemps été des personnes-ressources dans l'organisation du travail hospitalier. Elles avaient la vocation du soin et leurs vœux d'obéissance les obligeaient à accomplir des tâches demandées par le clergé ou les médecins, et ce, tout à fait gratuitement (Charles & Guérard, 2012).

Il y a également eu celles que l'on a appelé « les femmes consacrées », celles qui sans devenir religieuses avaient décidé de consacrer leur vie au soin, souvent pour éviter d'être sous l'emprise d'un mari, et qui, évoluaient pour leur part dans des conditions abjectes, durant des heures interminables (Collière, 1982). D'après cette historienne française, enseignante en soins infirmiers et militante de la cause des femmes soignantes, il était même largement reconnu que plus elles travaillaient, plus elles pouvaient et plus elles souffraient, plus elles avaient de chances d'obtenir une place de choix au paradis. C'est donc dans une abnégation complète, et certes, à travers une forme d'exploitation érigée en système, et qui faisait à cette époque office de norme, que ces femmes soignaient. Partant de ce fait, les nouvelles infirmières n'ont pas la même idéologie :

La vocation devenant obsolète aux yeux de ces nouveaux professionnels, et ce en dépit des discours des pionnières qui recommandent toujours la dévotion et la vocation sacrée comme condition essentielle d'accès à la profession, l'on doit rapidement remplacer le discours religieux par des pratiques de soins professionnelles et scientifiques (Cohen, 2008, p.90).

Aujourd'hui, les temps ont changé et la légitimation du sort des infirmières, des inégalités vécues à partir du discours de la vocation, est aussi inappropriée. Dans toutes les professions, il y a des gens dévoués qui aiment leur travail, pourtant, on ne fait pas nécessairement référence au caractère vocationnel de ces professionnels. Malheureusement, il y a encore certaines infirmières qui utilisent à tort ce terme pour définir leur exercice. Ainsi, elles perpétuent la croyance selon laquelle la pratique des soins infirmiers est strictement vocationnelle et non professionnelle. En ce sens, il est pertinent de réfléchir sur la reconnaissance de la profession infirmière lorsque des décideurs ou la société en générale pensent toujours cette dernière en termes de vocation. Notamment, parce que la reconnaissance professionnelle est capitale pour la construction identitaire et l'accomplissement de soi (Dessors, 1995). Certaines décisions et méthodes de conduite, érigées par les institutions de santé, sont légitimées par la vocation des infirmières et celles-ci se manifestent souvent par une reconnaissance idéologique.

2.6 La reconnaissance idéologique

Les infirmières soignantes, qui sont en contact direct avec les patients, n'obtiendraient, par ailleurs, de la reconnaissance que de ceux-ci (Carpentier-Roy, 1991 ; Martin & Pham, 2013). Martin et Alderson (2013) soulignent que le public a une forte reconnaissance à l'égard de la mission sociale de ces dernières. Les nouveaux modes de gouvernance qui ont cours au sein des CH nous amènent à questionner davantage les expériences quotidiennes de reconnaissance vécues par les infirmières soignantes (Martin, 2015). Lorsque celles-ci se manifestent, c'est souvent lorsqu'elles vont exécuter des tâches qui vont répondre directement aux besoins des gestionnaires (temps supplémentaires, tâches administratives, etc.). Ces pratiques de reconnaissance n'entraînent pas un accroissement du pouvoir des individus, mais au contraire leur assujettissement (Honneth, 2008). Les gestionnaires utilisent une idéologie managériale qui feint de reconnaître les infirmières en valorisant, par le discours, leurs compétences et leur autonomie sans assurer les conditions matérielles nécessaires pour démontrer une forme réelle de reconnaissance pour leurs aptitudes (Honneth, 2008). Ce type de gestion est malheureusement récurrent dans le domaine de la santé. « En absence de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie, les infirmières perçoivent ces responsabilités non pas comme des sources de valorisation professionnelle, mais plutôt comme des pièges ou des fardeaux générant anxiété et souffrance » (Alderson, 2005, p.81). Or, la sensibilisation des infirmières est essentielle afin de reconnaître ce type de reconnaissance, purement idéologique, qui peut avoir des effets pervers sur l'image qu'elles ont de leur identité personnelle et professionnelle (Martin & Pham, 2013).

La tendance à prioriser le bien-être des patients au détriment de celui des infirmières constituerait une rhétorique institutionnelle martelée par ceux qui sont en position de hiérarchie économique et politique élevée de manière à tuer dans l'œuf toute tentative d'amélioration des conditions d'exercice des infirmières (Martin & Alderson, 2013, p.5).

La position hiérarchique des gestionnaires et des médecins leur confère un pouvoir important sur la façon dont ils vont traiter les infirmières. Ainsi, cette façon de fonctionner, en ce qui a trait au pouvoir des infirmières, a pour effet de les rendre apathiques et manipulables pour le bien de leur cause (Martin & Alderson, 2013, p.6). Une reconnaissance idéologique représente donc un manque de reconnaissance et soumet les individus au mépris (Honneth, 2008). C'est par ces multiples expériences de reconnaissance idéologique que les infirmières vont se remettre en question et même maintenir cette situation pour acquis.

2.7 Les infirmières et le politique

Le manque de solidarité que l'on attribue aux femmes est en fait un mythe que l'on répète à satiété afin que les femmes l'assimilent. Une telle situation sert à maintenir le statu quo et éloigne les femmes du pouvoir, permettant ainsi qu'il reste entre les mains des mêmes personnes (Lipman-Blumen, 1984, p.212).

Les gouvernements qui se succèdent au Québec, pour ce qui est de la santé et de l'éducation, ont souvent décidé de suivre la même ligne de pensée. À vrai dire, ils perpétuent une démarche comptable de socialisation des déficits et de privatisation des gains (Bessaïh, 2013). Ainsi, pour contrer l'oppression, il est difficile de considérer l'émancipation de tous les individus « à l'intérieur d'un État patriarcal et paternaliste disposé à exercer arbitrairement son autorité en usant du pouvoir légal et judiciaire à des fins répressives et violentes » (Voisard, 2013, p.193). Dans ces conditions et d'après Larivière (2013),

le rôle des femmes est essentiel dans les luttes sociales, ne serait-ce que pour rétablir la démocratie, en trouvant les moyens de se faire entendre, de faire entendre leurs opinions, leurs préoccupations et en bousculant l'ordre établi. Et cet élément est fondamental, car nous vivons actuellement dans un monde principalement dirigé par des hommes (p.294).

Les femmes ont toujours été socialisées à se faire discrète dans l'espace public (Reynolds, 2013), n'étant pas à l'abri d'une prédominance de la socialisation traditionnelle genrée au sein des familles. Cette intégration « promeut une féminité effacée, retirée, rangée, pour ne pas dire " à sa place " ; [...] et qui n'encourage pas la prise de parole et l'affirmation chez les filles » (Roy-Blais, 2013, p.54). Dans la sphère publique ou en politique, les femmes qu'elles deviendront auront considérablement de choses à accomplir pour être reconnues comme les égales des hommes. Elles devront travailler sans cesse pour faire reconnaître leur statut et leur valeur (Desjardins, 2013). En ce sens, « les femmes sont les gestionnaires de décisions qu'elles n'ont pas prises et qu'elles ne peuvent [encore] prendre. La scène politique [et celle du social au sens large] s'est construite en acceptant le refus de constituer les femmes comme sujets politiques » (Dauphin, Farge & Fraisse, 1986, p.288). Et pourtant, dans notre société, un groupe de femmes qui représente le plus justement le stéréotype de genre féminin est, sans l'ombre d'un doute, les infirmières (Cohen, 2004 ; Vallée-Desbiens, Philibert & Demers, 2013).

Nos prédécesseuses se sont engagées dans le combat pour le droit de vote des femmes, pour l'accès au contrôle des naissances, pour l'amélioration des conditions de vie et de travail des ouvriers et de leurs familles, pour l'accès à des soins de santé

publics de qualité pour toutes et tous. Il s'agit d'un volet de l'histoire des soins infirmiers beaucoup moins connu et qui n'est malheureusement pas enseigné durant notre formation (Vallée-Desbiens, Philibert & Demers, 2013, p.144).

Plus spécifiquement, les infirmières ont fait parler d'elles, dans les tribunes, pour différentes raisons. « Il y a eu d'abord la grève, puis la fatigue, le ras-le-bol, la surcharge de travail, l'augmentation du nombre de congés maladie, l'épuisement, et finalement la pénurie de main d'œuvre [...] » (Goulet & Dallaire, 2002, p.199). À l'origine, l'entrée des sciences infirmières à l'université et l'obtention du titre d'infirmière enregistrée sont des moments marquants de l'histoire de la profession infirmière. Cependant, ils demeurent douteux en termes d'émancipation des femmes (Cohen, 2004). Les infirmières sont ainsi prises entre la survie des différences entourant le sexe et la nécessité de les anéantir dans l'espace public, en développant autre chose, qui permettraient de conserver cette différence importante à leur identité en tant que groupe (Carpentier-Roy, 1991). En effet, en ce qui a trait aux infirmières, certains diront que si elles revendiquent, ce n'est pas commun et qu'elles n'ont pas leur place au sein du politique et, pourtant, c'est tout le contraire. Car, « le *care* d'aujourd'hui occupe un espace résolument politique » (Bourgault & Perreault, 2015, p.11). D'après Garon (2006), ces dernières années, des infirmières ont adhéré à des efforts de grève afin de revendiquer une meilleure rémunération. Les écrits de Vallée-Desbiens, Philibert et Demers (2013) appuient également le constat que les infirmières sont des membres importants du politique :

Dans un monde où la loi est essentiellement celle du plus fort, où le tissu social se désagrège en laissant de plus en plus de gens en marge et sans ressources, et où il faut avoir beaucoup d'argent pour faire valoir ses droits ou se défendre devant la justice, choisir d'exercer un métier où la dignité intrinsèque de l'Autre est au cœur des préoccupations et des actions, c'est faire un choix politique, éthique et moral. C'est choisir l'empathie plutôt que la coercition, le dialogue plutôt que la démagogie, la solidarité humaine plutôt que la répression (p.150).

En réponse à cela, les sciences infirmières ont une place incontestable à prendre au sein du politique. Lorsque nous parlons « du » politique, nous faisons référence aux enjeux de pouvoir qui ont un impact considérable sur « l'organisation de la vie en société » (Dallaire, 2008, p.457). Les infirmières doivent et peuvent agir politiquement pour ébranler le *statu quo*. Car, si on conçoit que l'organisation du travail infirmier dans les hôpitaux est en lien avec le processus d'industrialisation, on est à même de voir l'aspect politique et socio-économique intervenir. Ainsi, la solution pour contrer la souffrance chez les infirmières passe inévitablement par l'action politique (Carpentier-Roy, 1991). De ce point de vue, l'action politique, qui vise à éliminer des injustices comme dans ce cas-ci, doit obligatoirement passer

par un changement des normes de reconnaissance dominantes. Ce type d'action « n'est réalisable que si ceux qui la portent et ceux qui y consentent se réfèrent à des " normes de reconnaissance ", pour les soutenir ou pour les contester » (Pourtois, 2009, p.176). Par conséquent, la reconnaissance est cruciale pour les infirmières et pour la revendiquer, il y a inévitablement un passage vers l'action politique. Comme le résumé Lévesque-Boudreau (2002) :

Tout au long de leur histoire, [...] les infirmières québécoises ont éprouvé de grandes difficultés à obtenir la juste reconnaissance de leur contribution au système de santé. Cet état de fait s'est notamment manifesté, au cours des dernières décennies, par les luttes épiques qu'elles ont dû livrer pour faire reconnaître la valeur pécuniaire de leur travail et la complexité des soins qu'elles dispensent, voire pour obtenir une formation à la hauteur des responsabilités qu'on leur confie (Lévesque-Boudreau, 2002, p.181).

Un exemple concret est la grève de 1963 par 250 infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine. Cette grève illégale d'un mois a permis une réelle reconnaissance sociale des infirmières passant d'une carrière vocationnelle à une profession à part entière aux yeux de la société. Malheureusement, ce moment de l'histoire est quasi tombé dans l'oubli (Plamondon Emond, 2013). En somme, chaque infirmière doit exploiter son influence politique « afin qu'émerge une reconnaissance sociale véritable de la profession et de la discipline infirmières si ardemment désirée [...] (Goulet & Dallaire, 2002, p.404). Et, pour ce faire, les infirmières doivent agir politiquement.

2.8 L'action politique

Le monde dans lequel nous évoluons, façonné par une logique mécanique et industrielle, s'est ingénié à fragmenter la réalité en une somme d'individus, séparés les uns des autres, organisés en silos. Or, la réalité est infiniment plus complexe qu'une chaîne de montage. Elle est le résultat d'un vaste réseau d'interdépendances. Nous ne pouvons plus réfléchir ou agir indépendamment du reste du monde, nos réponses doivent être complexes, holistiques. Notre découragement vient très souvent du fait que nos actions semblent perdues dans l'océan. Nous avons besoin de les articuler, de les situer dans une stratégie plus globale. Or, les spécialistes de l'organisation collective vous le diront, une stratégie naît d'une vision (Dion, 2018, p.47).

Agir quotidiennement et politiquement ne peut être séparé au moyen et long cours (Dion, 2018). Évidemment, cette action énonce l'usage de pouvoir et d'influence (Dallaire, 2008). Puisqu'il est quasi impossible, pour les infirmières, de changer la structure interne des institutions hospitalières, car « ces mégastuctures sont construites pour fonctionner dans le modèle capitaliste, consumériste, fondé sur la croissance » (Dion, 2018, p.42), il est alors crucial, pour ces dernières, d'avoir des connaissances

en ce qui a trait à l'action politique. Au sein de la littérature, cette idée s'avère complexe et plusieurs auteurs ont tenté de la définir. Ici, nous nous sommes spécifiquement intéressés à la définition de ce concept via l'œuvre de Muller (1981). D'après cet auteur, les stratégies d'action politique sont expliquées et déterminées à travers des buts moraux comme « retrouver la liberté » ou « rendre justice ». En ce sens, l'action politique doit servir une cause, politique ou sociale, en vue d'une transformation des rapports de domination. Ce dernier distingue deux grandes stratégies d'action politique soit des actions directes de non-coopération et des actions directes d'intervention. D'une part, le principe des actions directes de non-coopération, comme le dialogue ou l'appel à l'opinion publique, découle des injustices ancrées dans notre société, par des institutions ou des lois, qui sont maintenues comme telle par la complicité, la coopération, des membres de cette dite société. D'autre part, toujours selon Muller (1981), lorsque ces dernières stratégies ne peuvent plus être utilisées, les actions directes d'intervention, comme la désobéissance civile ou le *sit-in*, peuvent être envisagées. Ces actions politiques peuvent à la fois avoir une visée collective (Muller, 1981) et/ou individuelle (Durand, 2004). Sans aucun doute, l'action politique se doit d'être préparée pour faire face aux obstacles qui découlent des rapports de force auxquels il est possible de s'opposer. (Durand, 2004 ; Muller, 1981).

Pour les infirmières, il est important d'articuler un récit commun, entre elles, pour la création d'actions politiques émancipatrices, car parvenir à convaincre une majorité de personnes est extrêmement difficile. Ainsi, les actions individuelles qu'elles peuvent réaliser sont fondamentales, puisque quand on les additionne, cela peut amener à des transformations plus importantes (Dion, 2018). Il est donc fondamental de sensibiliser les infirmières également à ces actions puisque « nous pouvons tous exercer notre responsabilité, notre libre arbitre, notre pouvoir sur une situation donnée. Nous pouvons " faire notre part " » (Dion, 2018, p.31). Parallèlement, il est à noter qu'

une multitude d'expériences montrent que vouloir s'attaquer immédiatement à un objectif trop grand est voué à l'échec. Alors qu'une stratégie globale faite d'une succession de petits pas, de petits objectifs stratégiques, de petites batailles remportables et remportées peut conduire plus rapidement à de grandes transformations (Dion, 2018, p.116).

Ainsi, chaque petit geste compte et les infirmières gagneraient à en être conscientes. Goulet et Dallaire (2002) affirme concrètement que « le premier pas dans l'action politique [devrait être] la mise au point d'un discours et d'actions qui doivent rendre les soins infirmiers plus visibles et mettre en évidence leur contribution au système de santé » (p.220).

Au Québec, des changements au sein des rapports de pouvoir des acteurs du système de santé ont influencé les ressources utilisées à son fonctionnement (Roch, O'Neill & Boyer, 2010). En réponse à ces transformations, des professionnelles se sont mobilisées politiquement tandis que d'autres, « pour diverses raisons idéologiques, structurelles et techniques, sont [encore aujourd'hui] peu enclins à intervenir sur la dimension politique des problèmes qu'ils vivent en pratique » (Roch, O'Neill & Boyer, 2010, p.8). Comme raisons idéologiques, il y est retrouvé que le politique est défini, par les professionnelles de la santé, comme étant contraire aux valeurs de base de la profession qu'ils exercent. Il apparaît comme un univers de magouille comparé à des services d'aide aux individus où la compassion, le vivre ensemble, y est impératif. D'autant plus que la charge de travail importante, de ces professionnelles, peut être considérée comme une raison structurelle pour ne pas s'engager politiquement (Roch, O'Neill & Boyer, 2010).

Le survol des différents thèmes présentés au sein de la recension des écrits a une grande importance pour la discipline infirmière et ainsi, nous inspire quelques réflexions balisant notre étude. Des contraintes dominantes telles que l'actuel mode d'organisation sociopolitique, dans lequel évoluent les infirmières, le patriarcat et la place de la médecine caractérisent leurs conditions d'exercice au quotidien. Ces contraintes ont également un impact important sur la reconnaissance professionnelle de ces dernières. Ainsi, à travers le champ de la philosophie, des sciences sociales et des sciences infirmières, nous sommes d'avis que l'articulation des thèmes présentés dans cette section permet de mettre à l'épreuve nos questions de recherche.

Chapitre 3 : Considérations méthodologiques

Dans cette section, nous aborderons la méthode sélectionnée, au sein de ce projet de recherche, pour décrire et saisir le vécu des infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés en ce qui a trait aux expériences de reconnaissance qu'elles vivent ou non au quotidien et les répercussions que cela peut avoir sur leur pratique professionnelle. De la même façon, nous examinerons les actions individuelles et collectives que ces infirmières mettent en œuvre pour favoriser la transformation de l'exercice infirmier dans ces secteurs et pour revendiquer, d'une certaine façon, la reconnaissance qu'elles méritent. Ainsi, dans cette section, le positionnement épistémologique, le devis de recherche, le milieu de l'étude, la stratégie de recrutement et d'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques y seront détaillés.

3.1 Positionnement épistémologique

Notre positionnement épistémologique s'inscrit au sein de la théorie critique. La théorie critique permet « de faire monter en généralité une souffrance sociale vers le " politique " [...] » (Frère, 2015). Ainsi, à travers une critique de notre mode d'organisation sociopolitique qu'est le capitaliste, les défenseurs de la théorie critique tentent de comprendre les évolutions sociales des sociétés contemporaines « tout en s'efforçant de les dépasser par l'élaboration d'une pensée pratique de l'émancipation ». (Honneth, 2013). Selon De Munck (2009), la théorie critique s'appuie sur les bases d'un programme de sociologie critique qu'il définit comme suit :

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) (p. 3).

Nos questions de recherche sont donc articulées de manière à avoir une réflexion sur ce qui est – l'ordre social en place au niveau des expériences de reconnaissance vécues par les infirmières québécoises exerçant en secteur de soins spécialisés – et sur les actions politiques transformatrices que ces infirmières mettent en place pour déstabiliser cet ordre dans lequel elles s'inscrivent.

Plus particulièrement, nous nous sommes inspirés de l'analyse postmoderniste développée par Boisvert (1997). Cette approche méthodologique, pouvant être utilisée comme un instrument théorique, permet de mieux saisir les phénomènes sociopolitiques complexes du monde contemporain dans lequel les participantes évoluent (Boisvert, 1997). Cette analyse prône l'égalité des interprétations en encourageant les idées divergentes et la « multiplication des prises de paroles » (Boisvert, 1997, p.85). En somme, cette approche interprétative et critique permet d'utiliser différentes réflexions théoriques comme le féminisme, le postcolonialisme, le postmodernisme ou le poststructuralisme de manière à avoir différentes interprétations des expériences vécues recueillies au sein de cette étude (Martin, 2015). Cette perspective analytique est inclusive puisqu'elle considère toutes les interprétations possibles de façon égale afin de mieux saisir la complexité du monde contemporain (Boisvert, 1997).

3.2 Devis de recherche

Un devis de type qualitatif inductif avec analyse thématique a été utilisé pour ce projet de recherche. Ceci, dans une optique de s'inscrire directement au sein de la théorie critique (Denzin & Lincoln, 2005). Ce devis permet une mise en valeur du point de vue des participantes ainsi qu'une exploration précise de leur vécu au quotidien. Cela permet également de mettre en évidence les transformations qu'elles désirent voir advenir.

3.3 Milieu de l'étude

Dans le cadre de cette étude, les locaux de l'Université Laval ont été ciblé comme milieu d'étude afin de favoriser au maximum la liberté d'expression des participantes. En ce sens, ils nous semblaient important que ces dernières n'associent pas leur milieu de travail au milieu d'étude afin de rechercher une neutralité optimale pour les entrevues semi-structurées.

3.4 Stratégie de recrutement et d'échantillonnage

3.4.1 L'échantillonnage

Tout d'abord, le chercheur principal de ce projet de recherche, plus précisément mon directeur de recherche, a effectué une prise de contact, par courriel, avec les dirigeants de la Fédération

Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Ceci, dans le but de planifier une rencontre pour leur expliquer l'évolution du projet de recherche, son but ainsi que son déroulement à venir. Lors de cette rencontre avec l'organisation syndicale, cette dernière nous a permis d'accéder à des listes d'infirmières qu'elles représentent, nous permettant ainsi de sélectionner et d'inviter des participantes potentielles à participer à l'étude. Sachant que la FIQ représente la majorité des infirmières québécoises, nous pouvions prévoir une banque de noms diversifiée et assez grande pour l'échantillon attendu de cette étude.

Deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées au sein de cette étude. Tout d'abord, un échantillonnage intentionnel, « aussi appelé " échantillonnage par choix raisonné " » (Fortin & Gagnon, 2016, p.271) a été utilisé pour le recrutement des participantes. D'après Maxwell (2005), cette méthode est privilégiée en recherche qualitative. Ce type d'échantillonnage permet de sélectionner des participantes potentielles « possédant les caractéristiques recherchées » (Morse, 1990) pour l'étude, donc à partir de critères précis initialement développés par le chercheur principal. Le choix des participantes provient, en majeure partie, des informations obtenues grâce aux listes de la FIQ. Il est toutefois à noter, que parallèlement à la méthode expliquée précédemment, une liste de participantes potentielles avait été initialement élaborée, car 15 entrevues avaient été réalisées par le chercheur principal et un professionnel de recherche, avant la prise en charge des dernières entrevues pour ce mémoire. Ainsi, il a été possible de sélectionner des participantes avec des caractéristiques différentes des premières entrevues pour une meilleure perspective des différents secteurs de soins spécialisés. Les participantes qui ont été choisies à partir de ces différents processus ont été contactées par courriel ou par téléphone. Ceci, afin de déterminer si elles répondaient aux critères de sélection et pour valider leur intérêt à recevoir le formulaire d'information et de consentement. Il est important de souligner que, suite à la discussion téléphonique et de l'envoi du formulaire, les participantes avaient une période de réflexion de 48 à 72 heures avant l'entrevue pour consentir à la recherche. Par la suite, le formulaire était signé lors de l'entrevue. Finalement, nous avons également utilisé un échantillonnage par réseaux, « aussi appelé " échantillonnage en boule de neige " » (Fortin & Gagnon, 2016, p.272), afin que les participantes de l'étude puissent mettre à profit leur propre réseau de manière à identifier des personnes potentielles nous permettant ainsi d'élargir nos perspectives de recrutement pour le projet de recherche.

La taille de l'échantillon dans la recherche qualitative est difficile à prévoir, puisqu'il n'y a aucune règle définie pour la déterminer (Patton, 2002 ; Richards & Morse, 2012). Dans cette optique, nous voulions un échantillon qui permet d'obtenir des données pertinentes en accord avec la disponibilité des participantes, le contexte et l'échéancier prévu. Nous étions également sensibles au point de redondance pour déterminer le nombre de participantes. Car, « la norme qui fixe la taille de l'échantillon est l'atteinte de la saturation des données, qui se produit lorsque le chercheur s'aperçoit que les réponses deviennent répétitives et qu'aucune nouvelle information ne s'ajoute » (Fortin & Gagnon, 2016, p.278). Au sein de ce mémoire, il était initialement prévu de faire 6 entrevues dans le but de compléter les entrevues semi-structurées individuelles, pour un total de 21 participants(es) au sein de l'étude principale. Il est à noter que la transcription des bandes audio s'est effectuée au fur et à mesure des entrevues, de manière à ce que la redondance des concepts soit rapidement détectée et utilisée comme un indicateur de saturation.

3.4.2 Critères de sélection

Les critères généraux de sélection des participantes se détaillaient comme suit : être une infirmière qui exerce dans un secteur de soins spécialisés ; être à l'emploi depuis au moins six mois ; s'exprimer en français ; avoir un intérêt pour participer à l'étude ; se sentir confortable à s'exprimer sur le sujet et être politiquement engagée. Dans le cadre de l'étude plus large dans lequel ce projet s'inscrit, il était prévu d'interroger des infirmières exerçant un large éventail de rôles effectués dans des secteurs de soins spécialisés : infirmière clinicienne spécialisée (ICS), infirmière pivot en oncologie (IPO), infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI) et IPS (en soins aux adultes, en néonatalogie, en santé mentale, en soins pédiatriques, en soins de première ligne). Ce sont des infirmières qui détenaient un diplôme de 1^{er} ou de 2^e cycle universitaire. Dans le cadre plus spécifique de ce projet de recherche, les entrevues qui ont été réalisées l'ont été auprès d'IPS seulement. Cela en fonction des considérations relatives aux besoins d'hétérogénéité de l'échantillon du projet central. Si ce choix a permis de rendre plus hétérogène, plus représentatif, l'échantillon du projet plus large dans lequel notre projet de recherche s'inscrit, l'échantillon de ce dernier a, pour sa part, été plus homogène vu la sollicitation d'IPS seulement. Toutefois, avoir eu accès à l'ensemble du corpus des données du projet central nous a permis d'aller en quête d'une diversité de point de vue relatif au but de notre étude plus spécifique sans devoir nous limiter seulement à celui des IPS.

Afin de valider l'engagement politique des infirmières participantes, la question suivante 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 ? » (Martin, 2015, p. 151). Cette question était posée dès le premier contact avec la participante afin de déterminer si elle répondait correctement aux critères d'inclusion. À la moindre hésitation, nous préférons choisir quelqu'un d'autre, car plus la participante était engagée politiquement, plus elle serait une excellente répondante pour l'étude et c'est ce que nous voulions privilégier.

3.5 Techniques de collecte de données

Un questionnaire de données sociodémographiques, un journal de bord ainsi que des entrevues semi-structurées individuelles ont été utilisés pour mener la collecte de données de ce projet de recherche.

3.5.1 Le questionnaire de données sociodémographiques

À l'aide d'un formulaire unique prédéfini, certaines données sociodémographiques ont été recueillies au début des entrevues. Ces données nous ont permis de connaître le profil de chaque participante. Des questions en ce qui a trait à l'âge, le sexe, l'état civil, la spécialité, le nombre d'années d'études complétées ainsi que le nombre d'années de pratique à titre d'infirmières ont été posées dans ce questionnaire (Annexe C).

3.5.2 Le journal de bord

Le journal de bord, aussi connu sous le vocable de journal de terrain, a été utilisé pour noter, jour après jour, l'évolution de la recherche. Cet outil permettait de laisser une trace des différentes réflexions et idées qui ont marqué le cheminement du processus de recherche.

Conformément aux directives de Beaud et Weber (2003), ce journal était composé de deux parties distinctes, tout en étant étroitement liées. Les pages de droite représentaient le journal d'enquête et les pages de gauche décrivaient le journal de recherche. La date et le lieu où une page était écrite apparaissaient en haut de chacune des pages. Si une conversation était rapportée ou des réflexions en lien avec cette dite conversation, le nom de la personne impliquée y était noté. Les pages du journal d'enquête (à droite) contenaient des informations concernant les différentes impressions et descriptions sur le déroulement des entrevues ainsi que sur les données non verbales des participantes. En ce sens, les informations en lien avec le langage corporel ainsi que sur la prise en compte des traits du visage permettaient de contribuer à la rigueur scientifique du projet de recherche (Martin, 2015). Des livres qui ont marqué les balbutiements de ce projet, des articles de presse, des articles scientifiques, des réflexions personnelles et des photos étaient intégrés dans le journal d'enquête. Les questionnements ainsi que les différentes analyses en lien avec le journal d'enquête étaient consignés au niveau des pages de gauche, soit dans le journal de recherche. Comme le soulignent Beaud et Weber (2003), ces textes, pouvant être modifié ou majoré, constituaient les « premiers embryons » de la rédaction du projet de recherche.

En somme, ce journal de bord a permis une prise de conscience des différentes réflexions à privilégier pour mener à bien la recherche en soi, mais également sur notre perspective en tant que chercheur. Cet exercice de distanciation permet à la personne qui conduit la recherche de se soumettre à un « interrogatoire approfondi » (Beau & Weber, 2003).

3.5.3 Les entrevues semi-structurées individuelles

Ce type d'entrevue a été réalisé au sein de ce projet de recherche en suivant un guide préalablement élaboré par le chercheur principal (Annexe E). Le contenu de ce guide d'entretien découlait des questions de recherche. L'organisation logique des questions, dans le guide d'entrevue, a été façonnée de manière à permettre la modification de cet ordre en fonction des réponses des participantes tout au long des entretiens (Richards & Morse, 2012). Ces entrevues semi-structurées individuelles servent « à recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leur expériences [...] » (Fortin & Gagnon, 2016, p.320). De cette façon, il est davantage approprié de poser des questions à caractère personnel avec le développement d'un climat de

confiance qui émane de ce type d'entrevue. Cela permet également d'aborder l'objet de recherche et les différentes discussions associées aux questions, plus en profondeur, et de donner une certaine liberté aux participantes.

Découlant des indications de Fontana (2002), les entrevues ont été réalisées de manière à permettre une collaboration et l'établissement d'un lien de confiance entre les participantes, l'étudiante-chercheuse et le chercheur principal. De cette façon, cela nous a permis de les considérer comme partenaires à part entière et de leur démontrer notre implication politique auprès d'elles (Denzin, 1997). Il était également important de ne pas utiliser une posture paternaliste, une relation traditionnelle qui peut parfois prendre place lors des entrevues (Fontana, 2002), afin de valoriser la place que doit jouer la participante au sein de ce projet de recherche dans le but de respecter ses idées (Martin, 2015). Comme l'indique Fontana (2002), c'est à travers un « espace de reconnaissance » qu'il est possible d'articuler la valeur du point de vue des participantes au processus de recherche.

Lors des journées d'entrevue, le but de la rencontre et de la recherche était clairement expliqué à chacune des participantes. Après avoir obtenu le consentement de celles-ci, les entrevues étaient enregistrées sur une bande audio de manière à ce que leur contenu puisse être retranscrit selon le système de notation de Silverman (1993). Les entrevues étaient d'une durée comprise entre 60 et 90 minutes.

3.6 La méthode d'analyse des données

Pour l'analyse des données de notre recherche qualitative, nous nous sommes référés à Paillé et Mucchielli (2016) pour effectuer une analyse thématique. Cette dernière nous a permis de « repérer ce qui est essentiel dans un matériau donné et [de] 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 entre eux (Martin, 2015, p.162). Plus précisément, d'après ces deux auteurs, « l'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236).

La première fonction [de repérage] 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 recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction [de documentation] va plus loin et concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des

oppositions ou divergences entre les thèmes [...] Il ne s'agit plus seulement de repérer des thèmes mais également de vérifier s'ils sont récurrents d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent... (p.236).

Afin de procéder à l'analyse thématique, nous devons passer à travers différentes étapes pour réaliser cette démarche. Ainsi, les trois principaux éléments à prendre en compte étaient : « la nature du support matériel, le mode d'inscription des thèmes, et le type de démarche de thématization » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.239). Pour ce qui est du support matériel, nous avons utilisé un support logiciel, en excluant l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative spécialisée, puisque le corpus à analyser était volumineux. « Comme les transcriptions intégrales des enregistrements audionumériques des entrevues individuelles [...] ont été effectuées dans un format commun à l'aide d'un logiciel de traitement de texte » (Martin, 2015, p.162), le mode d'inscription en marge a été utilisé, lors des différentes lectures des transcriptions, afin d'annoter chacun des thèmes. Puisque le corpus a analysé était volumineux, nous avons également priorisé une démarche de thématization séquentielle à travers de laquelle nous avons sélectionné la première entrevue réalisée par l'étudiante-chercheuse afin de « constituer une fiche thématique » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.241) nous permettant de l'utiliser pour thématiser les autres transcriptions. Au fil des analyses, certains thèmes ont été ajoutés à cette liste. De cette façon, nous pouvions graduellement regrouper certains thèmes en plus de noter leur récurrence à travers le corpus de données. Comme nous le verrons dans le quatrième chapitre de ce mémoire, les thèmes découlent de notre analyse thématique.

La posture critique et postmoderniste que nous avons décidé de faire intervenir dans ce projet était nécessaire à cette analyse. Ainsi, l'analyse postmoderniste proposée par Boisvert (1997) a été utilisée à la suite de la démarche analytique afin de faire intervenir des réflexions théoriques nous permettant de faire ressortir les expériences vécues des participantes.

3.7 Critères de rigueur scientifique

Dans cette section, il sera question des critères de rigueur scientifique utilisés dans ce projet de recherche pour l'analyse qualitative des données. Nous adhérons aux critères relatifs à la crédibilité, à la transférabilité, à la fiabilité et à la confirmabilité initialement développés et adaptés par Lincoln et Guba (1985) pour les recherches qualitatives.

3.7.1 Crédibilité

La crédibilité est un critère qui permet d'évaluer « dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée » (Fortin & Gagnon, 2016, p.377). Ainsi, c'est une garantie que le chercheur fournit en ce qui a trait à la qualité de ses observations au regard des interprétations qui en découlent (D'Amour, 1997). La restitution de la transcription des *verbatim*s pour chaque entrevue individuelle ainsi que les échanges avec le directeur de recherche quant aux résultats obtenus (*debriefing*) a permis de favoriser la rigueur scientifique de ce projet de recherche en matière de crédibilité.

3.7.2 Transférabilité

Le critère de transférabilité consiste « à l'application éventuelle des conclusions tirés de l'analyse des données à d'autres contextes similaires » (Fortin & Gagnon, 2016, p.378). C'est donc tout ce qui s'apparente à la généralisation des résultats de l'étude. Comme le soulignent ces mêmes autrices (2016), en s'appuyant sur les écrits de Lincoln et Guba (1985), c'est davantage une « transférabilité analytique » qui est possible dans les études interprétatives (qualitatives) puisque l'inférence des résultats par rapport à une population est irréalisable. Afin d'atteindre ce critère de rigueur scientifique, nous avons surveillé la redondance de certains concepts ou thèmes, communément appelé des indicateurs de saturations, lors de la transcription des *verbatim*s. Notre journal de bord nous a également permis de repérer rapidement les contextes pouvant répondre à ce critère.

3.7.3 Fiabilité

Afin d'assurer le critère de fiabilité, selon Pourtois et Desmet (1989), il incombe que les résultats de l'étude permettent une indépendance quant aux idéologies et théories du chercheur. De cette façon, tout au long de l'étude, nous nous sommes assurés de prendre en compte les biais possibles, inhérents à cette étude. Ainsi, toutes les réflexions en lien avec ces biais étaient consignées dans le journal de bord prévu à cet effet.

3.7.4 Confirmabilité

Le critère de confirmabilité « renvoie à l'objectivité dans les données et leur interprétation » (Fortin & Gagnon, 2016, p.378). Ainsi, cela assure une neutralité dans l'analyse des données des participantes et évite tout point de vue extérieur des chercheurs (Guba, 1981). Afin de répondre adéquatement à ce critère, nous avons utilisé la triangulation d'analyse. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a préalablement analysé les différents *verbatim*s pour ensuite les faire valider par le directeur de recherche.

3.8 Considérations éthiques

Le projet de recherche, en amont de celui-ci, a obtenu l'accord du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL) et porte le numéro d'approbation suivant : 2016-124R-2. Ce dernier était toujours valide lors des démarches. Puisque mon projet de maîtrise constitue un des volets de cette recherche et qu'il ne nécessite aucun recrutement non initialement prévu, une demande d'exemption a été demandée auprès du CERUL avant de passer en mode terrain. Ainsi, le formulaire VRR-103 a été dûment complété et l'exemption a été approuvée par le CERUL.

Le consentement libre et éclairé de chacune des participantes a été obtenu, et ce, de façon écrite avant chacune des entrevues. Dans ce document, le but de l'étude était adéquatement expliqué et les participantes étaient informées de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, sans aucune justification. Il était important de les aviser que leurs propos allaient être enregistrés lors des entrevues semi-structurées ainsi que la raison pour laquelle nous fonctionnions ainsi. Tout au long de ce projet, l'anonymat des participantes a été préservé grâce à l'utilisation de pseudonymes et toutes les données recueillies ont été conservées sous clef et détruites à la fin du projet de recherche.

Il est important de souligner que si des participantes ressentent le besoin de poursuivre leur discussion ou d'avoir un soutien psychologique particulier, découlant des diverses entrevues, nous pourrions les diriger vers le professionnel approprié pour répondre à leurs volontés.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Dès les balbutiements de ce projet de recherche, notre intérêt premier a été d'explorer les expériences de reconnaissance vécues au quotidien par les infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés, ainsi que la façon dont ces expériences se répercutent sur leurs conditions d'exercices. L'intérêt de ce mémoire découle de la rareté des études scientifiques s'intéressant à ce phénomène. Il en est de même pour les actions que ces infirmières mobilisent pour revendiquer une meilleure reconnaissance de leur travail. Bien que ces éléments soient davantage touchés depuis les dernières années dans les écrits théoriques en sciences infirmières, ce sont majoritairement des infirmières soignantes qui sont interpellées au sein des études scientifiques.

Afin d'atteindre cet objectif, la première question de recherche s'intéressait aux expériences de reconnaissance vécues au quotidien dans le contexte de l'exercice élargi infirmier en secteurs de soins spécialisés. En particulier, la prise de conscience du phénomène et une mise en regard du concept avec les conditions de travail actuelles. Finalement, la dernière question de recherche visait à investiguer les actions politiques déjà mises en application ou des idées que ces dernières aimeraient réaliser, dans une perspective d'amélioration des conditions d'exercices, afin de favoriser une meilleure reconnaissance de leur travail.

À partir de la méthode d'analyse thématique développée par Paillé et Muchielli (2016), nous avons dégagé des *verbatim*s de ces entrevues, deux axes thématiques majeurs sous lesquels se trouvent différents regroupements de thèmes, conformément aux deux questions de recherche préalablement présentées. La première question est englobée dans le premier axe et la deuxième question dans le second. Ces axes thématiques sont les suivants :

- Axe I : Reconnaissance
- Axe II : Actions politiques

Non seulement les *verbatim*s de l'étudiante-chercheuse ont été utilisés à travers le chapitre, mais également ceux du projet central dans lequel le projet s'inscrit. Bien que la grande majorité de l'échantillon soit composé d'IPS, il est à noter que pour répondre adéquatement aux deux questions

de recherche, tous les *verbatim* des participantes exerçant en secteur de soins spécialisés ont été utilisés (ICS – ICS-PCI – IPO).

4.1 - Axe I : Reconnaissance

Dans le cadre de cette étude, nous avons tout d'abord recueilli des données au sujet de la reconnaissance du point de vue des participantes. Ces dernières nous ont démontré un grand intérêt pour ce phénomène et ont tenté de le comprendre à travers différentes facettes tout au long des entrevues individuelles. Cette section de la présentation des résultats répond à notre première question de recherche qui est la suivante : quelles sont les expériences de reconnaissance vécues au quotidien [par les infirmières exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés] et les contraintes associées ? D'après la majorité des participantes, une reconnaissance légitime passe, avant tout, par la compréhension de leur rôle professionnel. Ainsi, la compréhension du rôle constitue le premier thème de cet axe. La reconnaissance des patients, la reconnaissance sociale ainsi que la reconnaissance salariale sont aussi des thèmes constituant ce même axe. Ces derniers émergent directement de leur discours et sont particulièrement intéressants à soulever au sein de ce projet de recherche, puisqu'ils permettent de saisir le concept de reconnaissance dans sa globalité. La reconnaissance étant un sujet peu discuté dans la littérature en sciences infirmières, nous sommes convaincus que cela apportera des réflexions pertinentes dans ce présent mémoire et au sein de la profession infirmière en général.

4.1.1 – Compréhension du rôle

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, la majorité des participantes nous ont partagé leurs expériences de reconnaissance vécues au quotidien lors des entrevues individuelles. Partant de cela, ces dernières nous ont fait remarquer un lien important entre la compréhension de leur rôle professionnel à titre d'IPS et la reconnaissance qu'elles reçoivent de la part des patients ou de leurs collègues.

Tout d'abord, certaines participantes nous ont fait part de diverses réactions des patients en ce qui a trait à leur premier contact avec une IPS. En voici un exemple :

C'n'est pas une infirmière que j'veux, c'est un médecin' [...] Même si tu leur dis : oui, mais l'infirmière praticienne peut régler ça ce genre de problème là : non, c'est un médecin que j'veux [...]. (Ève, 016-IPS)

La compréhension de la population en générale sur les différents rôles des professionnels au sein de notre système de santé québécois est limitée. Comme le soulignent Linda (012-IPS) et Julie (017-IPS), « au niveau des patients des fois, ils ont l'impression que l'IPS c'est l'infirmière du médecin ». De cette façon, l'infirmière est encore perçue comme étant l'exécutante du médecin. Ainsi, le rôle de l'IPS peut être difficile à saisir pour certains. Parfois, les patients oublient complètement la profession infirmière et se réfèrent directement à la profession médicale dans leur compréhension du rôle des IPS. Pourtant, ce sont deux professions à part entière. Jocelyne (001-IPS) avance même le fait que cela est un « réflexe » chez les gens, puisqu'ils ont toujours été habitués à voir le médecin avant tout. Partant de ce fait, les IPS tentent au quotidien de faire valoir leur profession notamment au sein des GMF.

T'es comme un mini-médecin pis...c'est toujours... j'continue à dire : 'j'ne suis pas un mini-médecin. J'suis vraiment loin d'être un mini-médecin. Pis j'ne veux pas être un mini-médecin.' C'est plus que ça. C'est difficile à expliquer, souvent, et c'est là, qu'on a le plus de réticences [des patients]. (Adam, 018-IPS)

Anna (020-IPS) souligne une piste de solution intéressante qui permettrait de faire connaître le rôle de l'IPS à plus grande échelle, ce qui pourrait faciliter la reconnaissance de leur plus-value.

J'pense que tout le monde qui travaille avec une IPS reconnaît le travail de l'IPS et reconnaît son rôle et son apport. On comprend bien la différence avec d'autres professionnels. C'est souvent ceux qui ne nous côtoient pas qui ont une opinion erronée ou différente et qui ne reconnaissent pas la valeur ajoutée. [...] à mes yeux, la solution c'est plutôt de s'assurer qu'il y ait des IPS aux endroits où on en a besoin. [Donc]...un peu partout. Pis j'pense que plus les gens vont être exposés – plus les autres professionnels vont être exposés – ben plus qu'ils vont nous reconnaître. (Anna, 020-IPS)

Donc, avoir une présence plus marquée des IPS au sein de notre système de santé pourrait permettre aux patients de connaître leur rôle et ainsi avoir une meilleure reconnaissance de leur pratique professionnelle. Anna (020-IPS) souligne que les gens qui travaillent avec une IPS sont plus enclins à comprendre leur rôle et à faire la différence par rapport aux autres professionnels. Adam (018-IPS) est également de cet avis et tient même à préciser ceci : « autant infirmières, physio, et cetera, j'pense qu'on a une grosse reconnaissance quand ils apprennent à te connaître ». Ce dernier met toutefois en évidence un manque d'éducation relativement au rôle de l'IPS de la part de ses collègues infirmières en spécifiant qu'il « y a beaucoup d'éducation [à faire] ». Par contre, il est convaincu « que la reconnaissance vient [...] un coup que l'éducation est faite [...] » (Adam, 018-IPS).

Dans l'ensemble, nous sommes à même de constater qu'une éducation sur le rôle de l'IPS, autant pour ce qui est des patients que pour ce qui est des collègues, peut avoir un impact important

sur la reconnaissance professionnelle au quotidien. Jocelyne (001-IPS), Matthieu (006-IPS), Joanne (007-IPS) et Sarah (019-IPS) abondent dans le même sens que les autres participantes. D'ailleurs, Sarah (019-IPS) pousse même la réflexion plus loin en précisant :

J'pense qu'on a besoin d'être reconnu selon ce qu'on fait pis nos responsabilités. On a besoin de [...] juste connaître le rôle pis les différences pis de voir par la suite où ça nous amène. (Sarah, 019-IPS)

Dans un autre ordre d'idées, Adam (018-IPS) a voulu partager son expérience vis-à-vis de ces collègues médecins. Particulièrement lors des stages, il souligne que les IPS sont perçues comme des résidents en médecine, Linda (012-IPS) nous en a également fait la remarque, et les médecins les feraient souvent agir comme tels malgré leurs rôles distincts.

Ils poussent, ils poussent énormément et probablement trop les IPS [...] ils nous considèrent beaucoup comme des résidents pis ils nous font agir comme ça...c'est bien, mais on n'est pas des résidents, t'sais, tu ne peux pas me demander la même chose qu'à un résident – parce qu'y a des choses que j'ne peux pas faire comme [eux] – (Adam, 018-IPS)

De cette façon, il est pertinent de réfléchir sur la reconnaissance professionnelle des IPS et sur la compréhension générale des médecins vis-à-vis de leur rôle. Donc, que ce soit au niveau de la population en général ou au sein des autres professionnels de la santé, il y a un besoin d'éducation en ce qui a trait au rôle des IPS pour une meilleure reconnaissance de leurs activités professionnelles. Selon Mélissa (014-ICS), les infirmières soignantes et les IPS elles-mêmes ont dû mal à définir et nommer ce qu'elles font, ce qui peut rendre l'éducation plus ardue. Surtout, lorsqu'elles veulent expliquer leur profession à tout un chacun.

4.1.2 – De la part des patients

Sans hésitation et à l'unanimité, toutes les participantes nous ont dit qu'elles recevaient de la reconnaissance au quotidien, mais plus spécifiquement, de la part des patients. Pour Jocelyne (001-IPS), c'est une expérience vécue comme une satisfaction. En fait, les patients sont particulièrement reconnaissants du temps que les IPS prennent avec eux lors de leurs diverses consultations, que ce soit à l'hôpital, en clinique ou au CLSC.

4.1.2.1 – Prendre le temps

Comme nous venons de le souligner, les participantes nous ont partagé le fait que les patients sont reconnaissants du temps que les infirmières, plus particulièrement les IPS, prennent avec eux. Comme c'est le cas pour Nicole (003-IPS), Sophie (005-ICS), qui exerce comme ICS, et Sarah (019-IPS) : « *j'pense que les patients sont reconnaissants qu'ont prennent le temps* ». Julie (017-IPS) abonde dans le même sens que Sarah (019-IPS) et affirme même que cela a un effet rassurant pour ces derniers. Ils ont conscience d'une prise en charge de leur santé, d'une manière moins « pressante » qu'à l'habitude, et cela a un impact sur la reconnaissance qu'ils ont des IPS.

Ça m'arrive...et ça n'arrive pas aussi rarement que ça de me faire dire : 'Heille! Julie, je suis plus à l'aise avec toi qu'avec le médecin' ou 'je suis vraiment contente, t'sais, je peux prendre plus de temps aussi avec toi pour parler de mes choses. Pis, t'sais, ça me rassure.' (Julie, 017-IPS)

De plus, Julie (017-IPS) ajoute que, d'une certaine manière, les gens ont une meilleure accessibilité aux soins. Ainsi, ils sont davantage reconnaissants et satisfaits des soins qu'ils reçoivent, puisque les IPS sont présentes aux différents points d'entrées du système de santé. Comme le rapporte Julie (017-IPS), qui pratique comme IPS-PL en GMF et qui a des périodes de disponibilité pour faire du sans rendez-vous.

[Pour] la plupart des gens, t'sais, la satisfaction, j'la reconnais [...] en faisant [du sans rendez-vous] pour tout le monde, t'sais, ça demeure que les gens ont quand même une meilleure accessibilité là. (Julie, 017-IPS)

En somme, les IPS reçoivent de la reconnaissance des patients au quotidien en étant présentes et en prenant le temps nécessaire pour répondre à leurs besoins. Ces dernières doivent effectuer leurs soins selon une temporalité précise, mais ce temps accordé aux patients ne détermine pas leur salaire au bout du compte comparativement aux médecins qui ont une rémunération d'après leurs actes posés. Donc, selon les participantes, cet aspect serait ressenti et très apprécié des patients.

4.1.3 – Sociale

Nous avons questionné les différentes participantes relativement à une autre forme de reconnaissance, la reconnaissance sociale. Tout d'abord, nous présenterons la façon dont cette reconnaissance prend place dans la minutie du quotidien. Ensuite, nous nous attarderons à la prise en compte de l'existence même de la profession d'IPS au sein de notre société. Et, en fin de section, nous présenterons les différentes contraintes que les IPS peuvent vivre en ce sens.

4.1.3.1 – Au quotidien

Au sujet de la reconnaissance au quotidien, Adam (018-IPS) affirme qu'il en perçoit à plusieurs niveaux : « *y'a quand même une belle reconnaissance. Ça fait que public, professionnel, infirmière, médecin [je trouve que] c'est pas mal reconnu* ». D'une certaine manière, ce même participant souligne que « *de prendre la parole* », ces dernières années sur la place publique, a eu un effet positif sur la reconnaissance des IPS.

Ça fait que la reconnaissance ? Elle est là un peu partout, j'pense, de plus en plus. C'a donné un gros boum dans les cinq dernières années d'en avoir parlé autant dans les médias. Les médias aussi sont de notre bord, la plupart du temps. Mais y'a toujours du chemin à faire. Tout le temps. (Adam, 018-IPS)

Du chemin à faire, il y en a encore, mais l'appui des médias de masse pourrait vraisemblablement aider la cause des IPS selon ce participant.

D'un point de vue plus sociétal, certaines participantes nous ont informé que la recherche de reconnaissance est plutôt difficile dans la minutie du quotidien.

J'pense qu'en général, on n'est pas moins ou plus reconnus que les autres [professions]. J'pense qu'en général, on n'est pas super bons pour reconnaître le bon travail des autres. Pis souvent, on a une perception qu'on n'est pas assez reconnus. (Anna, 020-IPS)

De cette façon, ce qui vient d'être dit peut avoir un impact considérable sur la perception que les IPS ont de la reconnaissance en général et sur la manière qu'elle peut être vécue.

Au sujet de la dyade entre les infirmières et les IPS, Adam (018-IPS) nous a partagé le fait qu'il se considère comme un outil de référence, comme IPS, pour ses collègues infirmières à son milieu de travail. C'est pourquoi, il perçoit cela comme une reconnaissance de son expertise. Dès lors, auprès des infirmières cliniciennes, il préfère entretenir une relation de « *réfèrent* » plutôt qu'une relation strictement basée sur la reconnaissance.

La reconnaissance est là mais j'suis surtout un outil de références [...]. C'est vraiment plus comme ça que [je le vois]. Pis j'pense que c'est comme ça en gros avec les infirmières cliniciennes en général. C'est bien. Parce que j'pense que c'est le rôle aussi qu'y faut qu'on ait. C'n'est pas juste, t'sais, j'te reconnais et t'as une expertise dans quelque chose, ça c'est correct avec la physio. Mais avec une [infirmière] clinicienne, j'veux que [l'essence de la relation] soit plus réfèrent que reconnaissant [...]. (Adam, 018-IPS)

Dans un autre ordre d'idées, des participantes nous ont fait remarquer que la comparaison entre la profession médicale et infirmière, au quotidien, peut avoir un effet sur la reconnaissance professionnelle conférée aux IPS. Fleurette (002-IPS) et Anna (020-IPS) nous rappellent, entre autres, que les IPS et les médecins ont un rôle complémentaire à jouer dans une équipe de soin et que l'idée de remplacer une IPS par un médecin démontre qu'il y a une incompréhension et une non-reconnaissance de leur valeur professionnelle.

Parce qu'une IPS ne remplace pas un médecin. Pis un médecin ne remplace pas une IPS. Dans les deux cas, t'es perdant. J pense que c'est l'équilibre qu'il faut avoir. (Anna, 020-IPS)

De ce fait, à quelques reprises lors des entrevues individuelles, il a été question des commentaires que reçoivent les IPS en ce qui a trait à leurs choix de faire des études dans le domaine des sciences infirmières. Que ce soit de la part des patients ou des membres de leur propre famille, elles reçoivent fréquemment la remarque suivante : « pourquoi être devenu IPS, pourquoi ne pas avoir étudié en médecine? ». Une remarque qui serait également souvent associée à une question salariale. De ce point de vue, Adam (018-IPS) propose une réponse tout à fait pertinente :

J ne veux pas non plus qu'on gagne deux cent mille dollars par année, t'sais, c'n'est pas pour ça qu'on l'a fait. Tout le monde me dit : ah, pourquoi tu n'as pas été médecin? C'n'est pas la même chose. C'n'est tellement pas la même chose là, on est ailleurs. (Adam, 018-IPS)

Au même titre qu'Adam (018-IPS), d'autres participantes en arrivent au même constat et réitèrent l'affirmation que l'approche professionnelle des IPS est totalement différente que celle prônée par la profession médicale.

Au-delà des réflexions des participantes permettant de mettre en lumière les différents actes de reconnaissance au quotidien, certaines ont voulu nous transmettre des idées afin de promouvoir une plus grande reconnaissance des IPS. En voici quelques exemples :

Par l'ajout de bonus, que ce soit monétaire ou vacances, t'sais, des choses alléchantes aux alentours qu'on peut faire pour rendre les infirmières et infirmiers plus contents. C'fait que oui, y'a ça comme : « heille on a beaucoup de vacances » ou « heille on a un super bon salaire » [...] C'fait que tout ce qui entoure ça, de le rendre positif, pourrait à mon idée, apporter plus de reconnaissance. (Ève, 016-IPS)

Sarah (019-IPS) pousse même l'idée un peu plus loin en spécifiant que la reconnaissance de leur travail, autant chez les infirmières soignantes que les IPS, peut être favorisée si ces dernières se battent en vue d'être reconnues à leur juste valeur.

La grosse bataille ? [...] j'pense que c'est d'être reconnu à sa juste valeur – autant pour les infirmières que pour les IPS – et encore de dire et de prendre notre rôle pour aller encore plus loin [...]. Le système a besoin des infirmières. Et, les infirmières ont besoin du système. Mais les médecins ont besoin des infirmières plus qu'ils le pensent. [...] J'pense qu'après ça, ce sera...pourtant on est reconnue mais encore là, t'sais, c'est vraiment de pousser encore plus notre rôle et de le faire reconnaître à sa juste valeur [...].
(Sarah, 019-IPS)

Ainsi, d'après le témoignage des différentes participantes, nous sommes à même de constater qu'il y a de la reconnaissance au quotidien. Selon ces dernières, les médias de masse permettent une visibilité accrue de la profession aidant ainsi à sa reconnaissance auprès de la population. Lorsque la dyade entre infirmière clinicienne et IPS est possible, une relation de travail axée sur la collaboration est concevable et aidante pour les deux parties. Cependant, elles nous ont aussi partagé qu'il y a toujours place à de l'amélioration, puisque l'image sociale de la profession infirmière est encore sous-évaluée comparativement à celle des médecins.

4.1.3.2 – De l'existence

Sachant que la profession d'IPS au Québec est une profession relativement récente au sein de notre système de santé, certaines participantes ont l'impression que cette profession n'est pas reconnue en soi. Claire (021-IPS) a rappelé qu'ailleurs dans le monde, et dans le reste du Canada, le champ de pratique des IPS est différent et moins restreint qu'au Québec. Elle qualifie même cette situation d'« injuste » :

C'est un sentiment d'injustice parce qu'ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, name it, en Australie, les infirmières praticiennes peuvent utiliser 100% de leur champ d'expertise et de compétence. Nous, au Québec, avec la plus longue formation en Amérique du Nord, on a [le] champ de pratique le plus restreint.
(Claire, 021-IPS)

D'une certaine manière, la reconnaissance de leur potentiel serait brimée par la restriction de leurs activités professionnelles, et cela, pourrait avoir un impact sur la prise en compte de leur profession à titre de profession à part entière. À la lumière de ce qui précède, Claire (021-IPS) ajoute :

On est diligentes là [...] arrêtez de nous mettre des bâtons dans les roues pis de vouloir baliser, [...] restreindre notre pratique là. On a été formé pour ça. Pis non, on n'a pas plus des décès qu'ailleurs. Pis non, les IPS peuvent tout faire là, pis y'a pas plus de monde

qui meure et ils n'ont pas accès à moins de qualité, c'n'est pas vrai, ça c'est de la propagande pour faire peur et pour manipuler les gens. (Claire, 021-IPS)

Ainsi, cette participante désire une meilleure prise en compte de l'expertise des IPS.

D'après les participantes, un exemple concret permet de réfléchir sur la reconnaissance de l'existence des IPS. Cet exemple est en lien avec la représentation de ces dernières au niveau de leur syndicat ; la FIQ. Que ce soit pour leur représentation dans les différentes instances ou pour la reconnaissance de leurs activités professionnelles distinctes au sein de la convention collective, plusieurs participantes nous ont fait part de leur réalité. Voici ce que Claire (021-IPS) avait à dire à ce sujet :

Avant on n'avait aucune représentation IPS au sein des comités de la FIQ [...], on n'existait pas. [...] Ça fait que là, il y a eu un représentant d'un milieu qui s'est pointé [au bureau de la FIQ] et qui a dit 'voici nos enjeux'...ils ne sont pas représentés au niveau [des instances locales], mais aussi [des IPS] sont allés à la table nationale pour dire 'voici, on existe. On est là. On a besoin de ça. Actuellement, on n'existe pas dans les conventions collectives, on est [...] syndiqué mais on est comme dans un flou, là y'a carrément un flou, ce qui fait qu'on a tout un chacun des normes de travail complètement disparates d'un milieu à l'autre. (Claire, 021-IPS)

Comme l'indique également Sarah (019-IPS), la convention collective n'est pas adaptée à leur pratique professionnelle et cela peut avoir un effet sur leurs conditions de travail. D'après nombre de participantes, la connaissance du rôle de l'IPS et la reconnaissance de leur existence, par le syndicat, sont questionnables. Sarah (019-IPS) ajoute aussi que le fait qu'elles soient peu nombreuses comme IPS peut expliquer le manque d'implication de leur part, puisque les infirmières soignantes constituent la majorité des professionnelles au sein de cette organisation syndicale.

La convention n'est pas adaptée et donc ça nous brime un peu. Mais pour 500, qu'est-ce qu'ils vont vouloir faire...t'sais? Ça fait que c'est ça, on n'a pas de levier sur ça. Est-ce qu'ils reconnaissent vraiment notre rôle? J'ne pense pas tellement qu'ils le reconnaissent et qu'ils connaissent notre rôle, t'sais, ça fait juste que dix ans et donc, ils ont peut-être beaucoup d'autres chats à fouetter aussi avec ce qui se passe du côté [...] hospitalier pis les temps supplémentaires et les ratios. (Sarah 019-IPS)

Relativement à ce phénomène, Sarah (019-IPS) demande à ce que la FIQ reconnaisse les IPS comme étant une profession à part entière sans pour autant vouloir se dissocier de l'organisation.

J'pense qu'on voudrait peut-être être une catégorie – pas nécessairement à part parce qu'on ne veut pas se séparer tant que ça – mais on veut juste être reconnu pour les choses qu'on fait [...]. Les IPS sont un peu différentes. (Sarah, 019-IPS)

Avoir une convention collective distincte, un champ de pratique plus vaste en accord avec la solide formation qu'elles possèdent et être davantage représentées au niveau syndical permettraient une meilleure reconnaissance de l'existence des IPS à titre de profession à part entière selon les infirmières participantes. Pour Rita (009-ICS), les infirmières devraient, par ailleurs, collaborer davantage avec leur syndicat de façon à faire avancer la profession notamment sur le plan sociétal, que ce soit dans le cadre de campagne publicitaire pour faire connaître la profession au grand public ou lors des différentes assemblées syndicales pour faire entendre leur voix.

4.1.3.3 – Contraintes

À différents niveaux, les participantes nous ont fait part de situations qui peuvent être perçues comme des éléments de contrainte/domination au quotidien, que ce soit avec les médecins, les infirmières soignantes ou à plus grande échelle, au niveau sociétal.

Tout d'abord, en ce qui a trait aux médecins, Julie (017-IPS) nous donne une explication sur le fait qu'une hiérarchie perdure entre ces derniers et les IPS : « *parce qu'ils ont l'impression qu'on n'est pas autant compétent qu'eux...il y a un petit peu une hiérarchie* ». À ce propos, Ève (016-IPS) donne un exemple de refus, de la part de certains médecins qu'elle a côtoyé, de référer leurs patients aux IPS.

Ces médecins-là refusent que l'infirmière praticienne voit leurs patients. Ils refusent catégoriquement [...]. C'est fait qu'ils vont préférer que leurs patients – disons qui ont un mal de gorge - se rendent à l'Urgence et attendent des heures. Plutôt que l'infirmière praticienne - qui est là, à la clinique, qui aurait pu régler ça en 5 minutes – voit leurs patients. Pourquoi? J'n'ai aucune espèce d'idée. (Ève, 016-IPS)

Une incompréhension découle de ce type de situation, puisque les IPS reçoivent une formation complète et avancée pour pouvoir pratiquer en collaboration avec les médecins. Cependant, certains d'entre eux sont, encore aujourd'hui, réticents à leur faire confiance. En réponse à cela, Sonia (008-IPO), Kathleen (010-ICS-PCI) et Ève (016-IPS) définissent ce type d'interaction entre les médecins et les infirmières comme étant associée à une « *dynamique de compétition* ». Ève (016-IPS) souhaiterait l'éradication de cette compétition malsaine :

C'serait d'enlever cette dynamique de compétition là [...] entre le médecin pis l'infirmière praticienne. Quand ça, ça va tomber...il n'y aura plus vraiment de raisons pourquoi les médecins ne voudraient pas avoir d'infirmières praticiennes. (Ève, 016-IPS)

De plus, relativement avec la facturation des médecins vis-à-vis du travail des IPS, des participantes nous ont souligné leur malaise. Selon Fleurette (002-IPS), c'est un « *sujet tabou* ». D'une certaine manière, cela nous amène à questionner la reconnaissance professionnelle que les médecins ont envers la profession d'IPS. Julie (017-IPS) donne un exemple concret d'une situation qu'elle a vécue dans le milieu où elle exerce :

T'sais, parfois ce que je voyais c'était euh...un patient que moi, j'ai vu, pis un médecin qui passe dans le corridor pis que là, t'sais, elle écrit une note dans le dossier parce qu'elle dit : qu'elle, elle l'a vu...pis c'est moi qui a tout fait la consultation ou j'lui en parle de faire un truc parce que je l'ai vu et que j'ai décidé ça...pis t'sais, on fait une p'tite note et à ce moment-là, eux autres, peuvent se permettre de facturer et ça, ça me dérange beaucoup. (Julie, 017-IPS)

Il y a aussi le fonctionnement des impressions diagnostiques pour les IPS qui permet de réfléchir sur leur reconnaissance professionnelle. C'est qu'en effet, cela revient à dire que les IPS peuvent juste avoir des impressions sur un problème de santé et que le mot « diagnostique » appartient totalement aux médecins. Certes, il y a de l'ouverture avec les dernières lois adoptées, mais les participantes se sentent brimées en ce qui a trait à leur liberté de pratique.

Ça fait que c'est sûr qu'il y a des choses qui sont un peu – pas qui nous dénigrent là – mais c'est sûr que c'était un p'tit peu rabaissant de se dire que là il va falloir que vous ...t'sais de le dire aux patients aussi : il va falloir que vous reveniez parce que moi j'n'ai pas le droit de vous dire que vous faites de l'hypertension [...] mais le médecin doit, t'sais, confirmer disons. Ça fait que c'est sûr que ça, c'est une grosse barrière pour notre pratique quand même. (Julie, 017-IPS)

En dernière analyse, Anna (020-IPS) souligne que les IPS sont « utilisées », à mauvais escient, pour remplacer le manque de médecins au sein du système de santé québécois. Les IPS participeraient elles-mêmes à ce phénomène, puisque cela serait utile pour faire « *prendre de l'essor* » à la profession d'IPS. Toujours selon cette participante, cela nuirait toutefois à leur reconnaissance à titre de professionnelles.

On a tendance à remplacer, une pénurie de résidents, de fellows, pis de médecins, par des IPS. Quand en fait c'n'est pas la même profession... pis c'est bien, parce que c'est ça qui nous a permis de prendre notre essor. C'est ce qui nous permet de prendre encore plus de place. Mais c'est dommage que ce ne soit pas pour les bonnes raisons de ce qui est la plus-value de notre rôle. [...] Ça fait qu'on prend plus d'IPS [...] ça coûte moins cher. C'est bien, parce que c'est ça qui nous permet d'avancer, mais, par contre ça ne [permet pas de démontrer qu'] une IPS [...] est un ajout à une équipe et non un remplacement. (Anna, 020-IPS)

Cette même participante, tout comme Hélène (004-IPS), précise même que si la pénurie de médecins venait à se régler d'ici quelques années, cela pourrait mener à l'extinction de la profession.

D'autre part, en lien avec la relation que les IPS entretiennent avec les infirmières soignantes, des participantes nous ont partagé le fait que ces relations sont parfois difficiles. Comme c'est le cas pour Adam (018-IPS) : « *le côté travail en équipe, dyade infirmière/infirmière auxiliaire, c'est connu, c'est facile. Infirmière praticienne/infirmière, c'est très difficile. Pis ça, c'est tous milieux confondus [...]* ». Claire (021-IPS) abonde dans le même sens qu'Adam (018-IPS) et affirme même avoir déjà vécu de la « *violence horizontale* » de la part des infirmières soignantes au sein du milieu où elle exerce en CH.

Quand on intègre un nouveau milieu c'est qu'il y a un moment d'adaptation aussi, t'sais, des fois, on vit un peu de violence horizontale [de la part des infirmières soignantes], [...] mais, t'sais, c'est toujours comme 'ah ben là, tu n'as pas prescrit ça de la bonne façon', t'sais, ils vont chercher dans le détail, mais des choses qu'ils ne feraient pas avec un médecin-résident. (Claire, 021-IPS)

Les participantes IPS nous ont également indiqué que les infirmières soignantes sont davantage amenées à les surveiller et à les tester, choses qu'elles ne feraient pas avec des résidents en médecine ou des médecins. Selon Claire (021-IPS), il est plus facile de faire une transition infirmière-IPS avec des collègues qui te connaissent déjà que de commencer dans un milieu où les infirmières ne te connaissent pas. C'est à ce moment qu'elles testeraient davantage les capacités de l'IPS. Également, comme ICS-PCI, Erika (013-ICS-PCI) souligne que la reconnaissance des infirmières soignantes vis-à-vis des IPS passe inévitablement par les connaissances et les compétences que démontre l'IPS au quotidien.

Dans l'ensemble, certaines participantes poussent la réflexion plus loin en soulignant des contraintes sociales qui perdurent au sein de la profession infirmière, pouvant avoir un impact sur la reconnaissance des IPS. Par exemple, Claire (021-IPS) nous rappelle l'historique d'autorité des médecins au Québec et la place dévalorisante des infirmières au sein de la hiérarchie professionnelle des soins dans ce qui suit :

Il y a une notion de pouvoir au Québec, t'sais, y'a une notion de pouvoir associé aux médecins, [...] ils ont un statut privilégié [...] de leur positionnement, ils ont un statut social clairement monétaire et la preuve, regarde les Québécois leur ont donné tout leur argent. Prenez tout notre argent. Pas de résultats? Pas grave. Prenez juste tout notre argent pis c'est correct, t'sais, vous êtes des médecins, des docteurs, t'sais, vous avez étudié et tout

ça. [...] ça fait qu'il y a une historique au Québec avec la médecine-là [...] Ah, oui, elle était fine l'infirmière! Mais c'est le docteur qui m'a sauvé la vie! (Claire, 021-IPS)

En ce sens, cette participante fait référence à la reconnaissance sociale de la profession médicale comparée à la profession infirmière, cette dernière étant souvent décrite comme une « *vocation* ». Ce terme est fréquemment utilisé, à tort, pour définir les infirmières et, selon Claire (021-IPS), c'est un moyen efficace de les « *manipuler* » au détriment de leurs conditions de travail difficiles.

T'sais, j'te dit que moi, ça me pue au nez quand on me dit ça là. C'n'est pas une vocation, j'te dit, c'est une profession [...] j'ne suis pas la sœur qui avait fait le vœu de chasteté et qui vit à l'hôpital [...]. Regarde, c'est une profession et j'ai été formée. Je suis une professionnelle de la santé. Je suis compétente et j'ai une vie aussi à l'extérieur du travail et dans lequel je m'épanouis et c'est important [...] T'sais, les femmes ont une propension à la culpabilité qui est impressionnante là. [...] Ils viennent manipuler avec ça...mais, vos patients et tout ça, t'sais, ça, ça marche au boute. (Claire, 021-IPS)

À bien considérer les choses, au niveau social, nous sommes à même de constater qu'il y a encore du travail à faire en ce qui a trait à la reconnaissance des IPS. Les participantes disent vivre à la fois des expériences positives et négatives affectant leur reconnaissance au quotidien, à travers leurs relations professionnelles avec les médecins, les infirmières soignantes et leur organisation syndicale. Leur reconnaissance passe par la prise en compte de leur unicité au sein du système de santé et également par la prise en compte de leur existence en tant que profession à part entière. Ceci, au travers de différents éléments de contrainte affectant leur expérience de reconnaissance sociale.

4.1.4 – Salariale

Lors du premier temps de notre questionnement, où nous avons recueilli différentes informations sur les expériences de reconnaissance au quotidien, la totalité des participantes nous ont fait part de leur réflexion en ce qui a trait à leur rémunération à titre d'IPS. Ces témoignages nous apparaissent particulièrement importants afin de dresser un portrait global de la reconnaissance salariale de ces professionnelles.

Dans le même ordre d'idées, à travers son témoignage sur la reconnaissance professionnelle, Julie (017-IPS) a indiqué que « *ça serait le fun [d'avoir] de la reconnaissance au niveau salarial aussi* ». Celle-ci a rapporté qu'une reconnaissance professionnelle complète passe avant tout par une meilleure rémunération, une rémunération qui reflète le niveau d'études acquis dans le cours de leur

curus académique. Adam (018-IPS) abonde dans le même sens que Julie (017-IPS) et souligne même qu'« *au niveau du salaire, [les IPS ne sont] pas payé à [leur] juste valeur* ». Pour ce dernier, cette situation est encore plus questionnable au vu des nouvelles directives qui s'appliqueront pour l'élargissement de leur champ d'expertise. Il justifie sa réflexion :

J'suis convaincu [...] avec tout ce qui s'en vient, ça va être monumental. Malheureusement, on ne sera jamais payé comme il faut si ça reste comme ça [...].
(Adam, 018-IPS)

D'après Sarah (019-IPS), l'augmentation des responsabilités professionnelles chez les IPS, qui a eu cours ces dernières années et qui surviendra prochainement, doit inévitablement passer par une amélioration de leur rémunération.

T'sais, la rémunération? Y'a vraiment quelque chose à faire là-dessus, c'est sûr et certain [...] j'pense qu'avec les responsabilités qu'on a de plus en plus, surtout avec la loi 43 qui va arriver [...] je sous-estimais un peu la responsabilité de faire une prescription [quand j'étais infirmière], mais quand tu as à le faire, faut que tu vérifies plusieurs choses, ben cette pression-là de faire une erreur [...], de toujours regarder tes labos et tout ça, ben cette pression-là, j'pense, ou cette [nouvelle] responsabilité-là, doit être rémunérée d'une certaine façon [...]. (Sarah, 019-IPS)

Cette même participante ajoute qu'une meilleure rémunération permet d'« *aider pour la valorisation* » de la profession des IPS et pour l'amélioration de leurs conditions de travail.

De façon plus globale, Claire (021-IPS) voit la rémunération des IPS comme un manque de reconnaissance pour la profession d'IPS. Elle justifie par ailleurs sa prise de position en utilisant une analyse de genre :

Si on le voit large, moi, le salaire, c'est sûr que c'est un irritant [...] par le fait [...] qu'avec le projet de loi 43, mon niveau de responsabilité va augmenter, le fait qu'en Ontario et aux États-Unis les [IPS] gagnent un salaire qui est vraiment plus grand que le mien...pour le nombre d'années d'études, le nombre de responsabilités, je me serais attendue [à mieux]...pis, moi, en fait, j'ai juste une frustration à la base pour les infirmières en général, pharmaciens, policiers, à six échelons et au bout de six ans, top salaire et infirmières dix-huit [ans]. Pour moi, c'est un irritant en soi pis c'est [probablement] parce qu'on est une profession de femmes [...] j'trouve ça franchement injuste, inégal [...]. Les termes du salaire, moi, ça me purge et ça m'enrage aussi [...]. Le salaire, c'est mon irritant majeur. J'trouve que ça fait partie de la reconnaissance aussi du service rendu [...]. C'est un manque de reconnaissance en soi. (Claire, 021-IPS)

Selon l'expérience de Claire (021-IPS), le fait que la profession infirmière, incluant les IPS, soit majoritairement constituée de femmes, a un impact sur la rémunération de ces dernières. Elle trouve particulièrement aberrant le fait qu'elles doivent franchir 18 échelons avant d'atteindre leur salaire

maximal. En ce sens, elle pousse même la réflexion plus loin en comparant avec des professions majoritairement occupées par des hommes :

Moi, c'que j'veux c'est en fait [de diminuer] le nombre des échelons parce que là, 18 échelons, t'sais, j'avais avoir mon salaire dix ans avant de prendre ma retraite là, sérieusement c'est de cracher dans la face du monde. Pourquoi les pharmaciens? Pourquoi les policiers? C'est des professions de gars, c'est tout. C'est juste ça la réponse. Les policiers aussi y sont [nombreux] pourquoi eux autres après quatre ou six ans, ils sont en plein salaire? C'est quoi la joke? C'est qui le clown de la farce? [...] 18 échelons. C'est long. [...] ça ne répond pas aux besoins pis ça manque de reconnaissance. Moi, j'demande, comme les policiers, juste une part égale et la plupart des infirmières ont plus de formation et d'années d'études [qu'eux]. (Claire, 021-IPS)

Claire (021-IPS) demande à ce que la rémunération des IPS soit repensée. Que cette dernière soit réfléchi en termes de responsabilité, des multiples années d'études et de la réalité des genres.

Dans un autre ordre d'idées, Adam (018-IPS) souligne que le salaire a, d'une certaine façon, un impact sur la reconnaissance des patients envers les IPS.

Étonnamment, je pense que le fait qu'on ait un salaire beaucoup moindre, ça joue beaucoup en notre faveur au niveau de la population [...] Parce que justement on a vraiment un énorme clash avec les médecins. (Adam, 018-IPS)

L'idée soulevée par Adam (018-IPS) amène une réflexion sur les écarts de rémunération des différents professionnels de la santé en comparaison avec la reconnaissance qu'ils reçoivent de la part de la population.

En somme, l'opinion des participantes sur la reconnaissance salariale des IPS au Québec est unanime. Que ce soit d'un point de vue genré ou selon leurs responsabilités, elles sont d'avis que la rémunération de la profession devrait être sujette à changement dans un avenir rapproché dans le but de mieux les reconnaître professionnellement.

4.2 - Axe II : Actions politiques

Cette seconde section du chapitre, sur la présentation des résultats, répond à notre dernière question de recherche et vient ainsi clore les thèmes issus de notre collecte des données auprès des participantes. Cette question était la suivante : quelles sont les actions politiques individuelles et collectives mises en place ou qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser une transformation de la pratique infirmière au sein des milieux de soins spécialisés afin d'aspirer à une meilleure

reconnaissance professionnelle ? D'une part, les participantes nous ont exprimé des idées d'actions politiques utilisées au quotidien, ou pouvant l'être davantage, et de l'autre, des raisons qui expliquent leur manque de mobilisation. Nous voyons fréquemment les IPS prendre parole au sein de l'espace public, mais nous ne sommes pas au fait de ce qui les animent réellement et de la nature des contraintes vécues qui les amènent à ne pas agir, à ne pas se mobiliser, si tel est le cas. Pourtant, selon des infirmières comme Romane (015-IPO), qui exerce comme IPO, toutes les infirmières devraient s'engager politiquement. Ainsi, les deux thèmes principaux de cet axe sont les suivants : des stratégies infirmières mobilisatrices et les infirmières s'expliquent le manque de mobilisation.

4.2.1 – Des stratégies infirmières mobilisatrices

Dans le cadre de cette étude, plusieurs participantes nous ont partagé des idées d'actions politiques qu'elles utilisent ou qui pourraient être davantage utilisées au quotidien. D'après elles, ces idées peuvent avoir un impact considérable sur leur pratique professionnelle et sur leur reconnaissance. Plus particulièrement, les deux actions politiques mobilisées par ces participantes sont la prise de parole, donc l'idée de « *prendre sa place* », ainsi que le jeu d'influence. Dans ce projet de recherche, nous avons renommé les actions politiques comme étant des stratégies infirmières, puisque ce sont elles qui les mobilisent pour faire valoir leur profession de différentes façons au vu d'une meilleure reconnaissance professionnelle.

4.2.1.1 – *Prendre sa place*

La grande majorité des participantes ont souligné que la prise de parole au sein des différentes tribunes, médiatiques ou autre, seraient une manière efficace pour permettre la connaissance du rôle de l'IPS. Ces dernières désirent davantage de visibilité pour que le rôle soit compris aux yeux de la population.

Pas juste au niveau de la politique mais dans les médias, au niveau culturel. Si les IPS sont représentés dans des séries de télé...ben c'est sûr qu'on va savoir c'est quoi qu'elle fait [...]. (Anna, 020-IPS)

De cette manière, le public serait davantage exposé à la profession d'IPS et serait au fait de sa pratique professionnelle. Cela permettrait, selon Anna (020-IPS), de répondre plus facilement aux questions régulièrement soulevées par leur présence au sein du système de santé concernant leur champ de pratique. Sarah (019-IPS) abonde dans le même sens qu'Anna (020-IPS) et amène sa réflexion

différemment en disant que la prise de parole doit se faire à la radio ainsi que dans les panels d'informations.

Oui, c'est très politique [...] pour faire avancer les choses. [...] mais plus qu'y en aura, [plus on en parlera], plus que ce sera facile [de comprendre le rôle] et plus les gens seront habitués. (Sarah, 019-IPS)

Claire (021-IPS) souligne pour sa part qu'il faudrait que les IPS soient également présentes « dans les événements de réseautage pour faire entendre [leur] point de vue », des propos qui sont similaires à ceux de Jocelyne (001-IPS) et Kathleen (010-ICS-PCI). Joanne (007-IPS) et Claire (021-IPS) ajoutent même que les IPS devraient davantage écrire dans les journaux locaux et même, écrire à leurs députés, pour que leurs préoccupations soient entendues plus largement.

Y'en a [...] de plus en plus d'infirmières qui commencent à prendre position publiquement, de dénoncer leurs conditions de travail parce que c'est assez, oui, on comprend qu'on [est] un service essentiel mais jusqu'où allons-nous rendre pour la santé des patients? Allons-nous épuiser tous nos soignants? (Claire, 021-IPS)

Malgré que l'importance de la prise de parole soit sans équivoque pour les participantes, ce cri du cœur de Claire (021-IPS) se révèle percutant pour faire comprendre aux infirmières et aux IPS qu'elles doivent prendre la place qu'elles méritent au sein de la place publique.

Actuellement, chez les infirmières, y'a un mutisme, un silence radio, pas parce qu'elles ne prennent pas les avenues...y'a un silence. Ben, y'est temps qu'on prenne et qu'on occupe la voix qu'on a actuellement – parce qu'on ne l'a pas, on a perdu la voix, on est muette. (Claire, 021-IPS)

Fleurette (002-IPS) croit même que « [le rôle de l'IPS] va partir si [elles] ne [font] rien ». En réponse à ce qu'elle dit précédemment, Claire (021-IPS) donne des idées concrètes d'actions que les IPS peuvent utiliser au quotidien afin de faire valoir leur rôle ou pour la création d'un lieu de dénonciation pouvant servir à elle-même ou servir à leurs collègues.

[Prenons] la tribune et si on ne nous la donne pas [...] Ben, crée-là. Crée un site Facebook pour dénoncer...tourne une vidéo YouTube [...] implique-toi dans le CECIL de ton CH...mais fais quelque chose, prend action sinon – j'ne veux pas dire d'arrêter de chialer – mais c'est comme ne pas voter et, pour moi, c'est la même chose. Si tu n'es pas contente ben fais quelque chose, t'sais, au moins tu pourras dire que t'as essayé du moins. (Claire, 021-IPS)

Dans l'ensemble, du point de vue des participantes, il est souhaitable que les IPS occupent tous les espaces possibles pour exprimer leur point de vue, et ceci, dans le but de permettre une meilleure

compréhension de leur rôle aux yeux de la population. Ainsi, la reconnaissance de leur travail au quotidien serait renforcée.

4.2.1.2 – Jeu d'influence

Mélissa (014-ICS), Anna (020-IPS) et Claire (021-IPS) nous ont partagé une méthode d'actions politiques intéressante. Selon elles, il suffit tout simplement d'agir en société en ayant de l'influence, une influence dite politique. Anna (020-IPS) définit le jeu d'influence comme suit :

C'est d'avoir de l'influence, pis d'apporter sa perspective – parce que des fois c'est moins concret qu'une action, t'sais, j'ne suis pas allée piqueter quelque part, j'n'ai pas été manifesté de façon concrète [...] – mais j'pense que [c'est] plus d'utiliser mon pouvoir d'influence [au quotidien]. (Anna, 020-IPS)

Ainsi, d'après ces participantes, le jeu d'influence serait une manière concrète de mobiliser ses idées sans toutefois en venir à des actions qui peuvent être moins efficaces dans certaines situations. C'est donc d'utiliser à bon escient ses connaissances et d'apporter sa vision lorsque nécessaire. Selon Erika (013-ICS-PCI) c'est aussi une manière « de savoir quelles cartes jouer, aux bons moments, pour amener la mobilisation [des individus] ». Poussant la réflexion un peu plus loin relativement au jeu d'influence, Claire (021-IPS) souligne que ce type d'action s'apprend au bon vouloir de chacun. D'après elle, ce n'est pas quelque chose qui est appris au sein du cursus académique. C'est un apprentissage qui se fait plutôt par la personne elle-même et selon son bon vouloir. En ce sens, ce serait aux IPS d'innover individuellement afin d'user de leur pouvoir personnel.

C'est d'être ingénieux et de faire part de créativité aussi...en pratique infirmière avancée, il n'y a pas cette compétence-là, t'sais, de la créativité, mais, j'pense qu'elle est vraiment essentielle. C'est-à-dire de sortir des sentiers battus et d'arrêter de penser à tout ce qui a été fait dans le passé, pis d'innover, t'sais? (Claire, 021-IPS)

De plus, Claire (021-IPS) donne des exemples concrets afin que les IPS puissent utiliser leur jeu d'influence à plusieurs niveaux.

Ici, [dans l'hôpital où j'exerce] je suis dans plein de comités, comité dans l'association de la clientèle, comité de soins palliatifs, name it, j'en ai fait énormément. J'trouve ça important pour justement amener la perspective infirmière, amener la perspective de pratique infirmière avancée, amener la pratique de l'IPS. (Claire, 021-IPS)

Cette dernière affirme que l'utilisation de son expertise et de son influence en tant qu'IPS permet de mener à bien les objectifs de ses différents comités. Adam (018-IPS) et Anna (020-IPS) sont également de cet avis et s'impliquent aussi dans différents comités. Selon ces participantes, cela fait connaître le

rôle de l'IPS aux yeux des décideurs et a un impact considérable sur la reconnaissance de leur pratique.

Dans un autre ordre d'idées, le jeu d'influence peut s'effectuer d'une tout autre manière selon le message véhiculé. De son point de vue, Julie (017-IPS) fait part d'une inquiétude au sujet de l'avenir de la profession infirmière.

Les inscriptions se font de plus en plus rares dans les écoles. On a une mauvaise presse sur les conditions de travail. Ça, c'est un p'tit peu inquiétant. [...] J ne suis pas certaine, moi, que j'avais conseiller [à] quelqu'un [de devenir] infirmière ou pour aller travailler en soins infirmiers [...] J ne sais pas à quel point que je le conseillerais [...] s'ils ne changent pas les conditions. (Julie, 017-IPS)

Le jeu d'influence peut donc avoir un impact important dans ce contexte-ci et influencer négativement la relève infirmière. Ainsi, le jeu d'influence peut avoir deux côtés distincts, à savoir un côté positif et un autre négatif. Il est donc à l'IPS d'en être consciente et de l'utiliser au temps opportun et à bon escient, puisqu'il a été démontré, par les différentes participantes, que ce type d'actions peut être efficace.

4.2.2 – Les infirmières s'expliquent le manque de mobilisation

Au fil des entrevues, lorsque le moment était venu de questionner les participantes sur les différentes actions politiques pouvant être mobilisées au quotidien, ces dernières nous ont plus spécifiquement partagé les raisons qui expliquent leur manque de mobilisation. Les IPS font face à des contraintes personnelles, pouvant faire l'objet d'une analyse de genre, et des contraintes professionnelles, comme des lacunes au sein de la formation et un manque de temps conséquent, impactant le déploiement de leurs actions politiques.

4.2.2.1 – Les femmes et le politique

C'est épouvantable, c'que j'avais dire : mais les femmes on n'a pas été socialisées par l'histoire, on n'a pas été socialisées comme petites filles par nos mères, nos grands-mères, nos arrière-grands-mères, on n'a pas été socialisées à parler fort parce qu'une femme qui parle fort, elle est dérangeante, elle est hystérique et tout [...]. On a été socialisées à être douce et gentille... (Claire, 021-IPS)

Ce que cette participante souligne est propice à réflexion sur la façon dont les femmes sont socialisées, de génération en génération. D'après cette participante, cela a des répercussions sur la profession

infirmière et sur la non-mobilisation de ces membres, puisqu'elles sont majoritairement des femmes. Fleurette (002-IPS) affirme même que les femmes ont naturellement « peur de dénoncer et de se battre ». À ce propos, Joanne (007-IPS) et Claire (021-IPS) soulignent l'explication genrée de la non-prise de parole chez les infirmières.

J'pense que c'est une grande notion de genres [...], malheureusement, parce qu'on a longtemps été les exécutantes, t'sais, des aides aux médecins, etc. Donc, ça nous a campées dans une relation de hiérarchie paternaliste. (Claire, 021-IPS)

Ainsi, selon cette participante, les infirmières sont restées confinées dans une perspective de basse hiérarchie et, de la sorte, elles ne se permettent pas d'ébranler les hiérarchies professionnelles existantes. Que ce soit avec les médecins ou avec les décideurs politiques, les infirmières se consacrent sans relâche à l'exécution de leurs activités professionnelles sans pour autant donner une importance à l'action politique. Claire (021-IPS) pousse la réflexion encore plus loin en nous affirmant que les infirmières sont malheureusement manipulables, dans certaines situations de hiérarchie paternaliste, en étant des femmes.

J'pense vraiment qu'on nous voit encore comme un service essentiel, mais, t'sais, une bonne mère Térésa là [...] on a juste à la manipuler un peu, pis elle va rester, pis elle ne dira rien, t'sais? Les services essentiels? Mais, j'pense moi qu'on se fait beaucoup manipuler et on ne se fait pas respecter. Pis les femmes n'ont jamais eu le droit d'être en colère. (Claire, 021-IPS)

Cette situation précédemment décrite par Claire (021-IPS) serait à l'image de ce qui se passe au sein des CH, puisque plusieurs participantes ont soulevé cette réalité. Ainsi, les participantes sont d'avis que le genre joue un rôle crucial en ce qui a trait au déploiement de l'action politique chez les IPS.

4.2.2.2 – Lacunes au sein de la formation

Certaines participantes ont voulu nous faire remarquer que les IPS, et les infirmières soignantes en général, peuvent être considérées comme des victimes de leur propre profession. Ève (016-IPS), par exemple, souligne que la formation générale des infirmières ne permet pas l'apprentissage des enjeux politiques.

Je pense qu'à titre d'infirmière, on est un peu [...] coupable de notre propre profession. Parce que notre profession nous apprend à être dans le caring, dans l'altruisme, t'sais, la discussion, les méthodes de communication, mais on ne nous apprend pas à être critique. On nous apprend à 'carer' [...] (Ève, 016-IPS)

Comme le soulignent Fleurette (002-IPS), Nicole (003-IPS) et Sophie (005-ICS), les enjeux sociopolitiques sont appris « sur le terrain » et les infirmières ne sont pas préparées à cela durant leur cursus académique. En ce sens, Hélène (004-IPS) stipule que l'apprentissage des habiletés politiques chez ces dernières serait nécessaire pour l'avancement de la profession. À la lumière de ce qui précède, Ève (016-IPS) nous rappelle que la profession infirmière est un domaine à prédominance féminine et que cela a un impact sur l'éducation générale des professionnelles. Elle-même souligne participer au maintien de ce type d'apprentissage.

J'ai toujours dit qu'on était trop gentilles, t'sais, l'image des infirmières, sœurs, religieuses [...] qui ne critiquent pas. On ne nous apprend pas ça [au] baccalauréat pis je n'apprends pas ça à mes étudiantes non plus. On leur apprend à 'carer' ; pis à démontrer de l'empathie ; ...pas à se battre. (Ève, 016-IPS)

Selon les participantes, cette situation est ancrée viscéralement dans leurs origines professionnelles. D'après Joanne (007-IPS), une meilleure connaissance de ce qu'est le politique pourrait permettre aux infirmières « d'avoir plus de pouvoir ». Donc, cela les amènerait à revendiquer davantage. Ainsi, l'apprentissage des concepts se rapportant au politique serait susceptible de pousser les infirmières à prendre davantage position sur la place publique et, comme nous l'avons vu précédemment, cela pourrait être salubre pour faire d'une part, connaître le rôle de l'IPS et, d'autre part, favoriser leur reconnaissance.

4.2.2.3 – Temps à investir

La majorité des participantes nous ont exprimé que, de base, les IPS sont considérées comme des professionnelles qui donnent beaucoup de leur temps au travail. Elles ne prennent que très peu de temps d'arrêt, puisqu'elles doivent constamment se mettre à jour au niveau clinique et administratif dans un domaine en perpétuel changement. Elles se doivent notamment de respecter un nombre d'heures de formations annuelles, demandé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). De façon personnelle, elles font face à des situations cliniques qui les invitent à consulter la littérature scientifique et les données probantes. De ce fait, elles n'ont pas beaucoup de temps libre pour agir politiquement, ni même pour vaquer à leurs occupations personnelles. En ce sens, Claire (021-IPS) affirme qu'il faut être très optimiste, avoir beaucoup d'espoir pour la profession, pour donner de son temps dans l'action politique, qui par ailleurs, n'est pas toujours reconnu par les pairs.

Ça fait que, j'pense qu'il faut être un éternel optimiste. Sinon il y a tellement de moments justement où les gens ne réalisent pas ce que tu fais. Oui beaucoup d'ingratitude parce que les gens souvent ne réalisent pas combien on est fatigué et que j'ai passé chaque

soir, cette semaine, en réunion. Et chaque soir à écrire un message pour inviter toute ma gang...et ils ne le réalisent pas, t'sais? (Claire, 021-IPS)

Ainsi, selon cette participante, le fait de ne pas avoir de reconnaissance du temps investi pour agir politiquement peut venir décourager les IPS à poursuivre leurs actions ou, tout simplement, à en débiter de nouvelles.

L'ensemble des résultats de notre étude indique que la reconnaissance au quotidien des infirmières exerçant dans des secteurs de soins spécialisés est majoritairement offerte par les patients. L'essence de leur pratique professionnelle a un impact sur leurs expériences de reconnaissance vécues, puisque celle-ci est difficilement comprise par la société et les autres professionnels de la santé. D'autant plus que cela apporte des contraintes qui les affectent à différents niveaux, comme à travers leur relation avec les médecins et les infirmières soignantes. L'analyse des données nous a permis de mettre des mots sur ces éléments et nous a également permis de mettre en lumière les actions politiques qui peuvent aider en ce sens, comme la prise de parole et l'usage d'une influence dite politique à travers différentes tribunes. À ce niveau, les participantes nous ont aussi partagé des contraintes personnelles et professionnelles affectant le déploiement ou la mise en place de leurs actions politiques. La prise de conscience de ses différents éléments de contraintes qui persistent, autant au niveau de la reconnaissance que de l'action politique, permet d'être au fait des moyens pouvant améliorer ces situations. Dans le cinquième et dernier chapitre de ce mémoire, nous tenterons de mettre en perspective les différents éléments relatifs à la reconnaissance ainsi qu'à l'action politique notamment au regard de la littérature scientifique existante.

Chapitre 5 : Discussion

Le présent mémoire avait comme but d'explorer les expériences de reconnaissance vécues au quotidien par les infirmières québécoises exerçant dans des secteurs de soins spécialisés et la façon dont ces expériences se répercutent sur ces dernières et sur leurs conditions d'exercices. Nous voulions également examiner les actions politiques mobilisées par ces infirmières, que ce soit individuellement ou collectivement, pour la prise en compte de leurs revendications sociopolitiques. Toujours, dans le but d'acquérir une reconnaissance professionnelle accomplie et le respect de leurs droits. Dans cette perspective, notre première question de recherche cherchait à explorer les expériences de reconnaissance vécues par ces dernières et la seconde question examinait les actions politiques, individuelles ou collectives, mises en application pour favoriser la reconnaissance de leur pratique professionnelle. Ainsi, les questions posées lors des entrevues individuelles, auprès de ces infirmières, favorisaient une orientation critique permettant une réflexion approfondie des différents éléments soulevés.

Nous avons donc décidé d'articuler ce dernier chapitre sur la discussion autour de deux axes, comme nous l'avons précédemment fait pour les questions de recherche ainsi que pour le chapitre sur la présentation des résultats. Puisque ce chapitre nous permet de mettre en perspective cette étude avec des écrits théoriques et scientifiques sur le sujet, nous voulions ainsi en discuter au regard d'un premier axe portant sur **le *statu quo* pour les IPS**. Dans un premier temps, cet axe nous permettra d'avoir une réflexion critique sur la place qu'ont les IPS au sein du système de santé québécois. De cette manière, cela nous amènera à dresser un portrait des divers rapports de forces dont nous ont fait part les participantes relativement à la place de la médecine dans notre société et aux différentes contraintes professionnelles vécues au quotidien fréquemment légitimés par la vocation. Le second axe de discussion portera sur **les contraintes à l'action politique des IPS**. Cette exploration critique nous amènera à mettre en regard les moyens d'action que les participantes nous ont proposé et à mieux saisir les contraintes vécues par rapport au déploiement de ces actions à travers différentes pistes de réflexion.

En chute de chapitre, nous présenterons les limites de cette étude pour ensuite, proposer des recommandations pour la recherche et la formation.

5.1 Le *statu quo* pour les IPS

Nous voulions débiter ce chapitre de discussion avec ce qui est ressorti comme étant central dans le cadre de ce projet de recherche. Les résultats présentés dans le premier axe du chapitre précédent démontrent que la majorité des expériences de reconnaissance vécues par les participantes sont associées à des contraintes qu'elles vivent au quotidien. De cette façon, les IPS ressentent, plus que jamais, la nécessité de faire leur place dans le milieu des soins, car leur rôle est souvent incompris et cela a des répercussions importantes sur leur pratique professionnelle.

Identifier les soins infirmiers, c'est rendre reconnaissable la nature des soins infirmiers, les éléments qui participent à leur élaboration : les connaissances et outils qu'ils utilisent, ainsi que les croyances et les valeurs sur lesquelles ils se fondent. C'est aussi clarifier le champ de compétence infirmière, le processus des soins infirmiers, ainsi qu'identifier la nature de leur pouvoir, leurs limites, leurs dimensions sociale et économique (Collière, 1982, p.240).

Donner une voix aux IPS par le biais de ce projet de recherche est en quelque sorte un effort dans le sens du but de notre projet de recherche qu'est la prise en compte et la reconnaissance de leur rôle professionnel. Comme Buresh et Gordon (2006) le précisent, la satisfaction professionnelle des infirmières est possible si elles sont en mesure de percevoir de la reconnaissance et du respect dans la minutie de leur quotidien.

Dans le système de santé québécois, « la domination des savoirs médicaux sur les autres champs de savoir en santé [est] incontestable » (Cohen, 2002, p.25). Effectivement, selon Cohen (2002), la place de la médecine a toujours été prédominante et empreinte de pouvoir patriarcal sur la profession infirmière. Face à cette réalité, Collière (1982) explique, qu'au fil des années, « [la nature du] champ de compétence des soins infirmiers s'est laissé déborder, envahir, puis absorber par le champ de la pratique médicale, tout au moins comme domaine explicitement reconnu de la pratique des soins » (p.293). Cette situation, ne datant pas d'hier, continue, au regard de nos résultats, d'avoir des répercussions sur la pratique des participantes et sur la manière dont elles sont en mesure de s'épanouir professionnellement. « La reconnaissance [du champ d'expertise de l'IPS], débouchant sur une pratique infirmière autonome, était l'objectif ultime du processus de professionnalisation qui devait consacrer l'identité sociale de la profession et soustraire cette dernière à la domination de la médecine » (Goulet & Dallaire, 2002, p.161). Par conséquent, la spécialisation des infirmières, se rapprochant de la pratique professionnelle des médecins, leur a permis de se distinguer de l'ascendant médical, passant d'un statut professionnel dévalorisé vers un rôle valorisé (Collière, 1982). Pourtant, les IPS

doivent continuellement surmonter des barrières en lien avec le développement et l'exercice de leurs fonctions professionnelles au quotidien, et cela, a également un impact sur les actions politiques qui sont ou qui pourraient être déployées en ce sens. Dans cet axe, il est alors pertinent de dresser le portrait de la place des IPS dans notre société contemporaine au sein de laquelle, la médecine est si omniprésente.

Michel Foucault, l'un des plus grands philosophes et théoriciens de la société du 20ème siècle, a identifié que les origines du pouvoir médical ont commencé à se développer à partir du 17ème siècle dans ce qu'il a appelé les "Disciplines". Ces disciplines ont commencé à se développer parallèlement aux institutions en développement telles que les écoles, les hôpitaux et les organisations militaires (Pritchard, 2017, p.31).

Historiquement, la profession médicale a eu une place privilégiée dans notre société, que ce soit dans le système de santé ou d'un point de vue politique. Cette profession est si profondément ancrée dans l'univers de la santé que certaines actions ou contraintes peuvent être difficilement perçues comme étant des actes de domination, puisqu'elles sont articulées de manière à contrôler des sujets de façon atténuée. D'après Bourdieu (1976), ce qui pourrait être qualifié de « violence symbolique » amène le groupe dominant à dissimuler des contraintes auprès du groupe dominé persuadant ce dernier à perpétuer et légitimer ces actions. Pour les infirmières, la médecine a, encore aujourd'hui, une emprise importante sur leurs droits de pratique et elles sont, en quelque sorte, contraintes à occuper un rôle de second plan au sein du système de santé relativement aux soins qui sont donnés à la population. De cette façon, « [elles demeurent] exclues des processus décisionnels ayant une influence directe sur leur pratique » (Martin & Bouchard, 2018 ; Martin, 2019). Pour la philosophe féministe Nancy Fraser (2005), cette situation peut être décrite comme un manque de reconnaissance, puisque cela survient lorsque des modèles institutionnalisés au sein de la société empêchent certains individus de bénéficier d'un statut qui les considère égaux dans la participation à la vie sociale (Casanova & Krikorian, 2011). Cela peut donc être perçu comme une de domination au quotidien, par les médecins, qui va à l'encontre d'une forme authentique de reconnaissance à l'endroit des infirmières.

À la lumière de nos résultats, une domination cachée, qu'est la différence de rémunération entre les IPS et les médecins, va dans le même sens de ce qui vient d'être dit plus haut, puisque, pour la plupart des participantes, la grande différence entre la pratique des médecins et des IPS est une « *question d'argent* ». Comme Fleurette (002-IPS) nous l'a souligné, « [*le*] paiement à l'acte fait que les

médecins doivent respecter un “caseload”, donc ils ont moins de temps avec les patients ». Ce qui est intéressant de rappeler, c'est qu'effectivement, les médecins sont majoritairement payés à l'acte au Québec et que les IPS sont payés à salaire par les CISSS-CIUSSS. D'une certaine façon, il est tenu pour acquis que les médecins ne « donnent pas de temps aux patients » alors que ce n'est pas le cas pour les infirmières. Dans le cadre de ce projet de recherche, ces dernières nous ont effectivement partagé le fait que les patients sont reconnaissants du temps qu'elles prennent avec eux. Une étude réalisée par Contandriopoulos et al. (2018) nous permet d'avoir un regard critique sur le mode de rémunération des médecins au Québec. Historiquement, « les modèles de rémunération en place sont davantage le résultat de relations de pouvoir et de choix historiques que le produit de décisions éclairées et rationnelles » (p.iii). Les données de cette étude « montrent que les investissements majeurs pour augmenter le niveau de rémunération des médecins ont été accompagnés d'une baisse de la production de soins » (Contandriopoulos et al., 2018, p.iv). Ce type de rémunération, incitant à la productivité, a des répercussions sur l'exercice des IPS, puisque de façon générale, de par leur état de santé, des patients sont jugés « non rentables » par les médecins payés à l'acte. Ainsi, des patients identifiés comme ayant une faible intensité de soins ont un impact sur la rémunération de ces médecins et ceux-ci vont « délibérément » tenter de ne pas les suivre (Contandriopoulos et al., 2018). En ce sens, des participantes nous ont affirmé que ces types de patients sont régulièrement orientés vers les IPS. Une pratique de soins organisée de manière à être rentable et productive est incompatible avec le fondement et la pratique professionnelle des IPS, puisqu'elles ont l'impression d'effectuer les tâches ingrates ; les activités que les médecins ne veulent pas faire. Il est donc difficile pour elles de trouver leur véritable place dans cette méthode de fonctionnement qui va à l'encontre de leurs valeurs, cela étant fortement tributaire d'une incompatibilité de rémunération pour des soins donnés à la population dans une société néocapitaliste. Effectivement, il est fréquemment souligné, dans la littérature, que les infirmières « œuvrent [quotidiennement] dans l'ombre, victimes à la fois du patriarcat, du capitalisme et d'une mondialisation qui ne fait que renforcer des inégalités » (Bourgault & Perreault, 2015, p.12). Ces inégalités, autrement dit des rapports de force indus, ont été fréquemment exprimées par les participantes tout au long de cette étude.

L'explication de cette situation va dans le même sens de ce qui est soutenu par le philosophe politique Haber (2013). Ce dernier définit notre société, comme une société néocapitaliste, qui mise sur la privatisation des services publics et qui a un intérêt quasi exclusif pour le profit. Par conséquent,

les infirmières et les patients ne comptent que très peu dans l'équation de cette société donnant ainsi une place privilégiée aux travailleurs indépendants, puisqu'ils ont une pratique professionnelle axée sur le rendement et la productivité pour assurer leur rémunération. Effectivement, le travail infirmier est sans grande valeur marchande au sein de cette société (Goulet & Dallaire, 2002). Le philosophe Honneth (2008) pousse même la réflexion plus loin dans ces écrits en spécifiant que l'évolution de la société capitaliste néo-libérale, à travers tout ce qui a un rapport avec la marchandisation, est incompatible avec l'avancement ou l'autoréalisation de certains acteurs de la société. Nous pouvons alors facilement penser aux IPS et à leur développement professionnel au sein du système de santé québécois, contrôlé majoritairement par des organisations externes aux soins infirmiers, comme le Collège des médecins du Québec (CMQ). Selon les participantes, cela a un effet important sur leur autonomie professionnelle et sur leurs possibilités d'avancement.

Comme nous l'avons souligné dans la cadre du quatrième chapitre de ce mémoire, des participantes nous ont partagé leur relation particulière avec l'appropriation du mot « diagnostic » par les médecins et les « *impressions* » diagnostiques qu'elles peuvent avoir. Certes, il y a une ouverture en ce sens avec les dernières lois adoptées pour les IPS, mais nous sommes d'avis que c'est une manière de s'approprier la possibilité de s'exprimer sur un problème de santé. D'après Hélène (004-IPS), « *le mot diagnostique = sensibilité émotionnelle chez les médecins* ». Aussi, comme nous l'avait souligné Julie (017-IPS), c'est rabaisant pour l'IPS de devoir toujours faire valider ses « *impressions* » diagnostiques par le médecin partenaire. Il s'agirait encore une fois d'une forme de domination atténuée, puisque le pouvoir du mot « diagnostic » permet au médecin de préserver une hiérarchie professionnelle vis-à-vis des IPS. D'une certaine façon, c'est sous-entendre que les IPS peuvent seulement avoir des impressions et non pas d'idées précises sur un problème de santé. Cela brime complètement leur liberté de pratique. Un exemple permet d'illustrer cette situation avec un autre métier essentiel au fonctionnement de la vie courante. C'est comme si un mécanicien ne pouvait pas dire qu'il y a une fuite d'essence lors de l'inspection d'une voiture et qu'à ce moment-là il doit complètement changer son discours et le nommer différemment, même s'il est au fait du problème réel et que c'est, sans aucun doute, une fuite d'essence. C'est alors la même chose qui survient avec les IPS lorsqu'elles doivent se prononcer sur un problème de santé, sans avoir le droit de dire le nom de la pathologie, puisque cela revient aux médecins. Pour Elsom, Happell et Manias (2009), le diagnostic

et la prescription par les infirmières, des rôles qui étaient traditionnellement exclusifs aux médecins, est perçu comme un défi pour le domaine médical, à la fois pour leur pouvoir et leur autorité.

[Effectivement], avec l'introduction [de la prescription chez les infirmières], la profession médicale a tenté de limiter le partage des connaissances avec d'autres professionnels de la santé et de faire de la profession médicale l'unique arbitre de la gestion des soins de santé [...]. [Ainsi], en réponse à la prescription par une infirmière, le corps médical est passé de son rôle de prescripteur à celui de diagnosticien afin de tenter de réimposer sa domination sur les autres professionnels de la santé (Pritchard, 2017, p.35).

D'une certaine façon, c'est une manière de conserver un contrôle sur leur pratique et sur les fonctions professionnelles des IPS. Malheureusement, c'est en partie à cause de cela que les IPS ont de la difficulté à prendre la place qui leur revient au sein du système de santé.

L'héritage historique d'une profession à caractère vocationnel rend l'acceptation sociale difficile [pour les infirmières]. Avec les années, ces professionnelles ont tenté de gagner une dextérité de plus en plus grande dans le domaine de la technique, afin de monter dans l'échelle sociale des services et de bénéficier en même temps, d'une reconnaissance sociale qui se rapproche de celle accordée – jusqu'à présent – aux médecins, proportionnelle à l'emploi d'une haute, voire, super-technicité (Collière, 1982, p.129).

Au regard de nos résultats, les participantes désirent vraisemblablement sortir de l'idéologie rétrograde de la « femme consacrée » (Collière, 1982, p. 59) pour être reconnues à leur juste valeur. Malheureusement, « il y a [apparemment] oscillation permanente entre une surestimation de la valeur accordée à la pratique infirmière, confondue avec l'infirmière elle-même, et la minimisation de ce qu'elle fait, donc de ce qu'elle est » (Collière, 1982, p.89). Cette dévalorisation a par ailleurs un impact majeur sur la reconnaissance sociale des infirmières et sur la place qu'elles désirent revendiquer, à travers différentes actions politiques. D'une certaine façon, d'après nos résultats, ces infirmières désirent se détacher des « exigences totalement inédites » (Honneth, 2008, p.319) normativement assignées notamment via le discours vocationnel. Nous avons pu le constater préalablement dans la présentation des résultats, pour nombre de participantes, il est par ailleurs admis que les IPS sont, au moins en partie, là pour prendre en charge les tâches ingrates dont veulent se départir les médecins, le président de la FMOQ Louis Godin ne s'est par ailleurs jamais caché pour le dire haut et fort. Pourtant, cette façon déplorable de voir l'IPS, de concevoir son rôle, s'apparente encore une fois à ce qu'étaient les femmes consacrées animées par une vocation les exposant malheureusement à tous types d'abus. Les confiner à ce rôle par le biais de tel discours rétrograde largement diffusé, c'est agir pour qu'elles demeurent des professionnelles de second ordre. Nous pourrions même avancer que les infirmières

de pratique avancée, ou les infirmières soignantes en général, jouissent en fait d'une reconnaissance de leur travail pour les mauvaises raisons suivantes : technicité, dévouement, main d'œuvre peu coûteuse, etc. Selon Honneth (2008), ce type de reconnaissance pourrait être qualifié d'idéologique et favoriserait leur instrumentalisation au sein d'un système qui carbure aux impératifs capitalistes.

Il apparaît ainsi que les IPS doivent elles aussi agir pour contrer ces rapports de force indus. Si ces dernières pouvaient prendre « conscience de cette répartition arbitraire du pouvoir, [elles pourraient] se regrouper, se mettant ainsi en position d'exiger des changements » (Goulet & Dallaire, 2002, p.211). Pourtant, comme nous l'avons démontré dans le chapitre précédent à travers les résultats issus de nos entrevues individuelles, les IPS doivent faire face à différentes contraintes au déploiement de leurs actions politiques au quotidien.

5.2 Les contraintes à l'action politique des IPS

Cette étude avait également comme but d'examiner les expériences de reconnaissance vécues au quotidien, mais également, de permettre une réflexion approfondie au sujet de l'action politique d'infirmières exerçant dans des secteurs de soins spécialisés. Ce qui retient particulièrement notre attention pour cet axe de discussion, ce sont les différentes contraintes que les participantes nous ont partagées en lien avec le déploiement de ces actions. Au regard de nos résultats, les participantes sont bien au fait de l'importance d'agir politiquement, mais elles doivent continuellement faire face à des situations qui les empêchent de le faire. Donc, le manque d'action des infirmières ne le serait pas par manque de volonté, mais bien par des contraintes qui ont pour effet de récuser leurs actions au quotidien.

D'entrée de jeu, les participantes à ce projet de recherche, qui rappelons-le avaient été expressément sélectionnées pour leur engagement politique, étaient toutes d'avis qu'elles doivent prendre davantage la parole au sein des différentes tribunes auxquelles elles peuvent avoir accès et utiliser leur jeu d'influence au quotidien. D'après Goulet et Dallaire (2002), ce jeu d'influence « provient d'une conviction personnelle d'avoir un rôle significatif à jouer dans le processus politique. C'est croire qu'une personne peut influencer les événements par ses efforts. En d'autres mots, on n'a pas d'influence politique si on se perçoit comme impuissante » (p.216). Dans un même ordre d'idées, l'étude de Rasheed, Younas et Mehdi (2020) révèle que le problème « le plus récurrent » de la

profession infirmière, en ce qui a trait à l'action politique, est le sentiment d'« impuissance des infirmières à participer et à influencer la prise de décisions politiques » (p.449). Au regard de nos résultats, plusieurs participantes ont également eu cette même réflexion à partir d'une critique genrée. Ces dernières expliquent le manque de mobilisation des infirmières à travers une compréhension que l'on pourrait qualifier d'historiquement située : les femmes ne sont pas naturellement socialisées à prendre la parole dans l'espace public, puisque cette place a historiquement été occupée par les hommes. À cet effet, il semblerait que les infirmières soient convaincues que la sphère du politique leur est inaccessible et que leurs actions déployées en vue de déstabiliser le *statu quo*, et de finalement obtenir une reconnaissance qui est à la hauteur de ce qu'elles font et de ce qu'elles sont, est pratiquement impossible. D'une certaine façon, celles-ci s'empêcheraient elles-mêmes d'agir politiquement et perpétueraient la peur de prendre la parole concernant les enjeux sociopolitiques inhérents à leur pratique, en raison de ces caractéristiques genrées. Ainsi, cela apparaît comme une contrainte majeure relativement à ce qu'elles avaient soulevé dans le cadre de ce projet comme stratégie infirmière à emprunter du point de vue de l'action, soit de prendre davantage la parole, et ce, dans toutes situations. Nos résultats démontrent ainsi que les participantes semblaient coincées entre, d'une part, l'importance et le désir de prendre position en ce qui a trait à la défense de leurs convictions professionnelles et politiques à travers différentes tribunes et, d'autre part, la peur de ne pas être écoutées et entendues par la population et les décideurs politiques. Cette situation n'est malheureusement pas la seule à jouer un rôle important relativement au déploiement difficile des actions politiques chez les participantes.

Pour pousser la réflexion un peu plus loin, il apparaît important de faire ressortir que la santé est un enjeu politique et social de premier ordre. Par ailleurs, selon Buresh et Gordon (2006), « être invisible et non reconnu [à propos des enjeux politiques en santé] est un problème perpétuel pour les soins infirmiers » (p. 14). En ce sens, il apparaît pertinent de réfléchir aux autres contraintes vécues dans le déploiement des actions politiques soulevées par les participantes au sein de ce projet de recherche. Des auteures comme Goulet et Dallaire (2002) aussi sont d'avis que dans la mesure où les infirmières veulent être reconnues comme des professionnelles à part entière, il leur appartient, dans leur pratique quotidienne ou en prenant part aux débats entourant les questions d'importance, de prendre leur place sur l'échiquier politique et dans leur milieu respectif. Au regard de nos résultats, la reconnaissance professionnelle des IPS passerait avant tout par des actions politiques pouvant

accentuer leur visibilité au sein de la société, et cela, dans le but de faire valoir leur plus-value à titre d'infirmières. Pour Muller (1981), les actions politiques doivent s'appuyer sur des revendications claires et développées pour aspirer à une transformation des idéologies que ce soit au niveau politique, social, économique ou éthique. Malheureusement, les CH amènent les infirmières à se percevoir « comme des exécutantes interchangeables dont les fonctions sont subordonnées au maintien de la stabilité de l'organisation. Elles sont ainsi imperceptiblement éloignées du pouvoir décisionnel. Dans un tel contexte, il est difficile de maintenir une action politique » (Goulet & Dallaire, 2002, p.203). Selon nos résultats, les IPS travailleraient aussi sans relâche pour donner des soins à la population – comme elles le disent elles-mêmes, elles ont des « *caseload* » de plus en plus exigeants – ce qui n'est guère salubre pour maintenir cette action politique. Par ailleurs, si elles sont peu nombreuses à exercer au Québec, le nombre d'IPS engagée politiquement, et susceptible d'influencer positivement leurs collègues du point de vue de l'action, l'est encore moins – nous avons pu le constater au regard de notre recrutement et notamment pour celui du projet plus large dans lequel ce dernier s'inscrit. En ce sens, l'étude de Boswell, Cannon et Miller (2005) ainsi que celle de Rasheed, Younas et Mehdi (2020) soulignent que les principaux défis à l'action politique des infirmières sont le manque de ressources – mais surtout le manque de temps. Pour ce qui est de nos résultats, nous remarquons que les IPS réalisent de plus en plus l'importance de se démarquer comme profession, de se solidariser, de s'émanciper, mais elles précisent toutes, et ce, sans équivoque, avoir des contraintes temporelles trop prenantes ayant un impact important sur le déploiement de leurs actions politiques. Par exemple, elles doivent continuellement se former au niveau clinique, donc elles doivent respecter un nombre d'heures précises de formation obligatoire chaque année, en plus de devoir se faire autodidactes du point de vue des savoirs à acquérir au regard des dossiers patients qui leur incombe au quotidien. Ainsi, les contraintes du point de vue du temps disponible pour favoriser la transformation du réel de leur vie apparaissent extrêmement importantes, sans compter qu'elles sont, pour la majorité, des femmes avec ce que cela implique du point de vue des responsabilités familiales et de la charge mentale associée, concept de plus en plus mis en regard dans les écrits féministes comme ceux de Châteauneuf (2019), Federici (2019), Nakano Glenn (2009) et Bourgault & Hamrouni (2016).

Comme les participantes ont, dans le cadre de ce projet, fait référence à l'émancipation à titre de phénomène, toutefois sans nommer le concept directement, il apparaît ici intéressant de réfléchir à l'émancipation des infirmières. Marx (1818-1883) est un philosophe ayant proposé une

conceptualisation intéressante de l'émancipation qui nous est utile au regard de nos résultats. De son point de vue, l'émancipation prend place dans « une dialectique du temps de travail et du temps libre » (Artous, 2003, p.145). Notons que d'un point de vue marxiste, il y a deux sphères distinctes au sein de la vie sociale : une sphère de rapports entre acteurs sociaux et une sphère de production. Plus particulièrement, l'émancipation se développe à l'extérieur du travail, donc à l'extérieur de la sphère de production. Pour tendre vers l'émancipation, il faut que la personne ou le groupe qui désire s'émanciper ait la possibilité de s'extraire de la sphère du travail – qui certes peut être prenante. Ainsi, plus un individu est accaparé par le temps de travail – donc nécessairement « exploité sur la base des rapports de production capitalistes » (Martin, 2015, p.100) – moins il peut combler ses besoins d'émancipation en s'informant, en lisant ou en se conscientisant dans le temps libre, donc dans le temps « hors travail », ce qui est contre une émancipation humaine véritable et transférable dans la sphère de production (Marx, 1984). Une personne qui est dans l'obligation de donner l'essentiel de son temps à sa profession, que ce soit en travaillant ou en accordant du temps au travail à l'extérieur de la sphère de production, réduira inévitablement ses temps libres, et notamment le temps nécessaire à la conscientisation et à l'agir politique. Bien que les écrits de Marx datent et que la dynamique de production a beaucoup évolué, ce n'est, par ailleurs, pas nécessairement pour sortir du règne de la nécessité que les infirmières, qui exercent des rôles élargis au sein des secteurs de soins spécialisés, sont à ce point mobilisé par le travail. Nous croyons pertinemment que la façon dont Marx a conceptualisé l'émancipation s'applique également à la dynamique infirmière. Ainsi, de ce point de vue, il demeure difficile pour les participantes de s'émanciper comme elles le souhaitent toutes, sans qu'elles aient encore une fois nommé nécessairement le concept, puisque comme elles l'ont toute décrite, elles sont, au quotidien, littéralement accaparées par leur profession. Cette contrainte à l'émancipation n'est certes pas la seule, surtout dans une société capitaliste avancée, qui mise massivement sur l'individualisation de ses membres pour maintenir sa pérennité. À noter toutefois que les infirmières exerçant dans des secteurs de soins spécialisés ne vivent pas en marge de cette société où les solidarités s'effritent pouvant rendre difficile l'émancipation. Toutefois, dans le cadre de ce projet, ce manque de temps est considéré comme l'une des contraintes majeures au déploiement de l'action politique de ces infirmières.

Relativement au manque de ressources des participantes du point de vue de l'action politique, qui a été préalablement soulevé au sein de la littérature scientifique (Boswell, Cannon & Miller, 2005 ;

Rasheed, Younas & Mehdi, 2020), cela fait écho aux lacunes présentes au sein de la formation que ces dernières nous ont partagées dans le cadre de cette étude. Effectivement, comme elles nous l'ont confié, elles apprennent les enjeux politiques inhérents à leur pratique « sur le terrain » et ne se sentent pas préparées à faire face aux injustices qui prennent place dans les milieux de soins. Ce qui est particulièrement absent au sein du cursus académique c'est « l'accompagnement des étudiantes vers une conscientisation politique leur permettant d'acquérir une vision d'ensemble des dominations à l'œuvre dans nos sociétés » (Martin & Bouchard, 2018 ; Martin, 2019). Ces dernières années, des chercheurs en sciences infirmières ont sonné l'alarme quant à l'absence du politique au sein de la formation de ces professionnelles, ou du moins quant à une façon de présenter le politique dans le sens de la perpétuation du *statu quo*. Ainsi, leurs résultats vont dans le même sens que ceux de cette étude, puisqu'encore aujourd'hui, les infirmières disent ne pas être formées pour affronter les enjeux politiques. Pourtant, « l'émancipation des infirmières ne peut être possible sans l'exercice d'un esprit critique face aux grands enjeux d'actualité, et [nous sommes d'avis] que ce dernier doit être développé dès leur formation initiale » (Martin & Bouchard, 2018 ; Martin, 2019). Malheureusement, la mise en œuvre d'espaces de réflexion critique et politique reste un problème central, encore aujourd'hui, dans le système de santé actuel puisque les dirigeants ont très peu d'intérêt à promouvoir cet aspect. Pourtant, l'apprentissage de cet esprit critique amènerait les infirmières à prendre davantage conscience des contraintes les entourant, autant au niveau de la reconnaissance que de l'action politique dans la minutie de leur quotidien. Par ailleurs, cela leur permettrait d'ouvrir les horizons à un avancement concret de la profession.

À la lumière de la discussion des résultats du présent mémoire, nous sommes d'avis que nos phénomènes d'intérêt, soit la reconnaissance et l'action politique, sont expérimentés quotidiennement par les participantes à travers différentes contraintes ayant un impact important sur leur vécu, et ce, au sein de leurs différents milieux de travail. L'analyse des résultats comparée aux écrits théoriques et scientifiques nous ramène aux idées présentées dans le chapitre de la problématique de recherche et de la recension des écrits selon lesquelles les infirmières vivent des contraintes au quotidien, et cela, joue sur la reconnaissance qu'elles perçoivent et sur leur possibilité de déployer des actions politiques. Nous sommes témoins que la société, dans laquelle les infirmières évoluent, laisse peu de place à la prise en compte de leurs revendications professionnelles qui sont, pour la plupart, politiques. Ces dernières en ont également été témoins au courant de la pandémie mondiale de la COVID-19 au

Québec où elles ont dû dénoncer des situations inacceptables ayant un impact direct sur leur sécurité et sur la sécurité de la population, comme le manque de protection individuelle et l'augmentation de leurs heures de travail. De cette façon, leurs conditions de travail ont été brimées à plusieurs niveaux. Au final, les infirmières

ont besoin que l'on reconnaisse leur valeur sociale réelle, que l'on reconnaisse ce qu'elles font, ce qu'elles sont, et que l'on réalise tout leur potentiel, parce que non seulement elles ont la capacité de contribuer à résoudre [les problèmes de la société], [mais] elles ont également la capacité de transformer notre système de santé (Martin, Pham, Lynch-Bérard & Stake-Doucet, 2020).

Si une situation d'urgence sanitaire comme la pandémie de la COVID-19 ne permet pas de respecter les infirmières relativement à leurs conditions de travail, comment peuvent-elles réellement espérer un changement/amélioration en ce sens dans la minutie de leur quotidien ?

5.3 Limites de l'étude

Le projet central dans lequel s'inscrit ce mémoire comprenait différents rôles élargis en secteur de soins spécialisés. Pour ce qui est de l'échantillon, une grande majorité des participantes étaient des IPS-PL. Une seule infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (IPS-NN) a participé à ce projet de recherche et, malheureusement, aucune infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPS-SM) et infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques (IPS-SP) n'a participé à cette étude. Donc, cela peut représenter une limite à notre projet de recherche, puisque nous n'avons pas de données sur ces milieux. Pour une meilleure représentativité des IPS au sein de l'étude, il aurait été intéressant d'inclure tous les milieux de pratique qui exercent actuellement au Québec.

Le fait que notre échantillon soit seulement composé de deux hommes sur un total de 21 participant(e)s s'avère peu représentatif de la réalité de leur expérience en tant qu'infirmier, politiquement engagé, exerçant en secteur de soins spécialisés. En effet, les hommes composent 11,5 % de l'effectif infirmier au Québec (OIIQ, 2020). Aussi, certaines études ont remarqué qu'en ce qui a trait à la reconnaissance sociale et salariale des infirmiers, ces derniers ont tendance à être davantage privilégiés et respectés comparativement à leurs collègues féminines et disent vivre moins de contraintes. Ainsi, ce type de recherche, ayant tendance à attirer des sujets qui se sentent concernés et affectés par la problématique, pourrait donc expliquer, en partie, notre limite (Finnegan, 2019 ; Goudreau, 2012 ; Muench, Sindelar, Busch et Buerhaus, 2015).

Le choix des *verbatim*, par l'étudiante-chercheuse, utilisé au sein de la présentation des résultats peut représenter une limite à cette étude. Même si cette étape a été réalisée de manière objective, il est possible que ces choix aient été influencés par des facteurs comme sa propre expérience comme infirmière, ses valeurs personnelles, ses lectures, etc. À bien considérer les choses, cette limite se retrouve au sein de chaque étude qualitative, puisqu'il est impossible de ne pas considérer sa propre histoire et les fondements moraux qui nous caractérisent comme chercheur. Aussi, considérant que les données n'ont pas toutes été recueillies par l'étudiante-chercheuse, car 15 entrevues étaient déjà réalisées par le chercheur principal et un professionnel de recherche lorsque le projet de ce mémoire a été initié pour compléter le projet central dans lequel il s'inscrit, cela peut amener quelques variances dans les données et leur analyse dans ce contexte.

5.4 Recommandations pour la recherche

Nous sommes d'avis que d'autres recherches empiriques doivent continuer d'examiner les expériences de reconnaissance vécues au quotidien et les actions politiques mises en place pour favoriser cette dite reconnaissance. Comme nous l'avons souligné dans les limites de l'étude, certains groupes d'IPS n'ont pas participé aux entrevues individuelles de ce projet de recherche, soit les IPS-SM et IPS-SP. Il serait donc pertinent de faire une étude incluant ces groupes d'IPS pour une meilleure connaissance et représentativité de la réalité de leurs milieux au sujet de la reconnaissance et de l'action politique. Également, avoir un échantillon plus exhaustif permettrait d'inclure davantage de rôles élargis en secteur de soins spécialisés dans le but de mieux répondre aux besoins du projet de recherche. En ce sens, il est à noter que prochainement, l'étudiante-chercheuse et le chercheur principal prévoient de poursuivre cette étude à travers des groupes de discussion afin d'enrichir les résultats de ce projet de recherche. Avec des participantes différentes au projet central exerçant dans des secteurs de soins spécialisés, des groupes de discussion permettront un partage des expériences vécues à travers des réflexions multiples et une perspective critique au sujet de la reconnaissance et de l'action politique.

Au regard des résultats de notre étude, il serait intéressant d'effectuer une recherche qualitative auprès des médecins partenaires des IPS en utilisant une analyse de discours. Ceci, permettrait d'en savoir davantage sur leurs expériences vécues et sur ce qu'ils pensent de leur

collaboration avec ces dernières et de valider la teneur réelle de la reconnaissance qu'ils ont à leur égard. Il serait intéressant de connaître leur point de vue au sujet de l'apport des IPS au sein du système de santé et relativement à leurs possibilités d'avancement à long terme, en ce qui a trait aux diagnostics par exemple. Parallèlement, un projet du même type pourrait être fait auprès de patients suivis ou non par une IPS. Les résultats de cette étude pourraient soit valider ou invalider d'après la perception qu'ils ont des IPS, puisque d'après les participantes, les patients ont de la reconnaissance pour leur travail. De leurs perspectives, et à travers une analyse du discours, il serait intéressant de connaître ce qu'il pense réellement de la profession infirmière comparativement à la profession médicale. Finalement, une étude pourrait également être réalisée auprès des infirmières soignantes qui côtoient les IPS soit en CH ou en GMF afin de connaître la perception qu'elles ont de leurs collègues. D'un regard externe, ces dernières pourraient peut-être amener une autre perspective quant à la relation IPS-médecin.

5.5 Recommandations pour la formation

En accord avec ce que les participantes nous ont partagé dans le cadre de ce projet de recherche, nous croyons qu'il est important d'émettre des recommandations pour la formation. *Les lacunes au sein de la formation* constitue la section 4.2.2.2 du chapitre sur la présentation des résultats au sujet de l'action politique. Ces résultats nous ont permis de comprendre la réalité des participantes et de savoir qu'elles manquent cruellement de formation en ce sens. Les participantes nous ont confié qu'elles apprennent les enjeux politiques « sur le terrain » et ne seraient que très peu conscientisées à en être critique. Ce constat a également été émis par différents auteurs au sein de la littérature scientifique (AbuAlRub & Foudeh, 2017 ; Kung & Rudner Lugo, 2015). Pourtant, des écrits théoriques sur le sujet comme ceux de Goulet et Dallaire (2002), Martin (2019) et Martin et Bouchard (2018, 2020) avancent que la formation est essentielle pour que les infirmières agissent politiquement, et ce, dès le début de leur formation comme professionnelle. À ce sujet, Martin et Bouchard (2020) précisent qu'une formation critique en lien avec le politique pourrait permettre aux infirmières d'avoir « une meilleure compréhension de la complexité des structures de gestion hospitalière afin de faire face aux défis » (p.320) se présentant au sein de leurs milieux de soin. Sans être aussi complexe, il serait important d'informer les IPS quant à la réalité des différents milieux comme les CH et les GMF, où la pratique est différente. De cette façon, les infirmières seraient mieux outillées, individuellement et collectivement, pour faire face aux différents débats sociétaux qui les affectent.

Dans l'ensemble, sensibiliser les futures infirmières à propos de l'action politique dès le début de leur cursus académique, dans les milieux collégiaux et universitaires, serait une étape cruciale et non négligeable. Notamment, cette formation pourrait être poursuivie au sein de la formation continue tout au long de leurs carrières. Leur formation « 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* » (Martin, 2015, p.452). Ceci, dans l'optique d'apprendre à questionner les enjeux hospitaliers et à en être critique, puisque ceux-ci sont également politiques. La formation viserait à les sensibiliser aux divers rapports de force qui s'exercent dans les milieux de soins et à les outiller pour les affronter. De la même manière, apprendre à se faire confiance, à se solidariser et à s'exprimer quant à leur point de vue feraient parties des caractéristiques à développer et essentielles pour le déploiement de leurs actions politiques au quotidien. Tout comme connaître les différentes tribunes les aidant à porter leur message d'intérêt à plus grande échelle. Être en mesure de comprendre les concepts rattachés au politique et la manière d'intervenir intelligemment sont des variables assurant des actions politiques infirmières efficaces.

Dans un autre ordre d'idées, nous nous permettons de faire une remarque en ce qui a trait à l'amélioration de la formation des médecins au Québec. Il serait intéressant que leurs stages puissent s'exercer aux États-Unis, ou ailleurs au Canada, afin d'ouvrir les possibilités à de nouvelles façons de collaborer avec les infirmières. Ailleurs, les IPS sont de plus en plus présentent au sein du système de santé. De cette manière, cela pourrait les conscientiser à développer de meilleures méthodes de collaboration ou, tout simplement, permettre de les reconnaître à leur juste valeur.

Conclusion

Au terme de ce projet, relativement à notre première question de recherche investiguant les expériences de reconnaissance vécues par les infirmières exerçant en secteur de soins spécialisés, nos résultats révèlent que ces dernières reçoivent majoritairement de la reconnaissance des patients qu'elles soignent grâce au temps qu'elles passent avec eux comparativement au temps qu'il leur ait consacré par les médecins. L'incompréhension de leur rôle par certains acteurs de la société, que ce soit par la population en général ou par les professionnels qu'elles côtoient, a un impact direct sur la reconnaissance qu'elles reçoivent au quotidien. Cela amène plus précisément à réfléchir sur la place qu'ont les IPS au sein du système de santé québécois et la plus-value de leur rôle professionnel au sein d'une équipe de soins. La considération de l'existence même de la profession d'IPS a été remise en doute par les participantes, puisque cela a un effet important sur la reconnaissance professionnelle qu'elles perçoivent, notamment avec la non prise en compte de leur particularité au sein de la convention collective syndicale. À différents niveaux, les IPS doivent faire face à des contraintes pouvant avoir un impact majeur sur leur pratique professionnelle, particulièrement avec les médecins et les infirmières soignantes. Elles doivent constamment faire valoir leur efficacité en vue d'être respectées. Enfin, à l'unanimité, les participantes affirment qu'elles vivent un manque de reconnaissance au niveau salariale. Elles ont de plus en plus de responsabilités, allant dans le même sens que la recherche de valorisation pour cette jeune profession, donc la rémunération mériterait d'être repensée à la hausse selon les participantes.

En ce qui concerne la deuxième et dernière question de recherche, touchant plus particulièrement aux actions politiques, individuelles ou collectives, déployées au quotidien, les résultats révèlent que des stratégies infirmières sont mobilisées par les participantes en vue de prendre la parole au sein des différentes tribunes pour faire valoir leur force professionnelle au sein du système de santé québécois. Elles sont conscientes de l'importance d'être présente au niveau politique et d'avoir une influence positive en ce sens. Malheureusement, il y a un manque de mobilisation vécu qui est expliqué à travers différentes contraintes au déploiement des actions politiques. Les participantes s'expliquent ce manque de mobilisation par le biais d'une analyse de genre, par la présence de lacunes au sein de la formation professionnelle expliquant un manque de connaissance sur le sujet ainsi par le manque de temps à investir qui est quasi inexistant. Elles donnent tellement de leur temps au travail qu'elles n'ont pas de temps libre nécessaire leur permettant d'agir politiquement ; de s'émanciper.

Réfléchir sur le phénomène de la reconnaissance nécessite un changement sociétal d'une grande envergure, un changement pouvant avoir des répercussions sur les modèles de pensée, les institutions ainsi que les mentalités individuelles et collectives. Le positionnement épistémologique utilisé à travers ce projet de recherche nous a permis d'interpeller différentes réflexions féministes et postmodernistes ayant permis de donner de la richesse à nos résultats. Nous souhaitons ardemment que les résultats de cette étude, comme il est question à travers ce mémoire, permettra une prise de conscience élargie à l'égard de la reconnaissance conférée aux infirmières de secteur de soins spécialisés et le caractère impératif de la mise en place d'action pour transformer le réel infirmier.

Bibliographie

- AbuAlRub, R. F., & Foudeh, F. N. (2017). Jordanian Nurses' involvement in health policy: Perceived benefits and barriers. *International Nursing Review*, 64(1), 13–21.
- Acker, F. (2004). Les infirmières en crise?. *Mouvements*, (2), 60-66.
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 76-86.
- Archibald, M. M., & Fraser, K. (2013). The potential for nurse practitioners in health care reform. *Journal of Professional Nursing*, 29(5), 270-275.
- Artous, A. (2003). *Travail et émancipation sociale : Marx et le travail*. Ed. Syllepse.
- Beaud, S. & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2012). *Introduction aux études sur le genre* (2^e édition revue et augmentée). Bruxelles : De Boeck.
- Bessaïh, N. (2013). L'indignation et la solidarité : des centres de femmes en lutte. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.197-208). Éditions du Remue-ménage.
- Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Ed.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p.63-76). Boucherville, Québec : G. Morin.
- Boisvert, Y. (1997). *L'analyse postmoderniste : Une nouvelle grille d'analyse socio-politique*. Montréal : Harmattan.
- Boswell, C., Cannon, S., & Miller, J. (2005). Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. *Journal of professional nursing*, 21(1), 5-8.
- Bouchard, G., & Namaste, V. (2013). Déclaration sur la hausse des droits de scolarité au Québec et son impact sur les femmes. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.33-40). Éditions du Remue-ménage.
- Bourdieu, P. (1976). Les modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2), 122-132.
- Bourgault, S. & Perreault, J. (2015). *Le care : éthique féministe actuelle*. Éditions du Remue-ménage.
- Bourgault, S., & Hamrouni, N. (2016). Travail, genre et justice sociale. *Politique et Sociétés*, 35(2-3), 3-13.

- Brooten, D., Youngblut, J. M., Deosires, W., Singhala, K., & Guido-Sanz, F. (2012). Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 906-912.
- Brun, J. P., & Dugas, N. (2002). *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*. Québec : CSST.
- Brun, J-P. (2013). La reconnaissance dans la sphère publique. Dans C. André (Ed.), *La reconnaissance : des revendications collectives à l'estime de soi* (p.41-44). Ed. Sciences humaines.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1), 39-48. doi:10.3917/pos.401.0039.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2006). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. Cornell University Press.
- Carpentier-Roy, M-C. (1991) *Corps et âme : Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal : Liber.
- Casanova, V., & Krikorian, G. (2011). Devenir pairs : Entretien avec Nancy Fraser. *Vacarme*, 55(2), 4-12. doi:10.3917/vaca.055.0004.
- Charles, A. & Guérard, F. (2012). Les religieuses hospitalières du Québec au XX^e siècle : une main d'œuvre active à l'échelle internationale. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.79-102). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Châteauneuf, A. (2019). *Si nous sommes égaux, je suis la fée des dents*. Montréal, Québec : Poètes de Brousse.
- Chouinard, T. (2018, mai). Des médecins payés pour superviser les « superinfirmières ». *La Presse*. Récupéré de : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201805/01/01-5168714-des-medecins-payes-pour-superviser-les-superinfirmieres.php>
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie*. Elsevier Masson.
- Cohen, Y., & Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(2), 155-177.
- Cohen, Y. (2002). *Les sciences infirmières: genèse d'une discipline: histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Pum.
- Cohen, Y. (2004). Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec. *Canadian Bulletin of Medical History*, 21(2), 387-409.

- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 84-93.
- Comanne, D. (2010). *Comment le patriarcat et le capitalisme renforcent-ils conjointement l'oppression des femmes ?* Récupéré de : <http://www.cadtm.org/Comment-le-patriarcat-et-le>
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Lardeux, A., Bégin, M.-C., Chiasson, A., Clément, S., de Belleville, D., Lamothe, L., Moysé, S., Paré, M., & Radermaker, M. (2017). *Primary healthcare nurse practitioners (PHCNPs) practice in Canada*. Montreal : Research Chair Pocosca.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., Vadeboncœur, A., & Sainte-Croix, D. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Québec, Canada : Fonds de recherche société et culture Québec.
- Coordination du Québec de la Marche mondiale des femmes. (2019, avril). Des travailleuses domestiques exploitées. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/552768/travailleuses-domestiques-exploitees>
- Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles questions féministes*, 23(3), 26-41.
- 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.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Daigle, J. (2012). Des traces sur la neige : le passage des infirmières dans les régions isolées du Québec, 1932-1972. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.127-156). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Dang, A. T., & Letablier, M. T. (2009). Citoyenneté sociale et reconnaissance du « care ». *Revue de l'OFCE*, (2), 5-31.
- Dauphin, C., Farge, A., & Fraisse, G. (1986, avril). Culture et pouvoir des femmes : essai d'historiographie. Dans *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 41(2), 271-293. Cambridge University Press.

- Davies, M.J. (2012). La renaissance des sages-femmes dans la région de Kootenay, en Colombie-Britannique, 1970-1990. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.271-296). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- De Munck, J. (2009). *Les bases d'une sociologie critique*. Louvain : Institute of Analysis of Change in History and Contemporary Societies.
- 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 Denzin N. K. & Lincoln, Y. S. (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3^e éd.). (p.641-649). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Deschênes, M. (2015). Les ressources du récit chez Gilligan et Ricoeur : peut-on penser une « littérature care ». Dans S. Bourgault & J. Perreault (Ed.) *Le care: éthique féministe actuelle* (p.207-227). Éditions du Remue-ménage.
- Desjardins, M. (2013). Des années au cœur de la tempête rouge !. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.107-116). Éditions du Remue-ménage.
- Dessors, D. (1995). Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 56, 176-180.
- Didry, C., Hours, B. & Selim, M. (2016). Du xx^e au xxi^e siècle : quelle émancipation ? *L'Homme & la Société*, 201-202(3), 109-134. doi:10.3917/lhs.201.0109.
- Dion, C. (2018). *Petit Manuel de résistance contemporaine*. Actes Sud.
- Dortier, J-F. (2013). Soif de reconnaissance et inégalités volontaires. Dans C. André (Ed.), *La reconnaissance : des revendications collectives à l'estime de soi* (p.77-83). Ed.Sciences humaines.
- Durand, G. (2004). *Pour une éthique de la dissidence : liberté de conscience, objection de conscience et désobéissance civile*. Montréal : Liber.
- El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 64(4), 662-684.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Nurse practitioners and medical practice: opposing forces or complementary contributions?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), 9-16.
- 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.

- Falquet, J. (2009). La règle du jeu : Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » dans la mondialisation néolibérale. Dans E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.71-90). Presses universitaires de France.
- Federici, S. (2019). *Le capitalisme patriarcal*. La Fabrique éditions.
- Finnegan, M. W. (2019). *Male Nurses' Experience Of Gender Stereotyping Over The Past Five Decades: A Narrative Approach*. Thèse de doctorat inédite. Molloy College, Rockville Centre, New York.
- Fontana, A. (2002). Postmodern trends in interviewing. Dans Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (Ed.), *Handbook of interview research : Context & method*. (pp. 161-180). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Fraser, N. (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. Paris : La Découverte.
- Fraser, N. (2011). Féminisme, capitalisme et ruses de l'histoire. *Cahiers du genre*, (1), 165-192.
- Frère, B. (2015). *Le tournant de la théorie critique*. Desclée de Brouwer.
- Gagnon, M., & Perron, A. (2018, février). Les infirmiers et les infirmières haussent le ton. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/519318/les-infirmiers-et-infirmieres-haussent-le-ton>
- Garon, M. (2006). The positive face of resistance: nurses relate their stories. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 249-258.
- Gaudet, S. (2015). La participation sociale... entre le care et le don. Dans S. Bourgault & J. Perreault (Ed.) *Le care: éthique féministe actuelle* (p.137-161). Éditions du Remue-ménage.
- Gendron, C. (1993). Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Sénotier (dir.) : Les infirmières et leur Coordination. *Recherches féministes*, 6(2), 171–175.
doi:10.7202/057756ar
- Glassford, S. (2012). Mobilisée, organisées et aptes à s'occuper des autres : le travail sanitaire des femmes de la Croix-Rouge au Canada au XX^e siècle. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.59-78). Les Presses de l'Université d'Ottawa.

- Goudreau, J. (2012). A new obstacle for professional women: The glass escalator. *Forbes*. Récupéré de : <https://www.forbes.com/sites/jennagoudreau/2012/05/21/a-new-obstacle-for-professional-women-the-glass-escalator/?sh=75ac9e83159d>
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- Gouvernement du Québec. (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90-2002, chapitre 33). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75-91.
- Haber, S. (2013). *Penser le néo-capitalisme : vie, capital et aliénation*. Paris : Les prairies ordinaires.
- Halpern, C. (2011). Rencontre avec Axel Honneth : Les luttes pour la reconnaissance. *Sciences humaines* (13), mai-juin.
- Hamrouni, N. (2015). Vers une politique du *care* : entendre le *care* comme « service rendu ». Dans S. Bourgault & J. Perreault (Ed.), *Le care: éthique féministe actuelle* (p.71-93). Éditions du Remue-ménage.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La découverte.
- Honneth, A. (2013). *Un monde de déchirements (Théorie critique, psychanalyse, sociologie)*. Paris : La découverte.
- 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.
- Jean, E., Guerra, S. S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries : An explorative qualitative comparative study. *Nursing Outlook*. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. *Dictionnaire critique du féminisme*, 2, 35-44.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Dans E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.111-125). Presses universitaires de France.
- Kung, Y. M., & Rudner Lugo, N. (2015). Political advocacy and practice barriers: A survey of Florida APRNs. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(3), 145-151.

- Larivière, W. (2013). Du carré à la plume... Cette année sera rouge !. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.286-294). Éditions du Remue-ménage.
- Laurant, M., Harmsen, M., Wollersheim, H., Grol, R., Faber, M., & Sibbald, B. (2009). The Impact of Nonphysician Clinicians. *Medical Care Research and Review*, 66(6), 36S-89S.
<https://doi.org/10.1177/1077558709346277>.
- Lévesque-Boudreau, D. (2002). La syndicalisation de la main d'œuvre : professionnalisme et syndicalisme, la synergie est-elle possible ?. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Ed.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p.181-197). Boucherville, Québec : G. Morin.
- Lieber, M. (2009). Clivages ethniques, domination économique et rapports sociaux de sexe : Le cas des Chinois de Paris. Dans E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.91-107). Presses universitaires de France.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : Sage Publications.
- Lipman-Blumen, J. (1984). *Gender roles and power*. Prentice Hall. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Ed.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail, les soignants face au burn out*. Wolters Kluwer France.
- Mansell, D., & Dodd, D. (2005). Le professionnalisme et le nursing canadien. Dans Bates, C., Dodd, D. E., & Rousseau, N. (Ed.), *Sans frontières : quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (p.197-212). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Martin, P., & Alderson, M. (2013). Le concept de pouvoir en sciences infirmières : une revue critique. *Dire*, 22(3). Récupéré de : <https://www.ficsum.com/dire-archives/volume-22-numero-3-automne-2013/societe-le-concept-de-pouvoir-en-sciences-infirmieres-une-revue-critique/>
- Martin, P. & Pham P-P. (2013). Éditorial [PDF]. *Aporia : La revue en sciences infirmières*, 5(3), 3-5. Récupéré de : http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2013_07/Editorial.pdf
- Martin, P. (2015). *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*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Martin, P., & Bouchard, L. (2018, février). À bas les heures supplémentaires obligatoires pour les infirmières. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/519399/peur-et-represailles-pour-les-heures-supplementaires-obligatoires#>

- Martin, P., & Bouchard, L. (2018, mars). Le politique, absent de la formation infirmière. *Le Soleil*. Récupéré de : <https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/le-politique-absent-de-la-formation-infirmiere-64428badeae7ee4b34f539625efe35b9>
- Martin, P. (2019). Souci de l'autre dans la relation humaine et fétichiste de la productivité et de la performance calculée : quand le politique devient incontournable en formation infirmière. 87^e congrès de l'ACFAS, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada. Session spécifique organisée par des professeurs de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).
- Martin, P., & Bouchard, L. (2020). Constraints, Normative Ideal, and Actions to Foster Change in the Practice of Nursing: A Qualitative Study. *Advances in Nursing Science*, 43(4), 306-321.
- Martin, P., Pham, P-P., Lynch-Bérard, M-J., & Stake-Doucet, N. (2020, avril). De la reconnaissance dans les soins. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577628/de-la-reconnaissance-dans-les-soins>
- Martin-Fugier, A. (1979). *La place des bonnes*. Paris : Grasset & Fasquelle. Dans M-F. Collière (Ed.), *Promouvoir la vie* (p.108).
- 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.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach* (2^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Mendel, G (1985). Actepouvoir et aliénation : perspectives socio-psychanalytiques. Dans C. Dejours, C. Veil et A. Wisner (Ed.), *Psychopathologie du travail* (p.142-143). Paris, Entreprise moderne d'édition.
- Mohanty, C.T. (2009). Sous le regard de l'Occident : recherche féministe et discours colonial. Dans E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.149-182). Presses universitaires de France.
- Morse, J.M. (1990). Strategies for sampling. Dans J.M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (p.127-145). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Muench, U., Sindelar, J., Busch, S. H., & Buerhaus, P. I. (2015). Salary differences between male and female registered nurses in the United States. *Jama*, 313(12), 1265-1267.
- Muller, J.-M. (1981). *Stratégie de l'action non-violente*. Paris : Éditions du Seuil.
- 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 (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.21-70). Presses universitaires de France.

- 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.
- Okin, S. M. (2000). Le genre, le public et le privé. *Genre et politique. Débats et perspectives*, 345-390. Paris : Gallimard.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2019-2020* [PDF]. Récupéré de : <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Portrait-sommaire-2019-2020.pdf>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*-4e éd. Montréal, Québec : Armand Colin.
- Paley, J. (2002). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 25-35.
- Paperman, P. (2015). Le care comme connaissance critique (p.53-69). Dans S. Bourgault & J. Perreault (Ed.), *Le care: éthique féministe actuelle*. Éditions du Remue-ménage.
- Parker Shannon, V.J. (2002). La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Ed.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p.97-121). Boucherville, Québec : G. Morin.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Paugam, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie : « Que sais-je ? » n° 3870*. Presses Universitaires de France.
- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme «Je dénonce». *Aporia*, 12(1), 76-90.
- Plamondon Emond, E. (2013, octobre). Infirmière, de vocation à profession. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/societe/391083/infirmiere-de-vocation-a-profession>
- Pourtois, J-P., Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55, 56, 57, 13-35.
- Pourtois, H. (2009). La reconnaissance: une question de justice?: Une critique de l'approche de Nancy Fraser. *Politique et Sociétés*, 28(3), 161-190.

- Pritchard, M. J. (2017). Is it time to re-examine the doctor-nurse relationship since the introduction of the independent nurse prescriber?. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 35(2), 31-37.
- Prud'homme, J. (2012). Un autre modèle de femmes soignantes : infirmières et professions paramédicales au Québec, 1940-2010. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.251-267). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Pruvost, G. (2010). Genre. Dans : S. Paugam (Ed.), *Les 100 mots de la sociologie* (p. 68-69). Paris : Presses Universitaires de France.
- Pulcini, E. (2012). Donner le care. *Revue du MAUSS*, (1), 49-66.
- Purtschert, P. & Meyer, K. (2009). Différences, pouvoir, capital : Réflexions critiques sur l'intersectionnalité. Dans E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.127-146). Presses universitaires de France.
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Mehdi, F. (2020). Challenges, Extent of Involvement, and the Impact of Nurses' Involvement in Politics and Policy Making in in Last Two Decades: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 446-455. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/jnu.12567>
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. (2011). *Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) et de la candidate infirmière spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF* (Lettre d'entente no 229). Récupéré de : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2010/info250-0.pdf>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2018). *Historique*. Récupéré de : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>
- Reynolds, J. (2013). La grève étudiante : une prise de conscience féministe. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.41-51). Éditions du Remue-ménage.
- Richards, L., & Morse, J. M. (2012). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Sage Publications.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30.
- Roberts, S. J. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 71-82.

- Roch, G., O'Neill, M., & Boyer, M. (2010). *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. Presses de l'Université Laval.
- Rose, R. (2016). *Les femmes et le marché du travail au Québec : portrait statistique, 2^e édition* [PDF]. Récupéré de : http://www.cmfemm.org/sites/www.cmfemm.org/files/Etude_Femmes%20et%20marche%20du%20travail%20au%20Quebec_Mise%20a%20jour_2eme%20Edition_2016.pdf
- Roy-Blais, C. (2013). La prise de parole des militantes féministes au sein du mouvement étudiant : un impératif !. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.53-58). Éditions du Remue-ménage.
- Saillant, F. (1998). *Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes*. Allocution de fermeture à un colloque étudiant tenu au Département d'anthropologie de l'Université Laval, novembre 1998.
- Salvage, J., & Smith, R. (2000). *Doctors and nurses: doing it differently: The time is ripe for a major reconstruction*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1019>
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction*. Londres : Sage Publications.
- Soares, A. (1998). Les qualifications invisibles dans le secteur des services : le cas des caissières de supermarchés. *Lien social et Politiques*, (40), 105-116.
- Surprenant, M-E. (2013). L'apport des femmes à la grève étudiante ne passera pas sous silence !. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.15-25). Éditions du Remue-ménage.
- Surprenant, M-E., & Bigaouette, M. (2013). *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois*. Éditions du Remue-ménage.
- Taylor, C. (1992). Politics of recognition. Dans : A. Gutmann, (Éds.), *Multiculturalism and the politics of Recognition* (p. 25-73). Princeton : Princeton University Press.
- Testenoire, A. (2010). Articuler les paradigmes de la reconnaissance et de la redistribution ; la situation des femmes de chambre. *L'Homme et la société*, (2), 83-99.
- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Toman, C. (2012). Au front et à l'avant-garde des progrès de la médecine : le rôle essentiel des infirmières militaires canadiennes, 1939-1945. Dans M-C. Thifault (Ed.), *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p.157-181). Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Tremblay-Fournier, C. (2013). La grève étudiante pour les nulles : qui paie le prix des résistances au capitalisme néolibéral ?. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.73-89). Éditions du Remue-ménage.

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.

Vallée-Desbiens, S., Philibert, K., & Demers, K. (2013). Femmes au front : les infirmières dans la lutte. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.141-151). Éditions du Remue-ménage.

Vocation. (2018). Dans le *Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française*. Récupéré de : <https://pr-bvdep-com.acces.bibl.ulaval.ca/robert.asp>

Voisard, A-M. (2013). Le droit du plus fort. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.), *Les femmes changent la lutte : au cœur du printemps québécois* (p.181-196). Éditions du Remue-ménage.

Annexe A – Formulaire d'informations à l'attention des infirmières

ANNEXE A – FEUILLET D'INFORMATION À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui vise à explorer, du point de vue subjectif d'infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés, leurs visions d'avenir pour la profession infirmière, la façon dont elles perçoivent l'autonomie professionnelle ainsi que les rapports sociaux et structures de pouvoir dans lesquels s'enracine leur vécu. Cette étude vise également à décrire les actions individuelles et collectives que ces infirmières mettent en œuvre – et/ou pourraient mettre en œuvre pour favoriser la prise en compte de leurs revendications. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous proposons d'examiner ces éléments tout en nous penchant sur le rapport au politique de ces infirmières.

Cette étude est dirigée par Dr Patrick Martin, professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche de l'Université Laval sous le N° d'approbation :

Au cours des dernières années, au Québec, la profession infirmière n'a cessé de se transformer et de se redéfinir. Plusieurs travaux théoriques issus de diverses disciplines, entre autres, des sciences infirmières, de la sociologie et de la philosophie politique, et mobilisant différents courants de pensée comme le féminisme et le postcolonialisme, ont porté sur l'analyse des changements qui ont eu cours et qui demeurent en cours au sein de cette profession. Du caractère vocationnel et sacré des soins aux pratiques de soins fondées sur des données probantes et de plus en plus spécialisées, la profession infirmière s'avère aujourd'hui fort différente de ce qu'elle pouvait représenter il y a quelques années. Aux rôles d'infirmière soignante généraliste exerçant principalement dans des centres hospitaliers (CH), s'est greffée au fil des ans, une variété de rôles infirmiers associés à des secteurs de soins spécialisés, dont celui d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) offrant divers types de services et de soins infirmiers définis selon la population desservie et différents problèmes de santé. Plus récemment, en vertu de la loi 90, adoptée en 2002, qui prévoyait un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé et autorisant notamment des infirmières à exercer certaines activités dites « médicales », comme la pose d'impression diagnostic pour des situations simples de soins et la prescription de médicaments et d'examens diagnostics, a été créé le rôle d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en cardiologie, en néphrologie, en néonatalogie et finalement en première ligne. Le déploiement de tous ces rôles infirmiers s'avère intimement lié à l'avancement de la science biomédicale et de la technologie, aux besoins accrus et complexes en soins et en services d'une population vieillissante devant conjuguer avec des maladies chroniques, à l'explosion des coûts engendrés par ces nouvelles demandes en soins et en services, à la pénurie de ressources humaines, à l'évolution du contexte organisationnel ainsi qu'à la disponibilité et à la répartition démographique du personnel médical. Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL) aurait principalement été créé pour pallier à la pénurie de médecins et pour améliorer l'accessibilité et la continuité de soin.

Ce projet de recherche puise son inspiration des résultats issus de la thèse doctorale de Martin (2015), chercheur principal du projet, qui cherchait à explorer, auprès d'infirmières soignantes généralistes exerçant au sein de CH, les contraintes vécues comme soignantes dans leur travail quotidien, ce

qu'elles souhaitent y vivre et ce qu'elles avaient comme idées ou ce qu'elles mobilisaient comme actions pour se libérer des contraintes les affligeant. Les résultats de cette étude démontrent clairement que les nombreux rapports de force - économiques, organisationnels et médicaux -, auxquels sont confrontées les infirmières engendrent un système de contraintes ayant des effets délétères sur leur autonomie professionnelle et leur pratique des soins infirmiers.

Votre participation consisterait à participer, selon votre convenance, à une entrevue individuelle ou à faire partie d'un groupe de discussion avec d'autres collègues exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés ou à participer à ces deux types d'entretiens.

Il n'y a pas de risque connu lié à cette étude. Votre participation permettra l'investigation des rapports sociaux de pouvoir qui sont exercés à votre endroit dans des secteurs de soins spécialisés. Nous cherchons à documenter ce que vous avez à dire au sujet de ces rapports de pouvoir et des décisions qui vous affectent directement dans l'exercice de votre rôle, vos pratiques de soins et votre autonomie professionnelle. Enfin, nous désirons connaître votre rapport au politique en explorant avec vous votre vision d'ensemble des phénomènes qui modulent l'exercice de votre profession, en explorant notamment les efforts de conscientisation et de solidarité que vous déployez en vue de transformer votre vécu en expériences émancipatrices.

Un formulaire de consentement à participer à cette démarche est attaché à ce document. Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement et nous le remettre avant la rencontre (soit par courriel ou par la poste), ou le jour de la rencontre. Vous disposez ainsi de quelques jours de réflexion et du temps nécessaire pour relire l'information relative à ce projet et prendre votre décision. Sachez par ailleurs que vous êtes entièrement libre de refuser de participer à cette étude ou de vous en retirer à tout moment sans avoir à vous justifier.

Si vous avez des questions et que vous souhaitez obtenir des précisions concernant les objectifs de ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec Dr Patrick Martin, chercheur principal, au numéro de téléphone suivant : (XXX) XXX-XXXX poste XXXX ou à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXX.XXXXXXX@fsi.ulaval.ca. Il se fera un plaisir de répondre à vos questions.

Annexe B – Formulaire de consentement

ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet intitulé : Rapports sociaux et structures de pouvoir dans lesquels s'enracine le vécu d'infirmières québécoises exerçant dans des secteurs de soins spécialisés : une mise en regard des pratiques de soins, de l'autonomie professionnelle et de la mobilisation infirmière, dirigé par Dr Patrick Martin de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document. À votre convenance, vous disposez d'un temps de réflexion de 48-72 heures afin de relire ce document et manifester votre intérêt ou non à participer à cette recherche.

Nature de l'étude

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer, du point de vue subjectif d'infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés, leurs visions d'avenir pour la profession infirmière, la façon dont elles perçoivent l'autonomie professionnelle ainsi que les rapports sociaux et structures de pouvoir dans lesquels s'enracine leur vécu. Cette étude vise également à décrire les actions individuelles et collectives que ces infirmières mettent en œuvre – et/ou pourraient mettre en œuvre – en suscitant la constitution d'un tiers, l'opinion publique, dans l'établissement d'un contre-pouvoir favorisant la prise en compte de leurs revendications sociopolitiques. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous proposons d'examiner ces éléments tout en nous penchant sur le rapport au politique de ces infirmières, 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 de force qui pèsent sur celles-ci et qui permettraient d'expliquer la présence d'un système de contrainte aliénant dans l'exercice de leur rôle.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consistera à participer, à votre convenance, à une entrevue individuelle ou à un groupe de discussion d'une durée d'environ une heure ou à participer à ces deux types d'entrevues, qui porteront sur les éléments suivants :

- L'avenir de la profession infirmière
- La redéfinition des fondements de la profession infirmière
- La façon dont vous percevez votre autonomie professionnelle
- La défense des droits des patients
- Les rapports sociaux et structures de pouvoir dans lesquels s'enracine votre vécu
- Les hiérarchies
- Les actions individuelles et collectives que vous mettez en œuvre – et/ou que vous pourriez ou aimeriez mettre en œuvre pour favorisant la prise en compte de vos revendications

- Les besoins économiques du système de santé
- L'exercice de votre jugement clinique

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de discuter en toute confidentialité, d'aider l'équipe de recherche à mieux cerner les questions suivantes :

Du point de vue subjectif d'infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés,

- 1- De quelles façons perçoivent-elles l'avenir de la profession infirmière, l'autonomie professionnelle, les rapports sociaux (incluant les rapports de force) et les structures de pouvoir dans lesquelles s'enracine leur vécu?
- 2- Quelles sont les actions individuelles et collectives qui pourraient être mises de l'avant par celles-ci pour favoriser la transformation des rapports sociaux (incluant les rapports de force) et des structures de pouvoir qui prévalent dans ces secteurs de soins?

Il est possible que votre participation suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui dirige la discussion. Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun manuscrit;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les données et les enregistrements (fichiers électroniques), seront conservés sur un ordinateur protégé par un mot de passe ; les copies papier des formulaires de consentement seront gardés dans un classeur sous clé. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit le XXX;

- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, « pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement ».

Compensation

Aucune compensation n'est offerte aux participants à l'étude

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y prendre part.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : Rapports sociaux et structures de pouvoir dans lesquels s'enracine le vécu d'infirmières québécoises exerçant dans des secteurs de soins spécialisés : une mise en regard des pratiques de soins, de l'autonomie professionnelle et de la mobilisation infirmière. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant le XXX. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer le chercheur de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Dr Patrick Martin, professeur adjoint au numéro de téléphone suivant : (XXX) XXX-XXXX poste XXXX, ou à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXX.XXXXXX@fsi.ulaval.ca

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Annexe C – Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Numéro de l'informante (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 D – Caractéristiques sociodémographiques des participantes

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Participant	Pseudonyme	Spécialité	Tranche d'âge
001	Jocelyne	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
002	Fleurette	IPS-SA	Entre 31 et 40 ans
003	Nicole	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
004	Hélène	IPS-PL	Entre 41 et 50 ans
005	Sophie	ICS	Entre 31 et 40 ans
006	Matthieu	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
007	Joanne	IPS-PL	Entre 41 et 50 ans
008	Sonia	IPO	Entre 31 et 40 ans
009	Rita	ICS	Entre 31 et 40 ans
010	Kathleen	ICS-PCI	Entre 31 et 40 ans
011	Amélie	ICS	Entre 41 et 50 ans
012	Linda	IPS-SA	Entre 31 et 40 ans
013	Erika	ICS-PCI	Entre 31 et 40 ans
014	Mélissa	ICS	Entre 31 et 40 ans
015	Romane	IPO	Entre 41 et 50 ans
016	Ève	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
017	Julie	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
018	Adam	IPS-PL	Entre 18 et 30 ans
019	Sarah	IPS-PL	Entre 31 et 40 ans
020	Anna	IPS-NN	Entre 18 et 30 ans
021	Claire	IPS-SA	Entre 31 et 40 ans

Annexe E – Guide d’entrevue

RQ : Ce guide est proposé à titre indicatif. Des questions devront probablement être reformulées ou adaptées en fonction des résultats de la revue de la littérature.

Questions-types relatives à l’expérience vécue, à l’ordre social existant et aux soins infirmiers :

- Être une infirmière dans un secteur de soins spécialisés, qu’est-ce que cela veut dire pour vous?
- Comment qualifieriez-vous vos conditions d’exercice actuelles (réalité quotidienne)?
- Qu’en est-il de la division du travail au sein du milieu où vous exercez?
- Comment sont les rapports entre professionnels dans votre milieu de travail?
- Que pensez-vous du ou des gestionnaires qui vous supervisent?
- Avez-vous l’impression que le milieu dans lequel vous exercez a à cœur votre bien-être à titre d’infirmière?
- Vous sentez-vous soutenues par votre employeur, est-il en mesure de répondre à vos besoins à titre d’infirmière?
- Quelle est la plus-value infirmière de votre rôle?
- Qui détermine le rôle que vous êtes à même d’exercer à titre d’infirmière?
- Dans le cadre de votre travail, quelles sont les conditions de possibilité de défense des droits des patients?
- Que faites-vous pour préserver la pratique du soin infirmier, votre espace clinique, l’exercice de votre jugement clinique et votre créativité dans la résolution des problèmes de santé des patients?
- Pouvez-vous nous décrire les structures de pouvoir à travers desquelles vous exercez?

- Ces structures ont-elles une influence sur vos pratiques de soins?
- Quelle est votre définition de l'autonomie professionnelle?
- De quelle façon percevez-vous votre autonomie professionnelle à titre d'infirmière?
- Quels sont les éléments les plus satisfaisants au sein de votre pratique à titre d'infirmière? Dans votre pratique de tous les jours, retirez-vous certaines satisfactions, lesquelles?
- Que pensez-vous de la façon dont sont dispensés les soins (incluant les soins infirmiers) actuellement dans le milieu où vous exercez?
- Quels sont les plus grands irritants au sein de votre pratique professionnelle?
- Quelle idéologie du soin vous permet-elle de vous réaliser?
- Dans votre pratique de tous les jours, percevez-vous certaines formes de reconnaissance, lesquelles?

Questions-types relatives au système de santé :

- Que pensez-vous du système de santé actuel?
- Vous considérez-vous instrumentalisées pour répondre aux besoins économiques du système de santé ou pour répondre aux besoins des personnes malades?
- 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?
- Avez-vous des idées sur les raisons qui expliqueraient la situation actuelle au regard du système de santé?

-Que pensez-vous du système de rémunération des infirmières par rapport à celui des médecins?

Questions-types relatives à la 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?

-Dans votre pratique de tous les jours, vous sentez-vous utiles socialement, en quoi exactement ?

-Croyez-vous que les infirmières aient un rôle à jouer dans la réduction des inégalités sociales, si oui pourquoi?

Questions-types relatives à l'engagement politique :

-Revendiquer une plus grande autonomie professionnelle, si oui que proposez-vous pour y arriver?

-Comment définiriez-vous l'engagement politique en général? Et votre engagement 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 ?

-Quelle importance accordez-vous à l'engagement (dans le milieu de travail et à l'extérieur) ?

-Comment s'est amorcé votre engagement (vos influences) ?

-Quel sont les valeurs, les idées, les visions politiques qui sous-tendent votre engagement (pour qui, pourquoi) ?

-Comment interagissez-vous avec d'autres infirmières engagées?

-Comment vos idées politiques sont-elles perçues par vos collègues?

-Considérez-vous être à même d'exercer un certain pouvoir pour développer des stratégies de transformation de l'exercice infirmier et des pratiques de soins?

Questions-types relatives à la 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 dans des secteurs de soins spécialisés?

-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-types relatives à un idéal normatif :

-Comment entrevoyez-vous l'avenir de la profession infirmière?

-Comment croyez-vous que les soins devraient être dispensés à l'avenir? Comment croyez-vous qu'il est possible d'assurer la pérennité des soins infirmiers telle que vous l'entendez?

-Les fondements de la profession infirmière devraient-ils être redéfinis au regard des rôles que vous exercez, si oui, comment?

-Quelle est votre vision du soin et quelles sont les valeurs qui y sont rattachées?

-Quelles sont les conditions d'exercice qui pourraient permettre la réalisation de ce type de vision des soins?

-Quelles sont vos idées quant à ce que vous souhaiteriez changer dans le cadre de votre pratique?

-Pourquoi les changements que vous proposez ne sont pas encore survenus selon vous (si tel est le cas)?

-Selon vous, qu'advient-il des rôles infirmiers exercés dans les secteurs spécialisés quand on mettra fin à la pénurie des médecins qui en justifie présentement le déploiement?

Questions-types relatives aux pratiques émancipatrices susceptibles de favoriser des transformations :

- Existe-t-il des actions entreprises par votre milieu de travail pour améliorer les conditions à travers lesquelles vous exercez? Considérez-vous que ces actions sont efficaces?

-Que proposez-vous pour favoriser la transformation de votre pratique au quotidien?

-Quelles sont les actions individuelles et collectives que vous mettez en œuvre – et/ou que vous pourriez ou aimeriez mettre en œuvre pour favorisant la prise en compte de vos revendications professionnelles? Quelles sont les actions prioritaires à mettre en place pour changer la pratique infirmière en secteur de spécialités?

-Comment pensez-vous que vous pourriez vous y prendre pour provoquer les changements que vous souhaitez au sein de votre milieu de travail?

-Avez-vous déjà posé des actions pour dénoncer diverses injustices?

-Face aux abus de pouvoir constatés, avez-vous déjà été en mesure d'opposer une résistance?

-Quels sont les arguments que vous êtes à même de déployer pour démontrer la justesse de vos exigences sur le plan professionnel? Croyez-vous que ces arguments seraient susceptibles d'amener le groupe des infirmières à exercer un plus grand pouvoir?

-Quels sont les grands principes moraux - liberté, dignité, respect, justice, égalité, bien commun qui sous-tendent les actions politiques que vous avez déjà déployées ou que vous souhaiteriez déployer?

-Vos intérêts sur le plan professionnel sont-ils en filiation avec l'intérêt public?

-Comment proposeriez-vous de sortir du joug de la hiérarchie médicale?

- Comment l'activisme infirmier devrait-il se déployer selon vous?
- Prenez-vous la parole publiquement? Si oui, dans quelles mesures?
- Vous servez-vous de canaux de communication comme les médias, syndicats, communautés locales, mouvements féministes, altermondialistes... à travers desquels vous pouvez vous exprimer?
- Prenez-vous la parole pour défendre la profession infirmière ou promouvoir la protection du système public, pour favoriser la réduction des inégalités sociales, un partage plus juste des richesses, la protection du bien commun?
- Avez-vous l'impression d'être entendue, d'avoir une voix pour vous s'exprimer?
- Désirez-vous avoir une voix dans le débat public?
- Faites-vous appel à la solidarité et à l'unité des infirmières?
- Vous donnez-vous l'occasion de réfléchir sur l'articulation contemporaine de ce que constitue la profession infirmière? Si oui, en quoi en êtes-vous critique?
- Que proposeriez-vous de façon à favoriser une plus grande reconnaissance sociale des infirmières?