

Actions politiques d'infirmières francophones canadiennes afin d'améliorer les conditions de vie des personnes et communautés : une approche historique et une ethnographie collaborative en sciences infirmières

Geneviève McCready, B.Sc.N., M.Sc.(M.Ph.)

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de  
Doctorat en Sciences infirmières

École des Sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

© Geneviève McCready, Ottawa, Canada, 2020

« ...elles me rendaient invisible en refusant de reconnaître mon jugement, mon ressenti et mes émotions, comme si je méritais ces agressions et qu'il était de ma responsabilité de les tolérer. Je suis invisible, surtout quand je m'époumone à dénoncer ce que tu ne vivras jamais. »

– Irène Demczuk  
« Prendre soin d'un proche, plus que jamais un enjeu féministe », 2018, p. 138

## AVANT-PROPOS

La démarche d'ethnographie collaborative de cette thèse a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa (no de dossier : H05-17-12), et des administrateurs du Centre de santé où s'est produit la recherche.

Il s'agit d'une thèse par articles. Les lettres de permission des éditeurs se trouvent à l'Annexe 1 et la lettre d'acceptation de l'article soumis est à l'Annexe 2.

**Article 1 :** Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec.

**Auteurs :** McCready, G., Ouimet, L.-C.

**Statut :** Publié

**Référence :** McCready, G., & Ouimet, L.-C. (2018). Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec. *Aporia*, 10(1),34-45. Récupéré de

[http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/abstract\\_pages/2018\\_01/McCready\\_Ouimet.jsp?lang](http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/abstract_pages/2018_01/McCready_Ouimet.jsp?lang)

**Description de l'apport de l'auteure :** Première auteure, a rédigé l'ensemble de l'article et effectué les corrections suivant les commentaires des réviseurs.

**Article 2 :** Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959).

**Auteurs :** McCready, G., Thifault, M.-C.

**Statut :** Publié

**Référence :** McCready, G., & Thifault, M.-C. (2020). Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959). *Bulletin Canadien d'histoire de la médecine/Canadian Bulletin of Medical History*, 37(1), 173-194.

**Description de l'apport de l'auteure :** Responsable de la collecte de données, de l'analyse des résultats et de la rédaction de la première ébauche de l'article.

**Article 3 :** Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community Health Nurses.

**Auteurs :** McCready, G., Laperrière, H.

**Statut :** soumis

**Référence :** McCready, G., & Laperrière, H. (en préparation). Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community Health Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*.

**Description de l'apport de l'auteure :** Première auteure, a rédigé l'ensemble de l'article.

Le premier article ayant pour titre « *Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec* » est présenté au troisième chapitre. Il détaille l'approche épistémologique qui constitue le socle méthodologique de la recherche doctorale en exprimant les principes qui guident ce qui est considéré comme relevant du domaine des savoirs en l'appliquant au contexte infirmier.

Le deuxième article, intitulé « *Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959)* », se trouve en première partie du cinquième chapitre et présente les résultats empiriques du premier volet de la recherche utilisant la méthode historique. Cet article permet de montrer les savoirs existants déjà entre 1934 et 1959 en matière d'action politique pour améliorer les conditions de vie auprès d'un groupe d'infirmières qui a rarement fait l'objet d'études en histoire du nursing. Les connaissances générées par cette étude ont permis l'élaboration d'une grille d'observation utilisée dans le cadre du deuxième volet de la recherche, en cohérence avec l'approche épistémologique préconisée.

Le troisième article, « *Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community Health Nurses* », placé en deuxième partie du cinquième chapitre, fait état d'autres résultats empiriques, réalisés au cours du deuxième volet en ethnographie collaborative. Il présente les pratiques et conceptions actuelles de l'action politique infirmière.

Les résultats de l'approche historique et de l'ethnographie collaborative sont présentés dans deux revues spécialisées. Ils présentent les deux volets développés dans le cadre de cette thèse sur les actions politiques d'infirmières francophones canadiennes afin d'améliorer les conditions de vie des personnes et communautés. Ces deux volets mettent en lumière les continuités et les ruptures dans un héritage de savoirs et de pratiques infirmières en matière d'action politique, de même que les contextes les influençant.

## RÉSUMÉ

D'après les écrits scientifiques, les infirmières auraient du mal à exercer leur pouvoir d'influence dans le but de modifier les politiques en faveur de la santé. Ces difficultés vécues par des infirmières en santé communautaire<sup>1</sup> importent puisque d'une part, les actions politiques sont nécessaires à la réduction des inégalités sociales qui minent la santé des populations et d'autre part, ces infirmières constituent des témoins privilégiés des conditions de vie nuisibles.

Cette thèse doctorale s'intéresse aux conceptions et pratiques en matière d'action politique chez des infirmières francophones canadiennes exerçant en santé communautaire. Son regard porte spécifiquement sur les contextes du travail des infirmières qui influencent leurs pratiques. Les objectifs sont :

- Décrire les conceptions des infirmières francophones canadiennes quant à l'action politique en santé communautaire;
- Témoigner des pratiques des infirmières francophones canadiennes pour améliorer les conditions de vie des personnes et communautés;

---

<sup>1</sup> L'expression « infirmières en santé communautaire » est utilisée dans cette thèse pour désigner les infirmières qui travaillent au Québec dans les missions des points de service des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Elle fait donc référence à une unité administrative où pratique une catégorie d'infirmières. Des travaux (Conill & O'Neill, 1984; Jourdan, O'Neill, Dupéré & Stirling, 2012) ont montré que la définition de la santé communautaire est mobile et varie selon le lieu géographique et les événements sociaux, politiques et économiques propres à ces lieux. Dans le cadre de cette thèse, adopter une définition fixe de la santé communautaire ne m'aurait pas permis d'apprécier l'objet de recherche, à savoir les conceptions et pratiques en matière d'action politique des infirmières exerçant en dehors des hôpitaux et ce, à diverses époques et selon la perspective émique. En outre, l'action politique pour améliorer les conditions de vie peut être pratiquée à la fois dans une perspective de santé publique et de santé communautaire, d'autant plus que les infirmières ayant participé à l'ethnographie collaborative et exerçant au Québec travaillent dans ces deux dimensions de la santé.

- Rendre compte des éléments contextuels qui touchent les pratiques infirmières en matière d'action politique.

L'étude présente deux volets : une enquête historique réalisée dans le *Bulletin des gardes-malades catholiques du Canada* entre 1934 et 1959, et une ethnographie collaborative menée auprès de 21 infirmières travaillant dans un Centre de santé communautaire.

Les résultats montrent l'attachement des infirmières aux valeurs de justice sociale et de respect de la dignité humaine. Certains savoirs infirmiers – tels que les savoirs éthiques, la défense de l'accès aux soins et les soins de proximité – sont mis en danger par la domination dans le réseau de la santé du modèle biomédical et de la reddition de comptes. Les résultats mettent en évidence le rôle joué par les organisations en santé dans l'avènement d'opportunités pour les infirmières de mener des actions permettant de perpétuer leurs pratiques d'équité. Ces constats mènent à l'élaboration de pistes émancipatrices pour la profession infirmière.

En somme, cette thèse jette un nouveau regard sur l'héritage du savoir infirmier francophone au Canada. Elle rend compte de la diversité des actions politiques chez les infirmières et questionne les obstacles contemporains à l'exercice de ce rôle.

## REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à mon conjoint Yannin Yel, sans qui cette aventure de recherche doctorale n'aurait jamais eu lieu. Derrière la femme savante que je suis devenue se cache un homme qui a accepté une part importante des tâches domestiques et une incertitude quant à l'avenir. Pour tout cela, je lui dois un énorme merci.

Le chemin vers la complétude de cette thèse n'aurait pas été aussi agréable et enrichissant sans l'apport de mes directrices, Hélène Laperrière et Marie-Claude Thifault. Ensemble, elles m'ont accompagné avec toute la bienveillance, la rigueur et la patience dont on peut s'attendre de la part d'infirmières. En plus de m'avoir offert des conseils judicieux et leur disponibilité lors des moments cruciaux, elles ont placé sur mon parcours des opportunités favorables à mes apprentissages. Grâce à leur guidance, cette expérience sera à jamais un heureux souvenir. Elles représentent un modèle à suivre lorsque viendra mon tour d'accompagner des étudiantes aux cycles supérieurs.

Un grand merci aux membres du jury d'avoir accepté d'évaluer ma thèse et pour leurs commentaires.

Je prends le temps de reconnaître l'apport inestimable des organismes subventionnaires qui m'ont permis de me consacrer entièrement à mes activités doctorales grâce à leur soutien financier, soit le Fonds québécois de recherche en santé (FRQS), le fonds de Bourses d'études supérieures du gouvernement de l'Ontario (BESO), la faculté des études supérieures de l'Université d'Ottawa, l'Unité de recherche

sur l'histoire du Nursing (URHN), la faculté des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, les Chaires de recherche sur la francophonie canadienne, le Centre de recherche en civilisation canadienne-française, le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités (CIRCEM), l'Association canadienne pour l'histoire du Nursing (ACHN) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

J'adresse mes plus sincères remerciements aux infirmières qui ont participé à ma recherche, de même qu'aux personnes qui ont rendu ma recherche possible au Centre de santé. Leur confiance et leur générosité m'ont particulièrement touchée.

Je remercie chaleureusement les étudiants qui ont partagé cette route avec moi, notamment ceux du groupe *Thèsez-vous ensemble*, ainsi que les membres de ma famille et mes amis qui se sont montrés compréhensifs et encourageants. Un mot spécial à mon amie Maude Laliberté de m'avoir guidée dans l'assimilation des règles du monde académique.

Un merci particulier à Alexis Richard pour son méticuleux travail de révision et de mise en page et à Luc Dobigeon pour les graphiques et figures : vos contributions ont rendu cette thèse plus percutante et vivante.

Je réserve mes derniers mots aux personnes qui sont mes sources d'encouragement et d'inspiration dans cette entreprise de création de connaissances en sciences infirmières. D'abord les infirmières qui m'ont précédée, soient mon arrière-grand-mère Thérèse Arbour, ma grande tante Madeleine Abran, ma mère Viviane Fortin et mon parrain Alain Laplante. Décidément, j'appartiens à une longue lignée

d'infirmières. Ensuite, mes filles Yanissa et Jolianne Yel qui représentent l'avenir des femmes. Vos naissances ont suscité chez moi un besoin impérieux de changer le monde.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	iii
RÉSUMÉ.....	vii
REMERCIEMENTS .....	ix
TABLE DES MATIÈRES.....	xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES FIGURES .....	xvi
LISTE DES ACRONYMES.....	xvii
INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>4</b>
1.1 Les inégalités sociales de santé .....	4
1.2 Le rôle des infirmières dans la lutte aux inégalités sociales de santé .....	6
1.3 L' <i>advocacy</i> dans la pratique des infirmières en santé communautaire au Canada .....	10
1.4 But de la recherche.....	12
1.5 Questions de recherche .....	12
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>14</b>
2.1 L'action infirmière en dehors des établissements de santé au Canada français.....	15
2.2 L' <i>advocacy</i> infirmier en santé communautaire : aspects définitionnels .....	16
2.3 Les contextes de l' <i>advocacy</i> infirmier en santé communautaire .....	21
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>APPROCHE ÉPISTÉMOLOGIQUE.....</b>	<b>26</b>
3.1 La sociologie des absences et la sociologie des émergences (article 1).....	27
Résumé .....	28
Mots-clés .....	28
La sociologie des absences.....	31
Le statut de sous-traitante.....	34
La contrainte de la collaboration illusoire .....	37
L'éthique du soin évacuée .....	39
L'abandon de l'approche communautaire .....	40

La sociologie des émergences .....	41
Pistes d'émancipation .....	43
Développer les actions communautaires .....	44
Miser sur la sensibilité éthique .....	47
Modifier le rapport au pouvoir .....	48
Conclusion .....	50
Remerciements .....	52
Références .....	52

## **CHAPITRE 4**

<b>MÉTHODE.....</b>	<b>61</b>
4.1 Devis de recherche .....	62
4.1.1 Déroulement de l'étude .....	63
4.2 Volet 1 : l'histoire culturelle .....	63
4.2.1 Sources primaires .....	66
4.2.2 Méthode d'échantillonnage et d'analyse des données.....	67
4.3 Volet 2 : l'ethnographie collaborative.....	69
4.3.1 Choix du terrain et insertion .....	72
4.3.2 Méthodes de collecte .....	73
4.3.3 Analyse des données.....	83
4.3.4 Considérations éthiques.....	84
4.4 Critères de scientificité.....	86

## **CHAPITRE 5**

<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>89</b>
5.1 L'héritage des Sœurs de la Charité de Québec quant aux conceptions du soin auprès des familles indigentes (article 2) .....	90
De la charité à la contestation de l'ordre social.....	99
Résister à la techno-bureaucratiation du soin .....	107
Conclusion .....	111
5.2 Pratiques et contextes contemporains de l' <i>advocacy</i> infirmier en santé communautaire (article 3) .....	116
Methodology.....	121
Results .....	126
Meeting material and social needs .....	127
Being available .....	129
Defending access to appropriate care .....	132
Discussion.....	135
Conclusion .....	141
References .....	143
5.3 Le discours et les pratiques de l' <i>advocacy</i> infirmier en santé communautaire....	150

## **CHAPITRE 6 .....**

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>152</b>
6.1 La dominance du modèle biomédical et de la reddition de comptes .....	153

6.2 L'inégalité des infirmières dans l'action politique.....	159
6.3 La diversité des actions politiques et la nécessité de collectiviser .....	163
6.4 Forces et limites de l'étude .....	169
6.5 Implications.....	175
6.5.1 Recherche .....	175
6.5.2 Organisation des soins.....	176
6.5.3 Cadre législatif.....	179
6.5.4 Enseignement et formation.....	181
6.5.5 Pratique infirmière.....	182
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>184</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>186</b>
<b>ANNEXE 1 : LETTRES DE PERMISSION DES ÉDITEURS.....</b>	<b>198</b>
<b>ANNEXE 2 : MODÈLE DU PLAIDOYER SELON LE CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (2015) .....</b>	<b>200</b>
<b>ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION POUR L'ETHNOGRAPHIE .....</b>	<b>201</b>
<b>ANNEXE 4 : APPROBATION ÉTHIQUE DU CERES.....</b>	<b>203</b>
<b>ANNEXE 5 : APPROBATION ÉTHIQUE DU CENTRE DE SANTÉ.....</b>	<b>205</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

*Tableau 1.* Contenu des rencontres de la démarche collective ..... 78

*Tableau 2.* Portrait sociodémographique des infirmières participantes (2018) ..... 81

## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Volets de la recherche et temporalisation .....	63
<i>Figure 2.</i> Volets de la recherche, temporalisation et temps d'analyse .....	76
<i>Figure 3.</i> Processus cyclique de collecte et d'analyse de la démarche collective.....	80
<i>Figure 4.</i> Inégalités épistémiques et opportunités d'action politique infirmière en santé communautaire .....	168

## LISTE DES ACRONYMES

<b>ACSP</b>	Association canadienne pour la santé publique
<b>CCNDS</b>	Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CNA</b>	Canadian Nurse Association
<b>CRÉMIS</b>	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations
<b>CSSS</b>	Centre de santé et services sociaux
<b>GMF</b>	Groupe de médecine familiale
<b>IISCC</b>	Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada
<b>IPS</b>	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>WHO</b>	World Health Organization

## INTRODUCTION

En janvier 2018, une infirmière du nom d'Émilie Ricard dénonce sur les réseaux sociaux les piètres conditions de travail qui l'ont menée à l'épuisement (Touzin, 2018). Sa publication devient virale et son propos reçoit des appuis considérables tant au sein de la profession infirmière que parmi les membres de la société civile. Le témoignage d'Émilie Ricard représente la pointe de l'iceberg du travail des femmes dans le réseau de la santé, un travail auquel j'ai contribué pendant neuf ans.

Cette thèse doctorale est née d'un questionnement lié à ma pratique infirmière en santé communautaire, où j'avais remarqué que la voix de mes collègues et moi n'était pas souvent entendue aux tables où siégeaient les décideurs. Nous avons remarqué que le fait que nous étions témoins des conditions de vie et notre rapport étroit avec la clientèle desservie nous amenaient à jouir d'une crédibilité accrue auprès de cette dernière, mais pas nécessairement auprès de ceux qui prennent les décisions quant à l'organisation et la dispensation des soins. Malgré l'inscription du rôle d'*advocacy* dans les normes de pratique des infirmières canadiennes (IISCC, 2011), nos tentatives d'actions politiques demeuraient souvent vaines. Or, une organisation des soins de santé juste et équitable peut-elle se passer de la perspective de celles qui prodiguent ces soins directement aux citoyens?

Cette thèse porte sur les actions politiques<sup>2</sup> menées par des infirmières exerçant en santé communautaire. Elle rapporte les conceptualisations et les pratiques d’infirmières francophones canadiennes afin d’améliorer les conditions de vie des personnes et des communautés. Ce projet est donc ancré dans le domaine de la promotion de la santé. Il permet de rendre compte de l’influence des contextes de travail sur les pratiques adoptées par les infirmières en matière d’action politique. Ce faisant, il devient porteur de connaissances utiles pour favoriser l’apprentissage de l’action politique chez les infirmières, en tenant compte des conditions dans lesquelles elles exercent leur travail.

La recherche présente deux volets. Le premier consiste en une étude historique sur les savoirs développés par les gardes-malades<sup>3</sup> catholiques exerçant en dehors des établissements de santé au cours de la période précédant la Révolution tranquille (1934-1959) au Canada français. Le deuxième volet expose une démarche d’ethnographie collaborative menée avec 21 infirmières exerçant dans un centre de santé communautaire en contexte urbain québécois. Pour des raisons éthiques, le nom de ce centre et son lieu ne seront pas révélés. Le tout est présenté dans cette thèse sous forme d’articles.

Le **premier chapitre** fait état de la problématique des inégalités sociales de santé. Le rôle infirmier dans la lutte aux inégalités, plus précisément celui d’*advocacy*, est expliqué. Le chapitre se termine sur le but et les questions de recherche. Le **deuxième chapitre** détaille la recension des écrits en commençant par le thème de l’action

---

<sup>2</sup> Diverses formulations de l’objet d’étude sont utilisées dans la thèse. Bien que le concept d’*advocacy* ait été le point de départ, comme celui-ci est apparu en 1986 avec la Charte d’Ottawa et que ce terme n’est pas utilisé dans la pratique infirmière québécoise, j’ai plutôt utilisé le terme « action politique ». Ensuite, parce que les sources primaires investiguées dans le premier volet de recherche en histoire n’en faisaient pas mention, j’ai choisi d’utiliser les « actions pour améliorer les conditions de vie ». Ces choix ont été fait pour éviter d’imposer un terme qui ne cadrerait pas avec les pratiques d’un contexte et d’une époque donnée.

<sup>3</sup> Désignation professionnelle utilisée dans les sources primaires étudiées.

infirmière en dehors des établissements de santé en contexte francophone. Ensuite est expliqué le concept d'*advocacy* : ses aspects définitionnels et les contextes l'influençant dans le cadre d'une pratique infirmière communautaire. Le **troisième chapitre** expose l'approche épistémologique adoptée pour guider le projet. Il correspond au premier article de la thèse, qui porte sur l'utilité de cette approche en sciences infirmières. Le **quatrième chapitre** décrit les méthodes employées dans la réalisation de chacun des volets de la recherche. Le **cinquième chapitre** expose les résultats sous la forme de deux articles. Il se termine sur une synthèse sur les discours et pratiques de l'*advocacy*. Le **sixième chapitre** présente la discussion en cinq parties. Les trois premières font ressortir les faits saillants de la recherche : la dominance des modèles biomédical et de reddition de comptes, l'inégalité des infirmières dans l'action politique, la diversité des actions politiques et la nécessité pour les infirmières de se collectiviser. Les deux derniers points de discussion exposent les limites de la recherche et ses retombées pour la discipline infirmière.

À noter que le choix a été fait d'utiliser le féminin pour désigner les infirmières et que celui-ci est inclusif des infirmiers.

## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE

#### 1.1 Les inégalités sociales de santé

En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata dénonçait « les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples » et appelait au renforcement du rôle des gouvernements dans la mise en place des soins de santé primaires, une stratégie visant à la fois à offrir des services et à s'attaquer aux causes des problèmes de santé (OMS, 1978). Des travaux scientifiques sur les effets des conditions de vie sur la santé avaient déjà été réalisés, notamment Chadwick, Engels et Virchow au 19<sup>e</sup> siècle, lesquels avaient observé la variation des taux de mortalité d'un quartier à l'autre en milieu urbain (Frohlich, 2008). L'industrialisation qui marque cette période était accompagnée d'enjeux de surpeuplement en région urbaine, d'insalubrité des logements, de pauvreté et de malnutrition. Ces problèmes sociaux et de santé commandaient des actions musclées et immédiates puisque les taux de mortalité avaient atteint des sommets fort inquiétants (Baillargeon & Roy, 1996; Guérard, 2000).

Le terme « inégalités sociales de santé » est devenu fréquent dans la littérature scientifique à partir des années 2000, après la publication d'un article de Marmot *et al.* (2003). Cette étude apportait une nouvelle perspective, suivant laquelle la santé des personnes n'était pas uniquement affectée par la pauvreté, puisque même les groupes sociaux disposant d'un revenu moyen ou élevé présentaient des résultats de santé qui répondaient à un gradient croissant. Les auteurs avaient conclu que la santé est également

influencée par la position et la participation sociales. À la suite de cette étude, les inégalités sociales de santé sont définies par l'écart des indicateurs de santé entre des groupes présentant des caractéristiques sociales différentes (Frohlich, 2008). Les travaux de Wilkinson et Pickett (2013) ont montré les conséquences de ces inégalités; parmi les pays occidentaux, certains présentent peu d'écarts dans les états de santé des groupes sociaux, alors que d'autres révèlent un piètre bilan. Les auteurs vont plus loin, en affirmant que ces inégalités ne nuisent pas seulement aux groupes les plus défavorisés, mais à l'ensemble de la société.

Cet intérêt pour le concept s'explique en partie du fait que les inégalités sociales croissantes constituent une préoccupation majeure au 21<sup>e</sup> siècle puisqu'elles entraînent des conséquences dramatiques pour la santé des populations (Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor, 2008; Wilkinson & Pickett, 2013). La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dénonce, chiffres à l'appui, le fait que « l'injustice sociale tue à grande échelle » (Marmot *et al.*, 2008, p. 1). Elle soutient entre autres que le développement de plus de 200 millions d'enfants dans le monde est menacé par les défauts de la répartition de la richesse collective. Elle souligne en outre que quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas de la sécurité sociale de base. Selon la Commission, l'absence de couverture universelle entraîne près de 100 millions de personnes dans la pauvreté chaque année.

Au Québec, la pauvreté et la santé sont fortement corrélées, et ce, pour la grande majorité des problèmes de santé (Bergeron *et al.*, 2016). Les inégalités sociales liées à la mortalité augmentent depuis les années 1990. Le revenu et la dégradation des conditions

de vie figurent parmi les causes de cet accroissement. Les écarts dans les niveaux de défavorisation varient selon la géographie, ceux-ci étant plus grands dans la région métropolitaine de Montréal (Pampalon, Hamel & Gamache, 2008). Il existe par exemple une différence d'espérance de vie de onze ans suivant que les personnes habitent dans des quartiers défavorisés ou favorisés de Montréal (Bergeron *et al.*, 2016). Ces situations sont injustes et inacceptables parce qu'elles sont évitables. Agir sur les écarts de défavorisation a nécessairement un effet positif sur la santé. Des experts en santé publique concluent que :

Si le Québec offrait à l'ensemble de sa population les meilleures conditions de vie matérielles et sociales observées sur le territoire, plus de 8 600 décès chez les personnes de moins de 75 ans seraient épargnés chaque année, soit plus du tiers des décès. Des gains d'une telle ampleur forment certes un enjeu majeur de santé publique. (Pampalon, Hamel & Gamache, 2008, p. 9)

C'est en raison du potentiel d'évitement de ces inégalités et des gains possibles pour toute la société qu'il importe d'agir sur celles-ci.

## **1.2 Le rôle des infirmières dans la lutte aux inégalités sociales de santé**

Les actions pour contrer les inégalités sociales de santé prennent la forme d'interventions menées par divers acteurs afin d'améliorer les conditions de vie des communautés. L'histoire de la santé publique canadienne présente de nombreux exemples de changements systémiques ayant contribué à l'amélioration des conditions de vie des populations, notamment par des lois protégeant les personnes assistées sociales et la création de services sanitaires (Rutty & Sullivan, 2010). Les infirmières sont partie prenante de ces actions. Par exemple, elles ont prodigué des soins à domicile dans le

cadre du *Victorian Order of Nurses*; dans les bureaux municipaux de santé, elles ont lutté contre la mortalité maternelle et infantile ainsi que contre les épidémies.

Au Québec, l'implication des infirmières en santé publique est étroitement associée à l'implantation des unités sanitaires de comté au cours de la période 1926-1975, puis à celle des Centres locaux de services communautaires (CLSC) au cours des années 1970 (Desrosiers & Roy, 1999). À l'origine, le modèle des CLSC propose l'idée de santé communautaire, où la santé est ancrée dans le social, et la combinaison des services médicaux et sociaux (Gaumer & Desrosiers, 2004). Les infirmières furent donc intégrées aux CLSC, comme d'autres professionnels, tels les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires.

La pratique infirmière en santé communautaire est balisée au Canada par un modèle et des normes favorisant les actions pour contrer les inégalités sociales de santé. Dans le modèle canadien, l'infirmière promeut la santé et déploie des stratégies afin d'améliorer l'accès et l'équité en santé (IISCC, 2011). Dans les termes de la Déclaration d'Alma-Ata, la « promotion de la santé » est « le processus qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer » (OMS, 1978). Afin de respecter ces normes, les infirmières sont notamment encouragées à évaluer les forces et besoins des communautés qu'elles côtoient, identifier les causes profondes des maladies et disparités de santé, mettre en œuvre des stratégies pour agir sur les déterminants de la santé, revendiquer l'accès équitable aux services et soutenir des politiques publiques favorables à la justice sociale. En 2019, IISCC a révisé ces normes pour accentuer davantage l'équité, par exemple en recourant à la théorie sociale critique et à l'action intersectorielle

(IISCC, 2019). Le recours explicite à l'analyse des structures de pouvoir façonnant les mécanismes de dispensation des soins n'est pas étrangère aux phénomènes transformant les systèmes de santé.

L'histoire de l'implantation des CLSC au Québec est révélatrice de plusieurs tensions quant à la manière de concevoir la santé et d'assurer les services aux citoyens. Dès sa création, les corporations médicales s'opposèrent au nouveau modèle de CLSC ayant pour mandat la dispensation de services de santé curatifs et préventifs, de services sociaux et l'action communautaire. Gaumer et Desrosiers rapportent que « l'action communautaire, par son caractère novateur et souvent provocateur ou contestataire, fera l'objet de critiques et même d'oppositions virulentes de la part des milieux et des organismes plus conservateurs » (2004, p. 54). Aussi, les fédérations médicales percevaient ce modèle intégrateur et interdisciplinaire comme une menace à l'exercice d'une médecine néolibérale, conduisant une majorité de médecins à bouder le travail au sein de ces établissements (Gaumer et Desrosiers, 2004). Au cours des 30 années suivant la création du premier CLSC, plusieurs événements sont venus effriter graduellement le modèle intégrateur initial : un retard dans la fusion des institutions dispensant les services sociaux avec celles offrant les services médicaux, la fusion d'une part importante des CLSC avec des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) en 1998, puis la création des Groupes de médecine de famille en 2000.

Au cours des 15 dernières années, la pratique des infirmières en santé communautaire a été de nouveau bousculée par deux réformes centralisatrices : la réforme Couillard de 2003, fusionnant les CLSC aux Centres de santé et services sociaux

(CSSS), et la réforme Barrette de 2015, fusionnant à nouveau les établissements de santé en Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS). Le succès de ces réformes, bien qu'elles visent l'amélioration de l'accessibilité aux soins et le suivi des usagers, est mitigé (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle & Breton, 2014; Grenier & Bourque, 2018). La loi d'avril 2015 modifiant la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux, représente un recul de la démocratie dans le système de santé, les citoyens se retrouvant évacués des conseils d'administration au profit de membres nommés personnellement par le ministre de la Santé. Ces deux dernières réformes ont causé une bureaucratisation accrue des processus de soins, un éloignement des paliers décisionnels des intervenants prodiguant des soins directs et des conflits entre l'éthique des professionnels et les exigences organisationnelles et administratives.

À travers des mécanismes systématisés de reddition de comptes, mesurant la performance et comprenant des instruments de rationalisation des décisions des professionnelles, s'infiltré la nouvelle gestion publique. Celle-ci vient légitimer la mainmise des décideurs gouvernementaux sur la gestion des établissements de santé (Larivière, 2018; Tardif, 2016). La nouvelle gestion publique vise « le renforcement de l'efficacité systémique notamment par l'utilisation accrue de technologies ou d'outils cliniques standardisés en matière d'évaluation des besoins des usagers » (Couturier, Aubry & Gagnon, 2018, p. 116). Krol et Lavoie décrivent deux phénomènes au service de l'agenda néolibéral : la technocratisation et la bureaucratisation. Le premier constitue en un « mechanism for the continual improvement of *products* based on the incessant development of technologies and the imposition of their consumption » (Krol & Lavoie, 2014, p. 114). Il prend la forme d'une multiplication des traitements et des procédures de

soins infirmiers, couplée à un accroissement de leur complexité. La bureaucratisation quant à elle correspond à une amplification des procédés de documentation et de partage d'information, cela dans le but de faciliter, par les bureaucrates, le contrôle des patients et des employés (Krol & Lavoie, 2014). La technocratisation et la bureaucratisation des soins infirmiers viennent transformer les manières dont les soins sont donnés en contexte communautaire.

Les effets de ce mode de gestion ont largement dépassé ses ambitions de mesure. La liste des conséquences délétères de la technocratisation des soins chez les professionnels et les usagers est longue. Boucher, Grenier & Bourque (2018) de même que Couturier *et al.* (2018) rapportent une détresse et une perte de pouvoir vécue par les professionnels; un manque de soutien à leurs pratiques; une méfiance envers les dirigeants; un sentiment d'injustice, d'insécurité, d'anxiété; une démobilisation individuelle et collective; l'abandon de la pratique de partenariat avec la communauté et de services destinés aux plus vulnérables ainsi que l'absence de soutien des gestionnaires, des syndicats, des ordres professionnels et des collègues. À cela s'ajoute un sentiment d'impuissance devant le tsunami du modèle biomédical, lequel est incompatible avec une approche holiste de la santé (Plourde, 2017). Dans ce climat, quelle place est laissée aux revendications infirmières en faveur de l'amélioration des conditions de vie des personnes et des communautés?

### **1.3 L'*advocacy* dans la pratique des infirmières en santé communautaire au Canada**

La Charte d'Ottawa (OMS, 1986) affirme que l'*advocacy* est un moyen efficace pour contrer les inégalités de santé. L'Association canadienne de santé publique le définit

comme « parler, écrire ou agir en faveur d'une cause, politique ou groupe de personnes spécifique » (ACSP, 2010). L'*advocacy* fait partie du code d'éthique et des normes de pratique des infirmières canadiennes; il représente un engagement de leur part envers les valeurs d'équité et de justice sociale (CNA, 2017; IISCC, 2019). Selon l'Institut canadien pour la recherche avancée (dans Kirby & LeBreton, 2001), 60% de la santé populationnelle est attribuable à l'environnement physique, social et économique. Cela renforce l'importance pour les infirmières de mener des actions d'*advocacy* si elles veulent s'attaquer aux déterminants de la santé des usagers et des familles qu'elles desservent. De plus, il appert que les infirmières sont des témoins privilégiés des conditions de vie entravant la santé des personnes et communautés, ce qui les place dans une posture de crédibilité dans l'exercice de l'*advocacy* (Dadzie, Aziato & Aikins, 2017; Falk-Rafael, 2005; Parr, 2015; Thomas, 2015).

Il semble que l'*advocacy* soit une action très importante dans l'exercice du soin infirmier, une importance maintes fois soulignée par des auteures infirmières s'adressant à leurs consœurs et à leurs étudiantes (Abrams, 2010; Brinkman, 2017; Buxton, 2016; Calico, 2010; Duderstadt, 2004; Graham, 2010; Jackson & Saltman, 2011; Peters, 2002; Rice & Wicks, 2007; Rosa, 2017). Cependant, les documents guidant la pratique des infirmières québécoise en santé communautaire ne font aucune mention de ce terme ou de concepts s'y rapprochant (OIIQ, 2012, 2015a, 2015b). Cela pourrait tenir à une difficulté de traduction exacte du terme, puisque les formes françaises adoptées dans la documentation canadienne sont multiples – par exemple « représentation », « plaidoyer » ou « action politique ». Cependant, aucun concept correspondant n'est inscrit dans les documents québécois.

En raison des difficultés sémantiques associées à la traduction du terme *advocacy* en français, j'ai choisi, dans mes démarches auprès des participantes de cette recherche, de ne pas l'utiliser. En contexte de pratique infirmière, l'*advocacy* n'est qu'un moyen, la finalité visée étant la réduction des inégalités sociales de santé. Afin de rendre compte de la complexité de l'exercice de l'*advocacy* au sein du système de santé québécois, il importe de tourner le regard de recherche vers l'action infirmière à l'intérieur des contextes de son travail. Le mot *advocacy* est utilisé dans cette thèse pour renvoyer à la documentation écrite; l'expression correspondante, utilisée sur le terrain lors de la recherche, est « pratiques pour améliorer les conditions de vie des personnes et communautés ».

#### **1.4 But de la recherche**

L'action politique apparaît donc comme une pratique souhaitable chez les infirmières en santé communautaire, cela dans le but de favoriser la réduction des inégalités sociales de santé. Cependant, sa mise en œuvre en contexte francophone canadien a été peu étudiée. Le but de cette recherche est de comprendre les choix faits par les infirmières francophones canadiennes en matière d'amélioration des conditions de vie et mettre en lumière les facteurs structurant ces choix.

#### **1.5 Questions de recherche**

Les questions de recherche sont les suivantes :

- 1- Quelles sont les conceptions des infirmières francophones canadiennes quant à l'action politique en santé communautaire?

- 2- Quelles sont les pratiques des infirmières en santé communautaire pour améliorer les conditions de vie des personnes et communautés?

La deuxième question comprend la sous-question suivante :

- 2.1- Quels sont les éléments contextuels qui entourent les pratiques des infirmières pour améliorer les conditions de vie?

Les infirmières forment la main-d'œuvre professionnelle en santé la plus imposante au Canada. Mettre en lumière la participation des infirmières francophones canadiennes à l'action politique en contexte de santé communautaire permet de poser un nouveau regard sur l'héritage du savoir infirmier francophone, rendre compte de la diversité des pratiques infirmières et questionner les obstacles contemporains à l'exercice de ce rôle.

## CHAPITRE 2

### RECENSION DES ÉCRITS

Je présente la recension des écrits comme une analyse critique du sujet à l'étude. L'*advocacy* étant un terme anglais dont il est difficile de conserver l'intégralité sémantique lorsque traduit en français, la recension a été guidée par le principe de retrouver des écrits qui traitent de la nature et des éléments constitutifs du concept sans se limiter aux ouvrages qui en font un usage explicite. Par conséquent, j'ai cherché dans les moteurs de recherche à l'aide des termes « advocacy », « action politique » et « plaidoyer ». J'ai également cherché des articles dans des revues scientifiques du domaine de la santé communautaire et en santé publique, qu'ils soient spécifiques aux sciences infirmières ou non. La recension a aussi été conduite par le souci de prendre acte d'un corpus de savoirs propre aux francophones canadiennes. J'ai lu plusieurs documents guidant la pratique professionnelle au Canada comme au Québec en matière de santé communautaire à la recherche du concept d'*advocacy* et de ses représentations.

Conformément à ces principes de sélection des sources, la première section de la recension s'attarde sur des ouvrages historiques portant sur l'action infirmière visant l'amélioration des conditions de vie. La deuxième rend compte des études réalisées sur le concept d'*advocacy*, à la fois dans le domaine de la santé publique et dans les sciences infirmières, rapportant les distinctions, similarités et concepts avoisinants. Elle précise les choix faits quant à la définition de l'*advocacy* adoptée pour cette recherche. La troisième section expose les principaux constats émergents des études sur les contextes influençant

l'exercice de l'*advocacy* infirmier. La recension présentée ici complète celles réalisées pour les articles inclus dans cette thèse.

## **2.1 L'action infirmière en dehors des établissements de santé au Canada français**

Au moment de la première vague de création des CLSC au Québec dans les années 1970, les infirmières travaillaient déjà dans les communautés, notamment auprès des familles défavorisées. Gaumer et Desrosiers mentionnent que « la Commission [Castonguay] ignore complètement l'existence des cliniques populaires de Montréal et de Québec qui reflètent l'esprit des cliniques américaines » (2004, p. 54). Dans l'histoire spécifique au Canada français, le mythe de la Révolution tranquille comme point de départ du « progrès » a été remise en question par des historiens au cours des trente dernières années (Bouchard, 2006; Meunier & Warren, 2002). Les travaux de François Guérard et Andrée Fortin (1996) témoignent des progrès de la médecine francophone en matière d'hygiène publique et de psychiatrie à la fin du 19<sup>e</sup> et au cours du 20<sup>e</sup> siècle. Les paliers provinciaux et municipaux ont également fait preuve d'initiative lors d'interventions sanitaires durant l'entre-deux-guerres (Keel, Desrosiers, Gaumer & Hudon, 2001). On reconnaît également la contribution des congrégations religieuses catholiques dans la gestion d'imposantes institutions hospitalières réputées internationalement (Charles & Guérard, 2012).

En orientant le regard vers des pratiques plus locales, plusieurs historiens rapportent la participation des femmes – qualifiées ou non – aux efforts pour améliorer la santé des populations. Les travaux de Micheline Lachance (2010) et Véronique Strimelle (2012) témoignent de l'action des religieuses auprès de femmes exclues de la société, là

où personne d'autre n'intervenait. Ceux d'Isabelle Perreault (2012) et de Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules (2012) démontrent le rôle des gardes-malades, particulièrement dans les tâches de réinsertion sociale des patients psychiatisés. Enfin, Nicole Rousseau et Johanne Daigle (2013) exposent l'enrôlement des gardes-malades québécoises entre 1932 et 1972 qui se sont aventurées en territoire inconnu afin d'exercer une pratique quasi médicale auprès de colons qui vivaient dans des conditions difficiles.

Le rôle prépondérant des femmes et des congrégations religieuses dans les soins prodigués à ceux qu'on appelait « les indigents » fait donc l'objet d'une documentation considérable dans la discipline historique. Pourtant, du côté canadien, la contribution des infirmières francophones à l'évolution de la santé publique se limite à une brève mention des congrégations religieuses, tout en dépeignant un Québec fortement influencé par une gouverne religieuse contraignante (Rutty & Sullivan, 2010). Il y a donc lieu de se questionner à propos des manières dont les infirmières francophones ont pu influencer les politiques en matière de santé au Canada.

## **2.2 L'*advocacy* infirmier en santé communautaire : aspects définitionnels**

Il existe plusieurs définitions de l'*advocacy*. L'Association canadienne de santé publique (ACSP) renvoie la notion de plaidoyer au « fait de parler, d'écrire ou d'agir pour défendre un enjeu, une cause, politique ou groupe de personnes » (2010, p. 35). Une autre définition provient du Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé (CCNDS). Il consiste en des « actions collectives [menées] dans le but d'engendrer des changements systémiques et de rendre les environnements plus favorables pour la santé des populations » (2015). Cette définition diffère de celle de l'ACSP : la première

renvoie à une action plutôt individuelle tandis que la deuxième fait explicitement référence à la dimension collective de la démarche. Dès lors, il est possible de distinguer des enlignements paradigmatiques différents en fonction des cibles d'intervention et des finalités.

La recension d'études empiriques sur l'*advocacy* de Kalaitzidis & Jewell (2015) permet d'y voir plus clair. Les auteurs proposent deux définitions : l'*advocacy* axée sur le patient d'une part, et celle axée sur les politiques et la provision d'informations pour faciliter les choix du patient d'autre part. Ainsi, ces définitions en viennent à embrasser les dimensions individuelle et collective de l'action politique. Il en est de même pour le CCNDS, qui détaille les buts et les cibles pouvant être visés par cette action, montrant ainsi la diversité potentielle des caractéristiques de ce concept, voire leur variabilité. Il présente quatre types de plaidoyer divisés en deux axes : l'axe vertical précise la cible (individus/groupes ou politiques/structures) tandis que l'axe horizontal décrit le processus (approche par le bas visant l'autonomisation ou par le haut visant la protection et la promotion de la santé). Ce modèle accueille donc les différentes cibles possibles du plaidoyer (les personnes, les groupes, les communautés, les structures et les politiques), ainsi que son ancrage à la fois dans le domaine de la santé publique et de la santé communautaire (voir Annexe 3). Cette structure facilite la compréhension des divers alignements paradigmatiques reliés à l'*advocacy*.

Le paradigme dans lequel s'inscrit l'action politique est influencé par le domaine de pratique de l'acteur. En contexte de promotion de la santé, l'*advocacy* est défini comme une action au confluent de la science, de l'éthique et de la politique auto-initiée et

fondée sur des données probantes, servant à améliorer les environnements et les politiques qui conditionnent les choix et les comportements des patients, ainsi que leur santé (ICN, 2008). Ses cibles varient, incluant les conditions de la pratique infirmière, l'organisation des soins et l'accès aux soins afin de réduire les inégalités de santé (Dallaire, 2008; Ducharme, 2018). Lorsque les infirmières agissent en santé communautaire, leurs cibles d'actions ne visent pas que les personnes. La définition du CCNDS apparaît donc plus juste.

Cependant, les infirmières pourraient être confondues par d'autres définitions de l'action politique utilisées dans la profession. Par exemple, dans son ouvrage sur le pouvoir d'influence des infirmières, Sullivan (2013) ne remet pas en question la structure des organisations de santé qu'elle qualifie de hiérarchiques. Elle démontre que le personnel de base ne détient aucun pouvoir ni influence, ce qui justifie la nécessité pour les infirmières de développer leur propre carrière professionnelle. Sullivan s'accorde avec la logique de marché dans sa conceptualisation de l'*advocacy*, en proposant aux infirmières de développer leurs compétences individuelles afin d'obtenir un poste plus élevé dans la hiérarchie, seul moyen d'acquérir du pouvoir, d'améliorer leur condition et de se faire entendre.

Par ailleurs, il convient de préciser les différences entre l'*advocacy* et le leadership, ces concepts pouvant se recouper. Le leadership chez les infirmières comprend lui aussi plusieurs types : Maranda et Lessard (2017) en identifient quatre. D'abord, le leadership de gestion, transactionnel, permet le maintien du rendement des organisations. Ensuite, le leadership transformationnel favorise le travail d'équipe et

requiert une capacité créative de la part de son utilisateur. Le leadership clinique quant à lui est exercé par les infirmières auprès des personnes, des familles et des populations dans une visée de meilleure intégration des soins. Il nécessite une aptitude à coordonner les soins avec les différents acteurs. Enfin, le leadership politique consiste à influencer les décisions liées aux conditions de pratique des infirmières; il a une portée sociétale. Ce dernier se rapproche du concept d'*advocacy*. Selon Ducharme (2018), le leadership politique désigne la capacité d'influencer autrui ou une situation dans le but de produire un changement. Dallaire (2008) spécifie que l'action politique constitue un engagement à faire reconnaître l'expertise et les contributions des infirmières de manière à obtenir des ressources et influencer les politiques en santé. Le leadership et l'*advocacy* renvoient tous deux à l'action d'influencer à partir d'une position de pouvoir dans le but d'entraîner un changement. La différence réside surtout dans les domaines où ils sont utilisés : l'*advocacy* est lié à la déontologie (dans le cas du *patient advocacy*) et à la promotion de la santé (avec des cibles variées), tandis que le leadership semble davantage associé à la gestion des soins.

Il reste à spécifier ce que l'*advocacy* signifie dans un contexte de soins infirmiers communautaires. L'analyse de concept d'Ezeonwu (2015) constitue une étude clé. L'auteure américaine issue des sciences infirmières constate que les infirmières en santé communautaire doivent de plus en plus fréquemment prodiguer des services à des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Elle procède à la recension systématique de 43 articles pour préciser les constituantes suivantes du concept de l'*advocacy* : les caractéristiques du patient/communauté, les prérequis nécessaires de l'infirmière, les attributs propres aux activités d'*advocacy*, les conséquences pour le patient/communauté

et des référents empiriques. Cette analyse permet de comprendre les caractéristiques de l'*advocacy* en contexte communautaire et certaines conditions nécessaires à sa réussite.

Ezeonwu élargit la définition de l'*advocacy* en lui attribuant cinq attributs. Ces attributs sont « parler au nom de », la coordination des soins ainsi que la collaboration avec le client et les autres acteurs, la promotion de la santé, le soutien et l'assistance pour accéder aux ressources en santé et aux services sociaux, et l'implication dans des actions législatives. Ainsi, elle affirme : « To be effective, *advocacy*, as an intervention, must involve addressing the root causes [...] through policy change by involving relevant decision makers » (Ezeonwu, 2015, p. 124). Ezeonwu conçoit donc l'*advocacy* dans un processus à long terme, passant de l'action auprès des personnes à celle visant les structures et politiques afin d'améliorer la santé du plus grand nombre. Il est à noter que cette étude a servi à développer un plan à l'OMS pour renforcer le rôle des infirmières en santé communautaire dans l'optique d'atteindre l'universalité dans les soins de santé (WHO, 2017). Tel que souligné par Falk-Rafael et Betker (2012b), les infirmières agissent à la fois en aval des problèmes de santé en répondant aux besoins immédiats des personnes, et en amont en revendiquant pour des politiques plus saines.

L'une des difficultés dans l'exercice de définition de l'*advocacy* repose sur le fait que les auteurs clarifient rarement le type de justice auquel ils font référence. La justice sociale, laquelle se définit par la distribution équilibrée des bénéfices et des fardeaux sociétaux parmi tous les citoyens et par la participation optimale des membres de la société (Buettner-Schmidt & Lobo, 2012), est souvent discutée en sciences infirmières. L'une des dimensions accentuées est l'éthique des soins, alors que l'obligation d'agir de

manière juste et équitable est considérée comme un impératif (Boutain, 2015). Boutain (2015) souligne que l'expression « justice sociale » est fréquemment utilisée dans les écrits infirmiers sans que les auteurs examinent ses fondements philosophiques et la différence à faire avec les autres formes de justice. Cela expliquerait pourquoi les écrits professionnels chez les infirmières abondent en matière d'*advocacy*, mais que cette action n'est pas nécessairement comprise selon l'alignement philosophique approprié.

Finalement, la manière dont l'*advocacy* est exercée en santé communautaire demeure peu investiguée. McElmurry, Park & Buesh (2003), issus des sciences de la santé et sciences infirmières, ont étudié l'*advocacy* exercé en dyade infirmière-travailleur communautaire dans une ville américaine. Cette dyade permettait aux infirmières de se rapprocher des résidents et ainsi développer des connaissances à propos des enjeux locaux auxquels leur formation en santé publique ne les avait pas préparées. Cette étude mise à part, l'*advocacy* est fréquemment présentée comme si le fait de mettre la santé à l'agenda entraînait automatiquement les résultats escomptés sur le plan de la santé populationnelle.

De cette absence de mise en contexte naît la nécessité de s'intéresser aux conditions d'exercice de l'*advocacy*. Pour comprendre les manières dont les infirmières utilisent le pouvoir dont elles disposent et expliquer leurs choix, l'adoption d'une définition de l'*advocacy* aussi large que possible s'impose. C'est pourquoi la typologie du CCNDS a été préférée pour guider cette recherche.

### **2.3 Les contextes de l'*advocacy* infirmier en santé communautaire**

Puisque l'*advocacy* est une action politique, dépendante des circonstances et événements, les contextes ne devraient pas être mis de côté. Bien que l'analyse d'Ezeonwu permette de dégager certaines constituantes de son exercice, elle présente l'inconvénient de brouiller les éléments contextuels. En effet, puisque les 43 études de sa revue systématique, provenant de divers milieux et pays, sont comparées pour trouver des similitudes, les différences entre les contextes tendent à être négligées. Parmi les zones d'ombre restante concernant l'influence contextuelle sur les possibilités d'*advocacy* des infirmières en santé communautaire, notons les structures organisationnelles et leur idéologie dominante, la navigation des infirmières à travers les contraintes posées par les conditions de travail ou la hiérarchie organisationnelle.

Des auteurs soulèvent les contraintes auxquelles les infirmières font face dans l'exercice de l'*advocacy*. Pour certains, l'identité professionnelle infirmière ancrée dans un paradigme biomédical ne favoriserait pas cette pratique (Cawley & Mannix McNamara, 2011; Richard *et al.*, 2010; Williamson & Drummond, 2000) et mènerait à un faible déploiement de leur rôle en promotion de la santé (Cohen & Reutter, 2007; Richard *et al.*, 2010). Dans ces conditions, la compréhension de leur rôle serait défaillante : les infirmières confondraient prévention de la maladie et promotion de la santé. De plus, il y aurait accentuation exagérée des actions destinées aux individus par rapport aux actions portant sur les environnements (Richard *et al.*, 2010). Aussi, il semble que les infirmières manquent de connaissances et d'habiletés pour pratiquer l'*advocacy* de manière efficace (Abrams, 2010; Carter, 2007; Cohen & Reutter, 2007; Fullam, Lando, Johansen, Reyes & Szaloczy, 1998; Oden, Price, Alteneider, Boardley &

Ubokudom, 2000; Peters, 2002). Plus spécifiquement, leur formation technique ne les préparerait pas à l'exercice rhétorique nécessaire (Rains & Barton-Kriese, 2001).

Au-delà des éléments propres à la profession infirmière, il est possible que les organisations dans lesquelles elles travaillent ne soient pas favorables à l'*advocacy* exercé par les infirmières. La recension de 16 recherches empiriques sur l'*advocacy* en contexte de soins critiques a montré que, souvent, les organisations ne soutiennent pas les infirmières dans ce rôle, ne voyant pas leur pertinence (Kalaitzidis & Jewell, 2015). Aux États-Unis, l'*advocacy* est une action dévolue aux associations plutôt qu'aux infirmières individuelles. C'est le cas également au Québec, où l'action politique des infirmières est souvent présentée comme se concrétisant à travers l'implication dans des associations ou des structures professionnelles officielles (Dallaire, 2008; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Dallaire explique :

Le pouvoir professionnel s'observe lorsqu'on obtient des récompenses en accomplissant son travail, en acquérant de l'expérience et en étant apprécié. C'est en se servant de son expertise et de sa compétence professionnelle dans un milieu organisationnel qu'il devient possible de faire quelque chose pour le bien des autres, de promouvoir la profession et d'amorcer des changements. (2008, p. 461-462).

La capacité de l'infirmière à exercer l'*advocacy* serait donc liée à la crédibilité que ses pairs et supérieurs lui accordent.

L'organisation du travail de l'infirmière ne lui permet pas nécessairement de disposer des préalables nécessaires à la pratique de l'*advocacy*. Dans leur étude de cas sur la participation des infirmières aux enjeux d'environnement et de santé, Carnegie & Kiger (2010) dénoncent l'étalement géographique dans le travail des infirmières,

étalement qui les empêche de développer une compréhension des dangers environnementaux auxquels sont exposées les familles, ainsi que les actions potentielles qu'elles pourraient poser. Abrams (2010) mentionne l'importance du soutien des organisations et du partenariat interorganisationnel à la réalisation efficace de l'*advocacy*. La tension entre la justice sociale (liée à l'*advocacy* en promotion de la santé) et la justice commerciale (qui promeut la responsabilité individuelle et le désengagement de l'État l'idéologie organisationnelle) est vécue comme suit :

les praticiens de la santé publique travaillent au sein de structures organisationnelles largement dictées par des valeurs de justice commerciale tout en plaidant pour un changement d'orientation afin de faire avancer les valeurs de justice sociale. Étant la stratégie de santé publique la plus politique, le plaidoyer constitue un risque à la fois pour les praticiens et les organismes. De nombreux travailleurs de la santé publique rémunérés à même les deniers publics voient le plaidoyer comme un interdit puisque l'influence des politiques publiques est très souvent l'objet même du plaidoyer. (CCNDS, 2015, p. 5)

Le soutien à l'*advocacy* ne peut que provenir d'une organisation qui adhère aux valeurs de justice sociale et d'équité. Cependant, les stratégies menées par les infirmières pour pratiquer en composant avec le conflit de valeurs entre l'organisation et leur éthique professionnelle ne sont pas discutées dans les travaux sur l'*advocacy* infirmier en santé communautaire. L'*advocacy* est une action politique pour laquelle l'utilisation du pouvoir est intrinsèque. Or, en matière d'exercice du pouvoir, les sciences infirmières sont marquées par divers schèmes de domination à la fois internes et externes (Martin & Alderson, 2013). Pour certains, l'utilisation du pouvoir rend les intervenants en santé inconfortables car le pouvoir est synonyme de manipulation, laquelle serait antithétique à une profession de service aux autres (O'Neill, Roch, Boyer & Dallaire, 2011). En étudiant

les contextes influençant les pratiques politiques des infirmières, il devient possible de mettre en évidence à la fois les conditions structurelles facilitantes ou inhibitrices, d'une part, et les conceptions et capacités stratégiques des infirmières, d'autre part.

## CHAPITRE 3

### APPROCHE ÉPISTÉMOLOGIQUE

L'approche épistémologique choisie est décrite dans le chapitre, sous la forme d'un article théorique. Les épistémologies du Sud constituent une approche empruntée au sociologue portugais Boaventura de Sousa Santos (2014). Bien que cette approche ait d'abord été pensée pour analyser les rapports de pouvoir entre le Nord (pensée occidentale) et le Sud (pensée alternative), son utilisation en sciences infirmières permet à la fois de comprendre les schèmes de domination auxquels font face les professionnelles, ainsi que l'inventivité dont elles font preuve pour échapper aux diktats du pouvoir en place. En cela, cette approche épistémologique concorde avec un paradigme constructiviste.

Le cas présenté dans l'article est celui de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Même si ce groupe d'infirmières n'est pas celui qui occupe la recherche empirique de cette thèse, il est néanmoins pertinent dans la mesure où ces infirmières exercent une pratique infirmière qualifiée d'« avancée » censée solutionner les problèmes d'accès aux soins. Or, l'accessibilité des soins est intrinsèquement liée aux inégalités sociales de santé. Ce groupe précis d'infirmière a donc été choisi pour sa valeur symbolique pour l'entièreté de la profession, pour sa pertinence théorique en matière d'équité en santé et afin d'examiner comment les contextes où exercent les infirmières peuvent influencer la pertinence théorique de leurs pratiques (question de recherche 2.1).

### **3.1 La sociologie des absences et la sociologie des émergences (article 1)**

Référence de l'article 1 : McCready, G., Ouimet, L.-C. (2018) Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec. *Aporia*, 10(1),34-45.

*Speak Medicine Inc.!* : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières  
praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec

Geneviève McCreedy et Lucie-Catherine Ouimet

**Résumé**

Le recours aux infirmières praticiennes spécialisées est présenté comme une avenue prometteuse pour faire face aux défis de santé contemporains et limiter l'accroissement des dépenses. Leur arrivée dans le système québécois est récente et empreinte d'obstacles. Cet article examine les conditions éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes de première ligne dans les Groupes de médecine de famille du Québec, à partir de la lentille épistémique des écrits de Boaventura de Sousa Santos. La sociologie des absences fait ressortir les difficultés de mise en pratique de la diversité des savoirs infirmiers, en particulier les savoirs éthiques et communautaires, en raison d'une posture de sous-traitante au médecin. La sociologie des émergences permet d'imaginer des pistes émancipatrices: le développement d'actions communautaires comme gage de pratique alternative, le renforcement de la sensibilité éthique en tant que moteur de changement interne, et la possibilité de collectiviser le pouvoir à partir d'une base dialectique.

**Mots-clés**

Infirmière praticienne, Pratique infirmière avancée, Boaventura de Sousa Santos, Groupe de médecine de famille, Québec

Le Canada figure parmi les premiers pays à avoir introduit les infirmières praticiennes (IP) au cours des années 1960.[1,2] Les raisons motivant l'implantation des IP au Canada sont multiples. Des traces remontant à la fin du 19<sup>e</sup> siècle indiquent la présence d'infirmières exerçant des actes réservés aux médecins en raison du fait qu'elles étaient le seul secours médical dans des régions éloignées.[3,4] (Staples, Ray, & Hannon, 2017) Après la deuxième guerre mondiale, la spécialisation des soins couplée à la prise en charge par l'État de la dispensation des soins, le vieillissement de la population, la montée des maladies chroniques et le nombre limité de médecins disponibles pour couvrir un vaste territoire géographique viennent justifier le recours à ces infirmières de pratique avancée.[2,4]

La pratique des IP dans les soins de première ligne vise la provision de soins de manière à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins.[5,6] Leur (OIIQ & CMQ, 2014)pratique favorise un meilleur enseignement aux patients, améliore leur satisfaction et leur autonomie, réduit l'attente et la durée de séjour dans les urgences et diminue les réadmissions en centres hospitaliers.[7–10] D'une part, le travail des IP est bien adapté pour offrir des soins de qualité et accessibles dans les communautés, lesquels nécessitent beaucoup de temps et doivent être arrimés avec les conditions de vie des gens. D'autre part, les IP étant une main d'œuvre moins onéreuse que celle des médecins, elles font partie des avenues potentielles pour freiner l'accroissement des dépenses en santé.[11–13]

Au Québec, l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) est récente. L'implantation de la formation est arrivée au même moment où le code des professions a élargi le champ de pratique de divers professionnels à travers la loi 90 en 2003.[14,15] Leur intégration au système public de santé s'effectue progressivement depuis 2007. Le

Québec compte aujourd'hui 410 IPS inscrites.[16] Cependant, bien que leur nombre soit croissant, le Québec accuse un retard important face à d'autres provinces quant au déploiement des IPS. Alors que toutes les provinces comptaient en 2015 des ratios supérieurs à 1 IPS pour 10 000 habitants (excepté la Colombie-Britannique qui compte un ratio de 0,7), celui-ci est de 0,4 pour le Québec.[17] Parmi les IPS québécoises, les IPS de première ligne (IPSPL) sont les plus nombreuses, au nombre de 340.

L'implantation des infirmières praticiennes est conditionnée par l'influence de plusieurs acteurs et certains éléments contextuels dont les politiques provinciales.[18] La lenteur d'implantation des IPSPL au Québec peut s'expliquer notamment par la place dominante de la médecine dans la gestion des services de santé de première ligne.[19] En effet, leur intégration en contexte québécois se fait majoritairement à travers les groupes de médecine de famille (GMF).[15] Les GMF sont une structure née en réponse aux recommandations de la Commission Clair de fournir des soins de santé accessibles dans la communauté, de permettre à plus de québécois d'avoir accès à un médecin de famille et d'assurer la continuité des soins.[20] Déjà en 2000, la Commission recommandait que les services de première ligne soient pris en charge par les GMF, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Le modèle des GMF est critiqué pour son manque de considération envers la dimension sociale de la santé, sa gestion par les médecins et sa contribution à la privatisation des soins de première ligne.[21] Dans un ouvrage récent, Contandriopoulos et al. [19] affirment que l'implantation massive des IPSPL représente une opportunité de transformation de l'offre de services de soins primaires, pour autant que ces infirmières puissent exercer de manière autonome et ainsi intégrer aux GMF une approche davantage collaborative. Cependant, la contamination du modèle GMF par les sciences infirmières pourrait

s'avérer difficile à réaliser: quelle marge de manœuvre les IPSPL y disposent-elles pour faire valoir leur contribution?

L'objectif de cet article est de présenter divers contextes d'influence concernant le travail des IPSPL en s'intéressant aux conditions spécifiques du travail en GMF au Québec.

Nous avons analysé les documents qui balisent la pratique des IPSPL en GMF québécois produits par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et les ordres professionnels. Premièrement, nous présentons les principes épistémiques à partir desquels nous avons analysé ce contexte, soient à partir de la sociologie des absences et des émergences proposées par Boaventura de Sousa Santos.[22]

Deuxièmement, suivant la sociologie des absences, nous exposons les conditions du travail des IPSPL au sein des GMF. Enfin, à l'aide de la sociologie des émergences, nous proposons des pistes d'émancipation pour les IPSPL.

### **La sociologie des absences**

Boaventura de Sousa Santos est un sociologue portugais qui a étudié les questions de droits et de dignité de communautés locales, notamment au Brésil. Il s'intéresse aux manières dont les opprimés résistent au système de domination global tout en critiquant l'aveuglement de plusieurs théoriciens face aux enjeux du colonialisme.[22] Sousa Santos croit qu'il n'existe pas d'émancipation sans émancipation cognitive, donc une reconnaissance des diverses formes de savoirs, essentielles pour résoudre des problèmes criants d'oppression. Nous croyons que les écrits de Sousa Santos présentent un intérêt pour étudier les obstacles à l'autonomie de pratique des IPSPL parce qu'ils permettent une lecture des schèmes de domination sur la profession infirmière. L'une des prémisses auxquelles Sousa Santos réfère pour expliquer la pluralité épistémique repose sur le fait que la diversité du monde est infinie,

Elle inclut des manières très différentes d'être, de penser, de ressentir, de concevoir le temps, d'appréhender les relations des êtres humains entre eux et celles entre les humains et les non-humains, de regarder le passé et le futur, d'organiser la vie collective, la production des biens et des services, et des loisirs.[23 p39]

Faire fi de cette diversité participe au « gaspillage » de connaissances, alors qu'elles pourraient nous permettre de comprendre les comportements d'autrui, résoudre des problèmes sociaux qui affligent les sociétés, entretenir des relations d'ouverture et de dialogue avec les autres et mettre fin aux rapports d'oppression. La négation de la diversité ontologique et épistémique engendre ce que Sousa Santos appelle la *pensée orthopédique*, une pensée morcelée et incomplète, qui consiste à ne pas connaître les autres formes de savoirs et à nier leur existence. Ce qui n'est pas utile pour servir la pensée partielle n'existe pas : c'est ce qu'il nomme la production de « non-existences », la création de vides par le système hégémonique.[22] C'est à l'intérieur de cet état de domination que la sociologie des absences de Sousa Santos trouve sa place. Elle est un exercice qui consiste à révéler à la fois les produits *absentés* et les mécanismes les ayant occultés. Pour notre étude du cas des IPSPL en GMF, nous utilisons deux logiques de production d'absences classées en monocultures : la monoculture du savoir et la monoculture de la productivité capitaliste.[22]

La monoculture du savoir [22] découle de la place hégémonique qu'occupe la rigueur de la connaissance. La société occidentale se caractérise par le fait qu'elle privilégie les savoirs scientifiques et la rationalité dans ses décisions et dans ses valeurs humaines. Par exemple, lors d'une crise à caractère social, les critères guidant le choix des interventions misent sur l'efficacité à solutionner l'enjeu actuel et le rapport coût-bénéfices plutôt que sur l'acceptabilité sociale, le caractère équitable et les conséquences à plus long terme pour les humains et non-humains. La monoculture du savoir consiste à transformer le savoir en science moderne et à établir une culture

élitiste pratiquant l'exclusion des autres formes de savoir. La prédominance des données probantes au détriment des autres formes de savoir dans le domaine infirmier et de la santé a déjà été dénoncée.[24–26] À cet effet, Sousa Santos précise que les données probantes produites par la science ne sont pas remises en cause; c'est plutôt leur hégémonie qui l'est. La non-existence produite par cette monoculture prend forme dans ce qui est ignoré ou mal connu.

Le soin infirmier est construit à partir de savoirs qui prennent racine à la fois dans les connaissances acquises dans le contexte académique et celles induites par l'expérience, le contexte du soin et la situation de vie du patient.[27–29] Parce qu'elles sont imprégnées par les contextes, ces formes de savoirs sont plus aisément transférables de la théorie à la pratique. Cependant, dans un contexte de monoculture de la rigueur scientifique, l'infirmière se trouve à abandonner une large partie de ces savoirs. Ce constat ressort dans une étude ethnographique portant sur les pratiques d'infirmières praticiennes en clinique externe: leurs interventions tournent autour du modèle conventionnel médical du traitement plutôt qu'autour des diverses dimensions de l'expérience de la maladie telle que vécue par les patients.[30] De plus, l'étendue du savoir infirmier est difficile à opérationnaliser à travers les impératifs professionnels et administratifs qui exigent que l'infirmière planifie, prédise et contrôle le processus de soin, et même le comportement du patient.

La monoculture des critères de la productivité capitaliste fait référence à l'hégémonie des produits économiquement rentables, c'est-à-dire une croissance économique dont l'objectif est non questionnable. Les produits qui sont reconnus comme étant valables sont uniquement ceux qui permettent d'accroître et de maximiser les profits pécuniaires. Ce qui ne résulte pas en gains monétaires est qualifié d'improductif, occultant ainsi les

autres produits potentiels ou réalisés, et engendrant une perte de crédibilité des personnes les produisant.[22] La monoculture de la productivité capitaliste peut s'observer dans le système de santé québécois à travers la nouvelle méthode de gestion publique (*Lean*) adoptée en 2011 par le Ministère de la santé et des services sociaux, basée sur un modèle entrepreneurial de l'amélioration des processus et d'évitement du gaspillage.[31,32]

Dans le cas des IPSPL au Québec, nous avons cherché à comprendre comment le contexte proximal de leur travail dans les GMF influence leurs capacités à utiliser la pluralité des savoirs infirmiers et à produire des résultats autres que les produits économiquement rentables. La sociologie des absences amène l'identification de contraintes chez les IPSPL: leur statut de sous-traitantes, la difficulté à actualiser la dimension éthique du soin, un lien de collaboration illusoire avec les médecins et l'abandon d'une approche communautaire de la santé.

### **Le statut de sous-traitante**

La mainmise du corps médical sur la formation et la pratique des IPS au Québec est bien documentée. Le champ de pratique des IPS québécoises figure parmi l'un des plus restreints au Canada, malgré une formation des plus élaborées.[15,33–35] D'Amour et al. [33] rapportent que les infirmières des GMF et les IPS québécoises sont dépossédées par certains collègues médecins de leur pouvoir de décision quant à leur rôle et leur niveau d'autonomie. Leurs travaux montrent que le pouvoir médical intervient tant au niveau des corporations qui viennent baliser la formation et le champ de pratique des IPS qu'au niveau local, dans le quotidien de la pratique du soin. Ainsi, les auteures soulignent que c'est au médecin que revient la décision de recourir ou non aux IPSPL pour le suivi des clientèles, engendrant deux types de pratique infirmière: une qui est

autonome et l'autre qui est celle d'assistante au médecin. De plus, les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements de santé décident et entérinent les protocoles permettant aux IPS de réaliser certains actes, telle la prescription de médicaments. Ainsi, le travail des IPS se retrouve constamment scruté par un autre corps professionnel qui détient des pouvoirs de surveillance sur leur pratique.

Les obstacles à l'autonomie des IPS sont également liés à leur environnement de travail. Étant des employées d'État rémunérées à salaire, les infirmières doivent exercer là où le gouvernement crée des postes pour elles. Au Québec, l'IPSPL dispose de peu de latitude dans son choix d'endroit pour exercer. Même si elle est embauchée par un établissement du système de santé public, elle se retrouve souvent prêtée à un GMF du territoire, que celui-ci fasse partie de l'établissement ou non.[36] Les IPSPL sont donc soumises à la fois à l'autorité hiérarchique de l'établissement public et à l'autorité fonctionnelle des médecins propriétaires de GMF.[33] Les GMF sont des entités privées qui visent majoritairement à générer des profits et sont gérées par des médecins associés par contrat.[21, 37] L'organisation interne du GMF est à l'entière discrétion des médecins propriétaires.

Le GMF est le modèle de services de santé de première ligne préconisé par le gouvernement actuel.[21] Il a été choisi dans les années 2000 comme porte d'entrée du système de santé notamment parce qu'il était mieux accepté par le corps médical que celui des Centres locaux de services communautaires (CLSC), et parce qu'il protégeait le mode de rémunération à l'acte des médecins.[38] De plus, les GMF permettent l'introduction de nouveaux modes de rémunération des médecins qui y participent.[20,36,38] Par exemple, les médecins des GMF reçoivent des montants forfaitaires additionnels pour le nombre de patients inscrits, des montants de

fonctionnement, le paiement de salaire de personnel administratif et un nombre d'heures dédiées au travail interdisciplinaire. L'adhésion au GMF a été vendue aux médecins des cliniques privées en tant qu'opportunité pour l'obtention d'une main d'œuvre permettant d'accélérer le rendement des services, cette main d'œuvre étant entre autres composée d'infirmières.[20] Les médecins des GMF sont mieux rémunérés que leurs confrères pratiquant dans les établissements publics, obtenant jusqu'au double du financement par patient.[21]

Le mode d'organisation en GMF révèle une condition troublante : celle de sous-traitante de l'IPSP. Le médecin partenaire de l'IPSP reçoit une rémunération pour des patients qui dans les faits sont suivis par l'IPSP [39], ce qui place ces dernières devant l'obligation d'ajuster leurs pratiques de manière à répondre aux impératifs administratifs exigés par le Ministère à l'endroit des médecins. En effet, en plus de devoir assurer le maintien d'un taux d'assiduité minimal de 80% des patients au GMF, la loi 20 adoptée en 2015 vient encadrer la pratique des médecins omnipraticiens en leur imposant un nombre de patients à être inscrits sous leur responsabilité ainsi que des cibles à atteindre en matière d'accès aux soins pour leur clientèle.[40] Cette loi module les subventions accordées aux omnipraticiens des GMF, sous condition d'atteinte des indicateurs de performances.[36] Ceci vient placer le GMF dans une structure de travail favorisant une offre de soins basée sur des principes de production, en répondant aux impératifs ministériels, alors que ceux-ci sont dénoncés comme ne permettant pas de répondre aux besoins de santé des québécois.[41,42] Dans ce milieu, une vision entrepreneuriale de la médecine est préconisée, où la quantité et la qualité des services rendus se trouvent optimisées par le travail de l'infirmière.

Les infirmières rapportent que le mode de rémunération à l'acte des médecins est un obstacle à leur implantation dans les soins de première ligne ainsi qu'au déploiement de leur champ d'exercice infirmier.[20] Les IPSPL ne peuvent faire bénéficier les patients de l'ampleur de leurs compétences parce que l'expansion de leur champ d'exercice constitue une menace à la rémunération de leur médecin partenaire et au financement du GMF. Ainsi, les IPSPL se trouvent devant plusieurs contraintes structurelles lorsqu'elles doivent faire des choix quant aux soins qu'elles mobilisent dans l'exercice de leur travail. Par conséquent, la rémunération à l'acte du médecin ainsi que le mode de financement au rendement des GMF posent des enjeux éthiques à la dispensation de soins. L'IPSPL doit arrimer sa pratique avec celle de son médecin partenaire puisque son rôle est nécessairement lié à l'obligation pour le médecin de rencontrer les balises de performance dictées par le Ministère de la santé.

### **La contrainte de la collaboration illusoire**

Dès le départ, la collaboration interprofessionnelle est inscrite au centre des préoccupations touchant la mise en œuvre du projet de GMF. La définition de la collaboration s'appuie sur une téléologie de production de résultats optimisée par le travail d'équipe et afin de la rendre possible, les différends doivent se résoudre en dehors d'un rapport d'autorité.[19] Comment s'actualise la collaboration IPSPL-médecin dans le contexte de monoculture des savoirs et de production capitaliste du soin ? Les documents concernant la pratique des IPS au Québec discutent de collaboration professionnelle, cependant ne rendent pas compte des embûches rencontrées pour la mettre en œuvre. Lorsque sont discutées les conditions essentielles au développement de la pratique de collaboration, l'OIIQ ne fait aucune mention du rapport d'autorité qui peut nuire à la collaboration [5], alors que le GMF place l'IPSPL dans une relation

hiérarchique avec son médecin partenaire. D'Amour et al. [43] rendent compte de deux types de pratique infirmière en GMF: celle de suivis conjoints entre l'infirmière et le médecin et celle de l'infirmière assistante du médecin. Selon ces auteures, la pratique d'assistance au médecin est davantage présente dans les GMF de type privé et c'est dans ces endroits que se trouvent des problématiques de collaboration interprofessionnelle limitant le champ d'exercice des IPS. Nous savons que les médecins des GMF ont besoin de la collaboration des IPSPL afin de répondre aux impératifs ministériels. Cependant, la nécessité pour l'IPSPL de collaborer in situ avec un médecin est remise en question par l'étude d'un modèle marginal de clinique infirmière autonome dans la Basse-Ville de Québec, qui a démontré que moins de 5% des cas ont besoin d'être référés vers un médecin, et ce en dépit du fait que cette clinique dessert une clientèle présentant des problèmes de santé chroniques et complexes.[12] Il semble donc que les besoins des patients ne justifient pas la nécessité d'une collaboration IPSPL-médecin étroite et fréquente.

L'emphase mise sur la collaboration entre IPSPL et médecins correspond à ce que Sousa Santos [22] nomme « l'émancipation régulée », une tentative de reproduction des mêmes conditions et structures ayant permis la mainmise biomédicale sur la pratique infirmière. D'Amour et al. affirment: « Ce sont les médecins qui ont décidé, au final, de l'agenda de travail des infirmières et de leur niveau de participation au suivi de la clientèle et à la prise de décisions ».[33 p314] Ainsi, il semble que la condition de subordination au corps médical persiste, même au sein d'une frange d'infirmières les plus scolarisées. Malgré l'accès des IPSPL à une éducation poussée et au rehaussement de leur statut professionnel, les GMF représentent des environnements hostiles à l'émancipation infirmière. L'émancipation régulée par le corps médical et l'orientation politique du gouvernement a pour effet de légitimer le principe de

hiérarchisation, d'établir des rapports de domination au sein même de la profession infirmière et ainsi compromettre le projet d'amélioration de l'accessibilité aux services de première ligne.

### **L'éthique du soin évacuée**

Les IPSPL se trouvent au cœur des considérations économiques de la rémunération médicale et du financement des GMF, leur pratique étant intrinsèquement reliée à celle des médecins. Les états énumérés ci-haut limitent les possibilités de déploiement des savoirs infirmiers, notamment lorsqu'il s'agit de répondre à des groupes de population qui sont non desservis par les médecins et qui ne correspondent pas nécessairement à la clientèle visée par les GMF. La dimension éthique du travail de l'infirmière est reconnue comme faisant partie des éléments essentiels du soin :

L'IPS doit intégrer les principes éthiques dans l'ensemble de ces fonctions. Ainsi, elle doit faire preuve de jugement clinique et de pensée critique, (...), contribuer à la résolution de problèmes ou de dilemmes éthiques en lien avec le patient ou le système de santé, et s'assurer du respect des droits du patient, de la famille et de la collectivité.[44 p9]

Cette dimension fait également partie des formes de savoirs infirmiers énoncées par Carper et White [27] depuis la fondation des sciences infirmières en tant que discipline. Qu'arrive-t-il à cette forme de savoir propre à l'infirmière dans le contexte du travail en GMF ? L'IPSPL qui accepterait d'évaluer et suivre un patient sans que le médecin puisse en retirer une rémunération - par exemple face à un patient sans carte d'assurance maladie valide - ou en dépit du désaccord du médecin, se place en porte-à-faux avec son médecin partenaire. Pourtant, l'article 23 du code de déontologie des infirmières du Québec mentionne que l'infirmière doit éviter la posture de conflit d'intérêts.[45] Si l'IPSPL choisit de privilégier sa relation de travail avec son médecin partenaire, son obligation d'indépendance n'est pas respectée. En raison du contexte de

subordination au médecin partenaire, elle se retrouve à devoir ménager la chèvre (sa relation avec son médecin partenaire) et le chou (ce qu'il y a de mieux pour la santé du patient), une posture de conflit éthique engendrée par le lien obligé avec le médecin partenaire. L'articulation entre sa loyauté envers le GMF où elle est placée sous l'autorité fonctionnelle, et envers l'établissement public dont elle est sous l'autorité hiérarchique donne lieu à un conflit d'allégeance et peut la placer en situation de désarroi éthique.

### **L'abandon de l'approche communautaire**

L'un des produits rendu invisible par la monoculture des productivités capitalistes au sein des GMF est celui de l'approche communautaire. Les GMF du Québec fonctionnent pour la plupart selon un modèle de dispensation de soins primaires de première ligne («primary care »), tandis que la formation infirmière valorise l'approche de soins de santé primaires (« primary health care »). La différence entre ces deux modèles est explicitée par Awofeso[46]: les soins de santé primaires incluent l'approche individuelle de dispensation de services de santé à des personnes, mais également des actions portant sur les collectivités et les politiques, de même qu'un souci pour l'équité en santé. En théorie, les établissements publics de santé favorisent l'approche de soins de santé primaires puisqu'ils détiennent la responsabilité de toute la population et non seulement celle de répondre aux demandeurs de services. Cependant, l'opérationnalisation de cette responsabilité populationnelle n'échappe pas aux rapports hiérarchiques entretenus par les médecins oeuvrant en clinique privée à l'endroit des professionnels des établissements publics de soins.[47]

L'histoire de l'implantation des IPSPL au Canada révèle que les infirmières veulent s'outiller à la pratique d'actes médicaux afin de répondre aux besoins de communautés

que le système de santé n'arrive pas à rejoindre.[18] Selon les régions, 10 à 39% des québécois ne sont pas inscrits à un médecin de famille [48], ce qui vient renforcer l'argument utilisé par les IPSPL à savoir que leur contribution est requise pour assurer l'accès et la continuité des soins. Cependant, l'approche clientéliste des GMF et la hiérarchie existante laissent peu de place pour développer une approche centrée sur les besoins de la communauté avoisinante. Le gaspillage de pratiques infirmières en matière de soins communautaires au sein des GMF n'est pas sans conséquence pour l'équité d'accès aux services de première ligne, et sur les conditions de vie des personnes et des communautés.

### **La sociologie des émergences**

Les IPS sont présentées comme l'un des modèles infirmiers de l'avenir, celui qui permettra de solutionner les problématiques d'accès aux soins des communautés, d'assurer le suivi des patients présentant des problèmes de santé chroniques et de rentabiliser la première ligne.[19,49] Cependant, à la lumière des contextes de leur travail, peut-on présenter leur pratique comme un modèle d'autonomie infirmière?

Quelles plumes la profession infirmière perd-t-elle en avilissant certains de ses fondements éthiques essentiels - tels que les valeurs de justice sociale et d'équité – au profit d'une pratique qu'elle qualifie d'« avancée », mais qui se retrouve pervertie par un environnement de travail inscrit dans un paradigme néolibéral?

La sociologie des émergences cherche à imaginer ce qui n'est pas encore, invite à explorer un horizon de possibilités.[23] Sousa Santos affirme que l'existence des systèmes hiérarchiques de domination survient en raison de l'absence d'espaces discursifs permettant de les remettre en question. Pour se sortir de la logique créant les non-existences de certaines formes de savoirs et de produits, il propose d'explorer et

d'expérimenter les pratiques alternatives tout comme les épistémologies plurielles qui visent l'imagination, l'émergence et l'émancipation des savoirs.[22]

La sociologie des émergences consiste à représenter et amplifier les contributions présentes, mal ou peu reconnues, ceci dans l'objectif de montrer comment elles peuvent être porteuses de potentialités futures. Afin de remédier à la monoculture du savoir, Sousa Santos [22] propose l'écologie des savoirs. Elle part de l'idée d'acquérir les autres connaissances, sans oublier celles d'origine. Il s'agit d'une posture épistémique et politique, un angle sous lequel il est possible de considérer les contextes dans lesquels sont enracinées les monocultures actuelles. Il propose d'évaluer la pertinence des connaissances existantes non pas en fonction du degré de professionnalisation, mais plutôt selon leur utilité pour satisfaire aux conditions portant atteinte à la vie et/ou à la dignité humaine. À cet effet, il construit sur les idées d'Ortega y Gasset en proclamant que « the human being is also what is missing in her circumstance for her to be fully human ».[50 p.121] Cet exercice oblige à tenir compte de la diversité des savoirs et à avoir recours à ceux qui sont omis du dialogue.

Pour contrer la monoculture de la productivité capitaliste, Sousa Santos [22] propose également l'écologie des productivités, laquelle vient valoriser les systèmes alternatifs de production, les diverses formes de produits et les poches de solidarité existantes. Cette écologie est illustrée dans le documentaire *Demain* [51], où des initiatives locales sont présentées, choisies à partir du fait qu'elles font scission avec les systèmes de domination actuels et permettent de répondre à un besoin urgent. L'initiative non-conformiste représente la possibilité, une anticipation de l'avenir à partir d'autres cadres. Le fait que ces initiatives existent montre qu'il est possible de dépasser les obstacles actuels. Leur potentiel contre-systémique réside dans leur capacité à articuler leurs

forces, leur organisation et leurs objectifs dans un lieu d'échange mutuellement intelligible pour les acteurs du système dominant et ceux initiant l'action non conformiste. Les deux sociologies sont reliées : à la fois déconstruire les processus par lesquels les personnes sont contraintes à occulter une partie de ce qu'elles savent et font (sociologie des absences) et imaginer les alternatives possibles non examinées (sociologie des émergences).

### **Pistes d'émancipation**

Dans le cas des IPSPL québécoises, les absences que la sociologie des émergences tente de faire exister sont celles des savoirs infirmiers autres que les connaissances biomédicales (dont les savoirs éthiques) et une collaboration qui puisse permettre de répondre aux besoins des populations. L'une des manières de contrer l'hégémonie systémique est expliquée par Sousa Santos à travers la traduction interculturelle: « C'est une procédure qui ne confère à aucun groupe particulier le statut de totalité exclusive ou homogène. (...) Le subalterne, par exemple, doit être vu à l'intérieur et à l'extérieur de la relation de subalternité ». [23 p42] C'est ainsi qu'est produit un dialogue entre système dominant et alternatif.

S'inspirant de la théorie postcoloniale de Homi Bhabha, Chulach et Gagnon [52] développent l'idée d'un « troisième espace » où se trouverait la pratique des infirmières praticiennes et dans lequel elles conceptualisent un modèle hybride, entre la culture du soin infirmier et celle de la médecine. Le potentiel pour les IPSPL d'entraîner le système de santé dans une autre direction dépend de leur capacité à faire face aux contraintes et à créer la nouveauté : quelles voies s'ouvrent à elles pour y parvenir tout en s'émancipant du corps médical et du contexte administratif de productivité?

L'émancipation des IPSPL au Québec repose entre autres sur la possibilité de créer des

espaces discursifs afin qu'elles puissent concrétiser ce « troisième espace ». Sousa Santos [23] éclaire ce processus à travers le défi reconstitutif, lequel consiste à faire revivre l'héritage des savoirs infirmiers en dehors de la mainmise biomédicale. En se basant sur la traduction interculturelle de Sousa Santos, nous proposons ici trois possibilités d'émancipation visant à actualiser l'écologie des savoirs et des productivités des IPSPL: développer les actions communautaires, miser sur la sensibilité éthique des infirmières et modifier le rapport au pouvoir.

### **Développer les actions communautaires**

La difficulté pour les IPSPL d'exercer en adéquation avec les pratiques fondamentales aux sciences infirmières n'est pas qu'un simple enjeu d'autonomie professionnelle ; elle pose également des limites à l'amélioration de la santé des patients et des communautés. Un exemple de scission avec le modèle dominant pour assurer des soins à des groupes exclus est la Coopérative de santé SABSA (Services à Bas Seuil d'Accessibilité) à Québec [12] où l'autonomie infirmière est prépondérante et la hiérarchie entre médecins et infirmières, réduite au minimum. Cette coopérative, gérée par des infirmières, offre des services de santé et psychosociaux à proximité des milieux de vie de personnes considérées vulnérables depuis 2011. Elle s'est également associée à deux universités pour documenter les interventions et l'efficacité de son modèle. Ainsi, SABSA parvient à justifier l'alternative qu'elle propose à l'aide d'un langage (non-exclusif) de la rigueur scientifique, devenant ainsi le « lieu mutuellement intelligible » aux systèmes dominant et alternatif, tel qu'expliqué par Sousa Santos. Après avoir dû fermer ses portes faute de financement, la population s'est mobilisée pour financer socialement et faire pression sur le gouvernement afin de sauver SABSA.[53] C'est dans cette lutte pour sa survie que les responsables ont ainsi

transformé la clinique qui rend des services de santé en un objet symbolique de projet social d'équité. Ce sont ces impératifs de justice sociale, à un moment historique où les structures du système de santé n'arrivaient pas à répondre aux besoins d'un groupe de population, qui ont valu à SABSA d'attirer la compassion du public. C'est également grâce aux habiletés de vulgarisation – référent du concept de traduction culturelle de Sousa Santos - de ses infirmières que SABSA est parvenue à faire les manchettes à chaque fois qu'elle se trouvait menacée.

La coopérative de solidarité SABSA est devenue une troisième voie possible, un modèle de structure de soins de santé où les professionnelles jouissent d'une plus grande liberté pour ajuster leurs pratiques aux conditions de vie des personnes, une brèche dans un système de santé soumis aux impératifs capitalistes et biomédicaux. La coopérative a réussi à démontrer au gouvernement sa pertinence et a conclu en 2016 une entente avec le MSSS afin d'assurer la pérennité de ses services en assurant le salaire de l'IPSPL et de l'intervenante sociale auprès de plus de 1500 patients n'ayant pas de médecin de famille.[54] Dans le cas de SABSA, l'analyse critique des enjeux de pouvoirs et de colonisation reste nécessaire afin d'évaluer les impacts de sa récente affiliation au réseau sur la pratique autonome des infirmières.

Par ailleurs, il ne suffit pas de desservir des groupes dits « vulnérables »; l'alliance politique des IPSPL avec les communautés devient essentielle afin de sécuriser le maintien de leurs pratiques infirmières sociales. Leur raison d'exister repose sur leur aptitude à répondre aux besoins des patients comme celle d'amoindrir les effets et l'accroissement des iniquités sociales de santé. L'émancipation des IPSPL au Québec pourra se produire si elles construisent leur probité sur leur capacité à répondre aux besoins de santé des communautés. Cette voie potentielle peut être créée à travers des

mécanismes de régulation émancipatoires. En effet, selon Sousa Santos, il importe de clarifier, « dans chaque contexte et à chaque moment historique, les constellations pratiques dont le potentiel contre-hégémonique est le plus fort ».[23 p43]

Les démarches en lien avec l'amélioration des conditions de vie font partie du rôle défini de l'IPSP. Celles-ci peuvent s'inspirer dans leur curriculum d'apprentissage de ces moments de l'histoire où infirmières et hygiénistes ont occupé des rôles d'avant-garde, entre autres à travers le déploiement d'interventions en santé communautaire et en santé publique, malgré les dictats médicaux et cléricaux contraignants. Une initiative exemplaire à cet effet est celle de l'implantation d'IPSP de proximité au sein du CIUSSS Centre-Sud de Montréal (au sein du CLSC et en dehors du GMF), où les infirmières praticiennes se déplacent dans les milieux de vie des personnes marginalisées.

L'émancipation est également possible de l'intérieur, à travers la réforme des GMF, particulièrement dans le contexte présent où des échanges de personnel et des lieux de rencontre sont réalisés avec des professionnels des CLSC. Il est possible pour les IPSP des GMF d'utiliser leur affiliation avec les établissements de santé en tant que voie d'émancipation de leurs savoirs infirmiers. Malgré les politiques administratives renforçant la productivité, les infirmières des CLSC développent des stratégies pour agir face aux conditions de vie, notamment à travers des actions collectives avec leurs collègues et divers acteurs du quartier. La pratique en santé communautaire est porteuse de potentialités en matière de justice sociale, d'où l'importance de questionner sa place dans la pratique avancée du soin. En faisant ressortir ces actions, les habiletés des infirmières à faire autrement se trouvent exposées.

## **Miser sur la sensibilité éthique**

Chinn et Kramer [29] proposent des savoirs émancipatoires à travers l'examen des enjeux sociopolitiques de la discipline infirmière. Ces savoirs permettent aux infirmières de se positionner quant aux notions d'équité et de justice sociale, par des actions de remise en question, de critique, de revendications et de réflexions quant aux obstacles à une pratique juste et équitable. Le désarroi qui peut être vécu en GMF révèle à la fois un sens éthique bien développé chez ces infirmières ainsi que la possibilité de l'utiliser en tant que baromètre du contexte de travail. Langlois et al. expliquent la sensibilité éthique en tant que «capacité à percevoir, dans une situation donnée, la présence d'un enjeu éthique ».[55 p121] Elle est un exercice de réflexion critique qui permet aux IPSPL de comprendre les possibilités qui s'offrent à elles, pour ensuite prendre conscience des conséquences de chacune.

La capacité de placer les enjeux éthiques et de justice sociale à l'intérieur du modèle GMF est contingentée par deux éléments : la capacité de l'IPSPL de relier les résultats obtenus ou visés en termes de santé à la mobilisation de la diversité de ses savoirs (dont les savoirs éthiques) et le potentiel de changement de la structure collaborative à d'autres manières de penser la santé. À propos de ce dernier, rappelons que D'Amour et al. [56] rapportaient deux types de pratique de collaboration, dont l'une était plus égalitaire. Les modèles de collaboration dans les GMF sont à géométrie variable ; il est donc plausible de croire que certaines IPS aient davantage de possibilité d'influencer la structure de travail que d'autres. L'examen des situations où les infirmières praticiennes déploient leur capacité d'action est une stratégie contre-hégémonique présentée par Homi Bhabha [52] : elle peut aider à identifier les zones et espaces de travail favorables à l'émancipation des IPSPL. La réflexion éthique permet de questionner les enjeux de

pouvoirs, mais d'autres moyens doivent être envisagés pour assurer la reconnaissance du savoir de l'autre. Les modèles plus progressistes pourraient être utilisés par les regroupements d'IPSP pour favoriser la contamination des autres GMF et également influencer l'opinion publique à cet égard. Ainsi, porter l'analyse des situations de désarroi éthique vécues [57] à un niveau collectif devient nécessaire si l'on veut participer à l'émancipation du plus grand nombre. Pour cela, un questionnement de la définition de pouvoir s'avère nécessaire.

### **Modifier le rapport au pouvoir**

Afin d'horizontaliser les rapports, Sousa Santos propose de créer de nouvelles règles et d'autres processus, lesquels sont émancipatoires. Selon lui, il est nécessaire de transformer le pouvoir, plutôt que de le gagner.[50] L'enjeu de la définition du pouvoir est également abordé dans les écrits féministes. bell hooks [58] déplore que les femmes blanches anglo-saxonnes actives dans le mouvement féministe aux États-Unis au cours des années 1960 construisaient leurs actions à partir de la définition du pouvoir véhiculée par leur contrepartie masculine. Ce pouvoir, fondé sur l'accumulation de biens matériels et d'argent, ne permet pas selon hooks de remettre en question l'objectif capitaliste qui est le fondement menant à la création d'iniquités, au-delà des iniquités de genre. Ceci a pour effet de recréer les mécanismes de domination du système capitaliste au sein même des mouvements féministes. Pour hooks, la lutte des femmes doit sortir du narcissisme individuel, dépasser la simple question de l'ascension sociale personnelle, pour satisfaire les aspirations de la collectivité des femmes dans son ensemble et dans ses particularités diverses. Elle propose de miser sur des mécanismes qui permettent de confronter les différences, afin de trouver des liens de similitudes entre les groupes et travailler à des luttes collectives. Rendre la lutte

collective est ce que les femmes racisées américaines font à travers l'entraide solidaire, une forme de communautarisation basée sur le genre qu'elles appellent « sisterhood », une action qui rompt avec le pouvoir capitalisme.

Lorsque les IPSPL puisent leur légitimité uniquement dans le fait que leur contribution permet une rentabilité économique des soins de santé, elles concourent à leur perte émancipatoire en occultant une large partie des savoirs infirmiers. La fuite d'IPSPL vers des organisations privées à but lucratif peut également être comprise en tant que mécanisme d'ascension sociale individuelle propre au système capitaliste. L'angle mort qui aurait besoin d'être investigué dans l'exercice de sociologie des émergences est celui des solidarités que les IPSPL savent construire avec les personnes, les familles et les communautés, de même que leur sensibilité éthique face aux injustices sociales dont elles sont témoins. Il s'agit là de savoirs puissants puisqu'ils font écho aux préoccupations publiques à l'endroit d'un système de santé qui (re)produit les iniquités.

En février 2017, le Ministre québécois de la santé a réitéré l'importance des IPSPL en annonçant la création de 2000 postes d'IPS d'ici 2024 [59], leur octroyant ainsi une place prépondérante dans l'offre de services de première ligne. L'arrivée graduelle et massive des IPS dans le réseau de santé québécois représente un pouvoir politique non-négligeable de transformation. Contandriopoulos et al. [19] affirment à cet effet que le degré d'intégration des IPS dans le système, tout en préservant une pratique fidèle aux principes fondamentaux des sciences infirmières, devient un indicateur de réforme du système et un enjeu politique crucial. À mesure que les IPSPL deviennent de plus en plus nombreuses au Québec, il est impératif qu'elles poursuivent leurs efforts de dialogue entre elles, et avec les patients et les communautés. Des espaces discursifs, tels que ceux existants au sein de leur association provinciale, permettraient d'abord de

développer une lecture commune des problématiques liées à leur pratique puis réfléchir à des pistes d'action. La collectivité autour des IPSPL peut être construite sur quatre fronts : entre IPS, entre infirmières, avec les autres travailleurs de la santé et avec les communautés. Il s'agit de créer une horizontalité de pouvoir au sein même de la profession infirmière ou entre professionnelles et société civile et reconnaître les apports de chacun en fonction de leur pertinence pour résoudre les enjeux de santé collectifs. Les citoyens détiennent des connaissances sur leur situation de santé et leur environnement de vie qui permettent d'agir en amont des problèmes de santé. En ouvrant la discussion avec les communautés au niveau local, les IPSPL pourraient construire une meilleure compréhension des besoins de celle-ci et de leur apport potentiel. Les citoyens gagneraient également à mieux comprendre le rôle des IPSPL et leur contribution. Ce dialogue permet la création d'un espace mutuellement intelligible, auquel les dirigeants politiques sont sensibles puisqu'il s'agit de l'opinion des citoyens en tant que groupe d'électeurs. Construire une légitimité d'existence à partir de la capacité des IPSPL à dialoguer et répondre aux besoins de l'ensemble des québécois permettrait de développer un pouvoir politique sur la base du droit à la santé des citoyens.

## **Conclusion**

Cet article basé sur les épistémologies du Sud de Boaventura De Sousa Santos a permis de mettre en lumière les contenus absents du travail de l'IPSPL au Québec. Le travail dans les GMF, où l'emphase est placée sur la rentabilité économique engendre un statut de sous-traitante de l'IPSPL et une collaboration illusoire avec le médecin. Ce contexte est à l'origine de l'invisibilité d'une large gamme de pratiques infirmières, dont les savoirs éthiques et la mise en place d'actions communautaires. Considérant que les

GMF sont le modèle préconisé par le gouvernement, que des ressources infirmières sont présentement transférées des CLSC vers les GMF [36], et que ces derniers ne sont pas imputables d'une approche communautaire, la situation actuelle soulève d'importants questionnements au sujet de l'équité d'accès aux services de santé et l'avenir de la santé communautaire au Québec.

Nous avons également fait ressortir des pistes d'émancipation possibles pour les IPSPL, à savoir le développement d'actions communautaires comme gage de pratique alternative et solidaire du soin avancé en première ligne et le renforcement de la sensibilité éthique infirmière en tant que moteur de changement interne au sein des GMF. Enfin, nous avons exprimé une réflexion en ce qui concerne la définition du pouvoir au sein de la profession infirmière, et la possibilité de collectiviser le pouvoir à partir d'une base dialectique entre infirmières et d'autres groupes. Si les IPSPL peuvent puiser leur pertinence à travers l'approbation du corps médical, les valeurs morales guidant ce dernier sont aujourd'hui de plus en plus questionnées.[60] Le nouveau contexte politique favorisant l'arrivée massive d'IPSPL représente une opportunité pour que les praticiennes du soin infirmier avancé créent la reconnaissance de leur pratique à travers leur capacité à répondre aux enjeux de santé des communautés. Nous espérons que les lectrices verront dans cet article, une opportunité de déclencher le dialogue autour de leurs possibilités émancipatrices. La sauvegarde de la diversité des savoirs infirmiers et la capacité d'action en matière de justice sociale pourraient s'avérer être des critères garants de la préservation de la probité des IPSPL aux yeux du public. L'approche épistémique de Sousa Santos permet de penser la construction de la pratique avancée des soins infirmiers à partir de la diversité de ses fondements traditionnels, en dehors de l'hégémonie médicale et économique.

## Remerciements

Nous remercions Hélène Laperrière pour l'inspiration des lectures épistémiques qui ont permis la rédaction de cet article. GM remercie Marie-Claude Thifault pour l'avoir initiée à l'histoire du *nursing*. GM remercie également les organismes suivants pour leur soutien financier à ses études doctorales: le Fonds de recherche du Québec en santé, le Gouvernement de l'Ontario, l'Unité de recherche sur l'histoire du *nursing*, l'Université d'Ottawa, l'École des Sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, le Centre de recherche en civilisation canadienne-française, le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités et le Collège des Chaires sur la francophonie canadienne de l'Université d'Ottawa. LCO remercie les professeurs Pawel Krol et Louise Bujold de la Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval pour l'avoir initiée et convertie aux théories émancipatrices; Isabelle Têtu, pour sa force de caractère et son mentorat; ses collègues de cohorte, femmes inspirantes et surtout, sa mère, infirmière émancipée avant son temps. LCO remercie également le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour son soutien financier à ses études d'infirmière praticienne spécialisée. Enfin, nous remercions les réviseurs qui ont été généreux dans leurs commentaires, permettant ainsi d'améliorer la qualité de ce texte.

## Références

- 1.Canadian Nurses Association. Advanced Nursing Practice: Nurse Practitioners. 2017. Disponible sur [www.cna-aiic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners](http://www.cna-aiic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners). Consulté le 15 octobre 2017.
- 2.Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an

Interest in Geriatric Care. Journal of the American Medical Directors Association 2016; 17(9): 782-8.

3. Staples E, Ray SL, Hannon R. Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée. Toronto: Canadian Scholar's Press, 2017.

4. Kaasalainen SA. A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. Nursing Leadership 2010; 1(23): 35-60.

5. Durand S, Maillé M (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Lignes directrices. Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. 2e édition. 2014. Disponible sur [www.oiiq.org/publications/repertoire](http://www.oiiq.org/publications/repertoire). Consulté le 19 mai 2017.

6. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, O'Grady E. Advanced nursing practice: An integrative approach. 5<sup>e</sup> édition. Saunders: Elsevier, 2014.

7. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. Journal of Advanced Nursing 2004; 48(5): 519-29.

8. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. International Journal of Nursing Studies 2016; 53: 290-307.

9. Ducharme J, Alder RJ, Pelletier C, Murray D, Tepper J. The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. Canadian Journal of Emergency Medicine 2009; 11(05): 455-61.

10. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of Nurse Practitioners to Increase Patient Access to Primary Healthcare in Canada – Thinking Outside the Box. *Nursing Leadership* 2010; 23: 239-60.
11. Hussey PS, Eibner C, Ridgely MS, McGlynn EA. Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches. *The New England Journal of Medicine* 2009; 361(22): 2109-11.
12. Duhoux A, Contandriopoulos D, Roy B, Laroche D, Mattmann S. La coopérative de solidarité SABSA. Rapport préliminaire. Mise à jour - année 2015. 2016. Disponible sur [www.coop-sabsa.com](http://www.coop-sabsa.com). Consulté le 19 mai 2017.
13. Wong ST, Farrally V (Michael Smith Foundation for Health Research). *The Utilization of Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Research Synthesis*. 2013. Disponible sur [www.msfr.org](http://www.msfr.org). Consulté le 23 mai 2017.
14. Assemblée nationale. Projet de loi no 90: Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé; article 36.1. 2002. Disponible sur <http://www.ooaq.qc.ca>. Consulté le 19 mai 2017.
15. Durand S, Maillé M (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise - Mémoire. 2013. Disponible sur [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org). Consulté le 22 mai 2017.
16. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. Statistiques IPS au Québec: Au-delà des limites. *Journal de l'AIPSQ* 2017; 10(1): 4.
17. Marleau D (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016. Le Québec et ses régions. 2016. Disponible sur [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org). Consulté le 22 mai 2017

18. Rioux-Dubois A, Perron A. Exploring the Potential Contribution of Actor-Network Theory in Nursing Using the Integration of Nurse Practitioners as an Exemplar. *Aporia*. 2016 ; 8(2):5-15.
19. Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, Sangster-Gormley E, Kilpatrick K, Dubois C-A et al. Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy* 2016; 120(6): 682-9.
20. Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon E, et al. L'implantation des groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. 2006. Disponible sur [www.ferasi.umontreal.ca](http://www.ferasi.umontreal.ca). Consulté le 19 mai 2017.
21. Plourde A (Institut de recherche et d'informations socio-économique). CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. 2017. Disponible sur [www.iris-recherche.qc.ca/publications/CLSC-GMF](http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/CLSC-GMF). Consulté le 23 mai 2017.
22. Sousa Santos B. *Epistemologies of the South : justice against epistemicide*. Boulder : Paradigm Publishers, 2014.
23. Sousa Santos B. Épistémologies du Sud. *Études Rurales* 2011; 187: 21-50.
24. Holmes DMSJPARG. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2006; 4(3): 180-6.
25. Baillargeon D. Praticiennes et patientes : Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise. *Revue d'histoire de l'Amérique française* 1999; 53(1): 47-59.
26. Dallaire C. *Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaétan Morin, 2008.

27. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1): 13-23.
28. White J. Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science* 1995; 17(4): 73-86.
29. Chinn PL, Kramer JM. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8<sup>th</sup> Edition. MO: Elsevier Mosby, 2012.
30. Ter Maten-Speksnijder AJ, Dwarswaard J, Meurs PL, van Staa A. Rhetoric or reality? What nurse practitioners do to provide self-management support in outpatient clinics: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25(21-22): 3219-28.
31. Tardif M. *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue: Récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec*. Université Concordia. 2016. Disponible sur [www.spectrum.library.concordia.ca](http://www.spectrum.library.concordia.ca). Consulté le 19 mai 2017.
32. Jobin M-H, Lagacé D. La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec: comment mesurer la maturité des établissements? *Gestion* 2014; 39(3): 116-27.
33. D'Amour D, Tremblay D, Proulx M. Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches Sociographiques* 2009; 50(2): 301-20.
34. Chaire Politiques, Connaissances, Santé. *Les IPS au Canada!*. 2017. Disponible sur [www.pocosa.ca/2017/05/23/les-ips-au-canada/](http://www.pocosa.ca/2017/05/23/les-ips-au-canada/). Consulté le 26 mai 2017.
35. Radio-Canada. *Résistance médicale*. 2010. Disponible sur [www.ici.radio-canada.ca](http://www.ici.radio-canada.ca). Consulté le 19 mai 2017.
36. Ministère de la santé et des services sociaux. *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. 2016. Disponible sur [www.publications.msss.gouv.qc.ca](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca). Consulté le 19 mai 2017.

37. Khadir S, Ouellet E, Tremblay É (Médecins québécois pour le régime public). Les GMF au Québec: étude de cas d'une médecine entrepreneuriale. 2017. Disponible sur [www.mqrp.qc.ca/publications/2017/06/rapport-annuel-2017/](http://www.mqrp.qc.ca/publications/2017/06/rapport-annuel-2017/). Consulté le 24 octobre 2017.
38. Breton M, Lévesque J, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques Organisationnelles de Soins* 2011; 42(2): 101-9.
39. Régie de l'assurance maladie du Québec. Partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée. Disponible sur [www.ici.radio-canada.ca](http://www.ici.radio-canada.ca). Consulté le 24 mai 2017.
40. Assemblée nationale du Québec. Projet de loi no 20: Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. 2015. Disponible sur [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca). Consulté le 19 mai 2017.
41. Da Silva RB, Sicotte C, Pineault R, Lauzon A-J, Blais R, Hébert R, et al (Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal). Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. 2015. Disponible sur [www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/29981.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29981.pdf). Consulté le 26 mai 2017.
42. Contandriopoulos D, Brousselle A, Duhoux A, Breton M, Perroux M, Champagne G. Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20. Mémoire sur la première partie du projet de loi no 20: Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. 2015. Disponible sur [www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/publications.asp?no=29617](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/publications.asp?no=29617). Consulté le 26 mai 2017.

43.D'Amour D, Goudreau J, Hudon E, Beaulieu M-D, Lamothe L, Jogin G, et al. Groupes de médecine de famille. L'essor des soins infirmiers en GMF. Perspective Infirmière septembre-octobre 2008. 4-11.

44.Durand, S, Allard M, Ménard C (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec). Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée. 2006. Disponible sur

[www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-sur-les-modalites-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticien](http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-sur-les-modalites-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticien). Consulté le 19 mai 2017

45.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. 2015. Disponible sur

[www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique\\_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf).

Consulté le 19 mai 2017.

46.Awofeso N. What is the difference between 'primary care' and 'primary healthcare' ? Quality in Primary Care 2004; 12: 93-4.

47.St-Pierre M, Legault-Mercier S, Grégoire L, Côté L. La responsabilité populationnelle chez les médecins de cabinet privé en lien avec les CSSS: enjeux et impacts sur la première ligne. Revue Canadienne de Santé Publique 2010; 102(6): 437-40.

48.Ministère de la santé et des services sociaux. Données sur l'accès aux services de première ligne. Accès aux services médicaux de première ligne. 2017. Disponible sur

[www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/). Consulté le 19 mai 2017.

49.Chassin Y, Moreau A (Institut économique de Montréal). Clinique de superinfirmières: une solution flexible pour un meilleur accès aux soins de santé. 2016. Disponible sur [www.iedm.org/files/note0516\\_fr.pdf](http://www.iedm.org/files/note0516_fr.pdf). Consulté le 19 mai 2017.

50.Sousa Santos B. A Non-Occidental West?: Learned Ignorance and Ecology of

Knowledge. Theory, Culture & Society 2009; 26(7-8): 103-25.

51.Laurent M. Demain. Move Movie, France 2 Cinéma, Mars Film, Mély Productions. 2016. Disponible sur [www.youtube.com/watch?v=i0hS1yMc71o](http://www.youtube.com/watch?v=i0hS1yMc71o). Consulté le 25 mai 2017.

52.Chulach T, Gagnon M. Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. Nursing Inquiry 2016 ;23(1): 52-63.

53.Porter I. La clinique SABSA «sauvée». Le Devoir. 2016. Disponible sur [www.ledevoir.com/societe/sante/474552/la-clinique-sabsa-sauvee](http://www.ledevoir.com/societe/sante/474552/la-clinique-sabsa-sauvee). Consulté le 15 octobre 2017.

54.Daoust-Boisvert A. La clinique SABSA devient partenaire de Québec. Le Devoir. 2016. Disponible sur [www.ledevoir.com/societe/sante/480415/](http://www.ledevoir.com/societe/sante/480415/). Consulté le 19 mai 2017.

55.Langlois L, Tanguay D, Fillion L, Robitaille M-A. La sensibilité éthique: une fenêtre pour combattre les inégalités de pouvoir entre les groupes. Recherches Féministes 2015; 28(1):115-33.

56.D'Amour D, Tremblay D, Bernier L. Les pratiques professionnelles de réseaux: l'intégration au-delà des structures. Dans: Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation. Montréal : Gaetan Morin, 2007; 273-87.

57.Association des infirmières et infirmiers du Canada. Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé. 2003. Disponible sur [www.cna-aiic.ca/~media/CNA/Page-Content/PDF-FR/Ethics\\_Pract\\_Ethical\\_Distress\\_Oct\\_2003\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/CNA/Page-Content/PDF-FR/Ethics_Pract_Ethical_Distress_Oct_2003_f.pdf). Consulté le 28 juillet 2015.

58.hooks B. Feminist Theory: From Margin to Center. 2<sup>nd</sup> Edition. Cambridge: South End Press, 2000.

59.Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé. 2017. Disponible sur

[www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288).

Consulté le 22 mai 2017.

60.Hébert G (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques). Les médecins au pied du mur. 2016. Disponible sur [www.iris-recherche.qc.ca/blogue/les-medecins-au-pied-du-mur](http://www.iris-recherche.qc.ca/blogue/les-medecins-au-pied-du-mur). Consulté le 25 mai 2017.

## **CHAPITRE 4**

### **MÉTHODE**

Le quatrième chapitre expose les méthodes utilisées pour répondre aux questions de recherche. Le choix du devis, sa justification et le déroulement de l'étude sont expliqués. Ensuite, le volet historique est présenté en précisant les sources primaires, la méthode d'échantillonnage et d'analyse, et la portion d'histoire orale. Le deuxième volet, portant sur l'ethnographie collaborative, est exposé à travers le choix du terrain, les méthodes de collecte et d'analyse puis les considérations éthiques. Enfin, les critères de scientificité sont explicités.

Je précise que certaines données collectées au cours de la recherche doctorale ne sont pas rapportées dans la thèse. À l'été 2018, une recherche en histoire orale a été réalisée. L'objectif était de retracer l'évolution du modèle infirmier au centre de santé qui a servi de terrain pour la recherche ethnographique. Pour cette portion, des entrevues ont été menées auprès de treize ex-acteurs du quartier, dont onze infirmières. Le corpus de connaissances généré par cette portion ne permettait pas de répondre adéquatement à l'objectif de tracer l'évolution du modèle infirmier communautaire depuis les années 1970. Afin d'obtenir une saturation des données, il fallait croiser les données issues des entrevues avec d'autres types de données. Par ailleurs, il n'était pas possible de publier les données issues de l'histoire orale en maintenant l'anonymat du milieu donné. Pour des

raisons de faisabilité et d'éthique, il a été choisi de ne pas présenter les données de l'histoire orale dans cette thèse<sup>1</sup>.

#### **4.1 Devis de recherche**

Pour répondre au but et aux questions de recherche, une approche originale a été conçue en deux volets. Tout d'abord, une étude historique a été réalisée afin d'investiguer l'héritage de savoirs propres aux infirmières francophones. En plus de générer un corpus de connaissances en matière d'émergence de la santé communautaire au Canada français, ce premier volet a servi à concevoir une grille d'observation pour la collecte de données ethnographiques, lors du deuxième volet de l'étude. Le recours à l'histoire et à l'observation a été choisi en tant que stratégie de recherche en cohérence avec l'approche épistémologique de Santos (2014), visant à contrer la reproduction de l'ignorance.

J'ai émis le postulat que les formes de savoirs existentiels et expérientiels deviennent visibles grâce à l'utilisation de méthodes de recherche révélant ce que les systèmes dominants ne mettent pas en valeur. Dans cette perspective, les sections suivantes décrivent les bénéfices engendrés par la recherche historique pour la construction de savoirs infirmiers de même que les méthodes utilisées, les contributions de l'ethnographie collaborative et le processus employé.

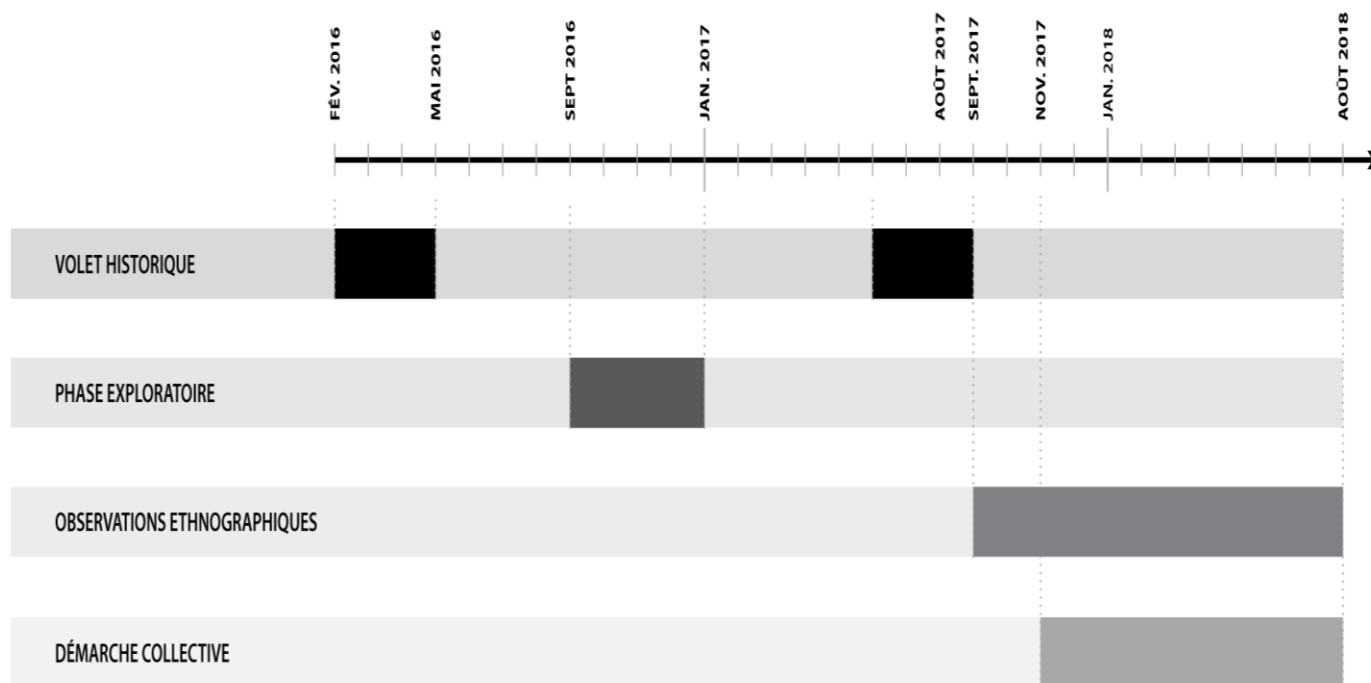
---

<sup>1</sup> Un rapport contenant les résultats de cette recherche a cependant été remis au centre.

### 4.1.1 Déroulement de l'étude

La recherche a débuté en mars 2016, avec la production d'un travail pour un séminaire en histoire. Dans ce travail, j'ai dépouillé des sources primaires afin de remonter aux origines de la santé communautaire au Canada français. L'ethnographie a commencé en septembre 2016 par une phase exploratoire qui s'est déroulée sur le terrain jusqu'à décembre 2016. Par la suite, les méthodes pour la recherche ethnographique ont été précisées. La collecte et l'analyse des données de l'ethnographie collaborative (observations et démarche collective) ont été réalisées de septembre 2017 à juillet 2018. Une portion en histoire orale a eu lieu au cours de l'été 2018 (voir Figure 1).

*Figure 1. Volets de la recherche et temporalisation* <sup>2</sup>



<sup>2</sup> Crédit graphisme : Luc Dobigeon.

## 4.2 Volet 1 : l'histoire culturelle

Le volet historique de cette recherche s'inscrit en histoire culturelle. Arcangeli (2013) place l'origine de l'histoire culturelle dans l'après-Première Guerre mondiale, alors que l'Allemagne connaît l'affrontement entre deux cultures : la « kultur » germanique, ancrée dans une longue et riche tradition musicale et littéraire de même que dans des principes moraux et philosophiques rigoureux; laquelle rencontre la « zivilization » anglo-française, perçue comme utilitariste et superficielle. Cette confrontation révèle des contextes nationalistes et sociaux très différents. Geertz, qui avait conduit des recherches ethnographiques à Bali au cours des années 1960, définit ensuite la culture à l'aide de plusieurs caractéristiques. Arcangeli, à travers les propos de Lucien Febvre, s'appuie sur ces pans d'histoire pour construire sa propre définition de la culture, soit les « caractéristiques qui peuvent être observées dans la vie collective d'un groupe humain, comprenant leur vie matérielle, intellectuelle, morale et politique, bref leur vie sociale » (Arcangeli, 2013, p. 5, traduction libre). C'est à partir de cette définition que s'inscrit mon choix de méthodologie de recherche historique.

En ce sens, on peut affirmer que l'histoire culturelle se distingue de l'histoire sociale en ce qu'elle tient compte des courants ethnographiques et anthropologiques. Ainsi, elle présente l'histoire à partir du point de vue des personnes étudiées : les significations qu'elles accordent à leurs actions et la description des contextes les influençant (Arcangeli, 2013). En raison de cette perspective « par en bas », l'histoire culturelle constitue une méthode propice pour ma recherche, puisqu'elle s'accorde avec les épistémologies du Sud et l'autre volet de ma recherche, proposant une ethnographie.

Ce travail historique ne consiste pas seulement à décrire le rôle social des infirmières et des hygiénistes, mais également à fournir des explications sur l'émergence du rôle social spécifique promu chez les infirmières franco-catholiques du Canada à partir de la crise économique de 1929. Cette incursion dans l'histoire des infirmières a semblé incontournable afin de rendre visibles certaines pratiques infirmières actuelles. En effet, l'histoire s'est avérée utile en sciences infirmières notamment dans le champ de la recherche avec des peuples autochtones, pour comprendre les événements sociaux et politiques qui ont influencé et influencent toujours la santé de ces derniers (Smye, Browne, Varcoe & Josewski, 2011; Varcoe, Brown, Calam, Harvey & Tallio, 2013). L'histoire contribue ainsi à la décolonisation des savoirs. À partir des écrits de Gandhi, des professeures en sciences infirmières de l'Université de Colombie-Britannique expliquent que les différentes théories postcoloniales offrent des visées convergentes sur les points suivants :

la nécessité de revisiter, se souvenir, et « interroger » le passé colonial et ses conséquences dans le contexte actuel; la nécessité d'analyser de manière critique les expériences du colonialisme et leurs manifestations actuelles; la nécessité de décentrer délibérément la culture dominante afin que les perspectives de ceux qui ont été marginalisés deviennent des points de départ pour la construction du savoir; et la nécessité d'élargir notre compréhension à propos des manières dont les conceptualisations de la race et de la culture sont construites dans des contextes historiques et néocoloniaux particuliers. (Browne, Smye & Varcoe, 2005, p. 20, traduction libre)

Il est possible d'appliquer les théories postcoloniales à la discipline infirmière, laquelle est marquée à l'heure actuelle par des procédés de technocratisation et bureaucratisation des soins (Grenier & Bourque, 2018). Ces procédés ont commencé à être utilisés dans le domaine de la santé au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale,

alors que le développement de la science et des technologies favorise la domination du modèle biomédical (Monnais, 2016). Il importe de faire connaître les savoirs infirmiers développés à l'ombre de la techno-bureaucratization des soins, dans le but d'améliorer l'état de santé des communautés, en particulier, celles vivant en contexte de défavorisation.

Dans le cadre de cette thèse, la recherche historique représente une manière de souligner ce que des infirmières produisent en dehors du système dominant. Plutôt que d'être perçues comme des connaissances périmées, la restitution des productions infirmières dans leur contexte en tant que schème de réponse à des enjeux sociétaux d'une époque donnée remet également en question un principe de linéarité dans l'évolution des savoirs. Les épistémologies du Sud (Santos, 2014) proposent à cet effet de déconstruire les concepts d'« avant-gardisme » et d'« arrière-gardisme » afin d'embrasser une perspective de valorisation de la diversité de savoirs pertinents pour répondre à des besoins urgents.

#### **4.2.1 Sources primaires**

La collecte des données a eu lieu à partir de sources primaires. Je me suis intéressée au *Bulletin des gardes-malades catholiques*, qui a changé de nom en 1944 pour adopter celui de *Bulletin des infirmières catholiques du Canada*, puisque j'avais remarqué qu'il était très rarement cité par les historiennes du *nursing*. Par conséquent, les connaissances à propos de l'influence du catholicisme, pourtant indissociable du quotidien des Canadiens français, étaient limitées. La recherche a débuté avec la question : quel était le rôle des infirmières et hygiénistes canadiennes-françaises durant la

période précédant la Révolution tranquille, dans l'amélioration des conditions de vie des personnes et communautés? Cette question permet de répondre à la première question de la thèse, soit celle des conceptions des infirmières francophones canadiennes au sujet de l'action politique en santé communautaire.

Suivant Cantor & Schneider (1967) et Turcotte (1996), il convient de procéder à partir d'hypothèses préliminaires et de confronter le contenu des sources à ces hypothèses. Ils suggèrent d'analyser les données en examinant l'entièreté des textes pour dégager les tendances. La comparaison des tendances avec l'hypothèse permet de confirmer, infirmer ou nuancer les hypothèses préliminaires. L'hypothèse de départ ayant servi de guide pour la recherche historique est qu'il existe probablement des liens entre les mouvements sociaux catholiques de cette époque et le développement d'un modèle *nursing* chez les infirmières canadiennes-françaises.

#### **4.2.2 Méthode d'échantillonnage et d'analyse des données**

Un travail a d'abord été réalisé dans le cadre d'un séminaire de recherche tenu à l'hiver 2016. Il a pris la forme d'une lecture attentive des numéros parus entre 1940 et 1945, à la recherche d'articles et d'indices permettant de confirmer ou confronter l'hypothèse préliminaire. La lecture approfondie a également permis dans un premier temps de comprendre le contexte du *Bulletin* : ses fondateurs, sa ligne éditoriale, les types de discours qui y ont cours, les liens entre les auteurs des textes, les valeurs véhiculées, etc. La pertinence de cet exercice tient à l'aide qu'il apporte pour plonger dans la réalité de ce que signifiait être une infirmière à cette époque et pour mieux comprendre le vocabulaire utilisé en ce temps. J'ai ainsi employé une procédure décrite par Bourdieu

comme suit : « l'exercice de la méthode implique que l'objet a d'abord été conquis, ensuite construit et enfin constaté. » (Turcotte, 1996, p. 97). Conformément à cet esprit, j'ai tenté d'éviter de comparer les données provenant du passé avec la réalité contemporaine (Benjamin, 1998; Cantor & Schneider, 1967).

J'ai ensuite poursuivi les lectures jusqu'en 1958, en procédant à la sélection aléatoire de dix numéros entre 1946 et 1958. J'ai comparé le contenu de la revue aux résultats antérieurs pour les nuancer ou ajouter une dimension d'évolution chronologique et événementielle. Puis, j'ai repris la recherche à l'été 2017 en investiguant tous les numéros du *Bulletin* depuis sa fondation en 1934 jusqu'à 1959, inclusivement, moment où le clergé commence à perdre son autorité dans la gestion des services de santé au profit de l'État. La fin des années 1950 représente aussi un moment crucial pour l'*Association des gardes-malades catholiques licenciées*, qui gérait le *Bulletin*; l'association se déconfessionnalise et se tourne vers le syndicalisme et la défense des droits des infirmières (Germain, 1985).

Dans les numéros de cette revue, j'ai échantillonné les articles portant sur le travail des infirmières en dehors des écoles et des hôpitaux, en excluant ce qui avait trait aux questions d'examen universitaire ou aux prières répétitives. Les questions de recherche se sont précisées à mesure que je comprenais davantage l'influence du catholicisme, autant traditionnel que personnaliste, sur le rôle des infirmières. Techniquement, des données qualitatives et quantitatives ont été colligées dans un document Word pour décrire le rôle des infirmières et hygiénistes au cours de ces années.

J'ai procédé par analyse chronologique et thématique pour synthétiser les informations et dégager les significations en suivant la méthode de Benjamin (1998).

L'élaboration d'une hiérarchisation des éléments constitutifs et explicatifs du rôle social des infirmières et des hygiénistes a été réalisée, en prenant soin de bien différencier les faits des inférences (Cantor & Schneider, 1967). Les premiers sont les fondations de l'histoire, par exemple les événements ayant eu lieu, tandis que les deuxièmes constituent des jugements sur la relation entre les faits. Les deux sont nécessaires à la construction des connaissances historiques. Pour faciliter les inférences, j'ai créé une ligne du temps à thématiques multiples (ex. : organisation du système de santé canadien et québécois, religion catholique, mouvement hygiéniste).

L'étude des numéros du *Bulletin* a fait naître d'autres questions, plus spécifiques, par exemple : qu'est-ce qui fait en sorte que les infirmières et les hygiénistes ont adopté un rôle social durant cette période? En quoi consistaient leurs conceptions de ce rôle? Comment ce rôle a-t-il influencé la santé des populations, le rôle de l'infirmière et la perception que les gens avaient d'elles? Les résultats de ce premier volet de recherche sont décrits dans l'article présenté au chapitre 5 (voir 5.1).

### **4.3 Volet 2 : l'ethnographie collaborative**

Dans le cas de l'*advocacy* chez les infirmières communautaires, il y a lieu de s'interroger sur la persistance des savoirs développés par les gardes-malades catholiques dans les pratiques infirmières actuelles. Étant donné que la présente recherche se penche sur la contribution – plutôt que l'absence de contribution – des infirmières, les données

observationnelles s'avèrent utiles pour approfondir le sujet des pratiques des infirmières (Beaud & Weber, 2010; Royer, 2016). L'observation directe fait ressortir ce qui ne peut se traduire en mots (l'indicible), « le familier », ce qui semble banal aux praticiens et leurs gestes plus ou moins conscients. En observant les gestes posés par les infirmières, « the role of the researcher is to offer explanations about 'how and why' events, actions and interactions occur » (Jones & Smith, 2017, p. 2).

L'ethnographie est une branche de l'anthropologie qui s'intéresse aux conversations informelles, à la perspective émiqque et aux interactions complexes dans l'espace social, permettant de tracer les écarts entre les lignes de conduite officielles et ce qui est réellement accompli (Lassiter, 2005; Marshall & Rossman, 2011). Elle fournit des explications quant aux manières de faire des infirmières. Selon Beaud et Weber :

Faire du terrain revient à rendre justice à, voire réhabiliter, des pratiques ignorées, mal comprises et méprisées. [...] L'ethnographie, grâce à l'immersion de l'enquêteur dans le milieu enquêté, restitue les visions d'en bas plus variées qu'on ne le croit; elle permet le croisement de divers points de vue sur l'objet, éclaire la complexité des pratiques, en révèle l'épaisseur. (2010, p. 7)

Les perceptions et les significations que les infirmières associent à la réalité de leur travail prennent de l'importance lorsqu'il s'agit d'expliquer les choix des infirmières quant aux pratiques qu'elles privilégient.

Le recours à des entrevues, méthode souvent utilisée en recherche infirmière, contient des limites importantes lorsqu'il s'agit d'étudier l'action politique. L'entrevue permet de capter uniquement ce qui est dicible. Il est possible que de réelles actions ou tentatives d'action des infirmières ne soient pas rapportées en mots. L'observation de

leurs pratiques est davantage susceptible de produire des données relatives aux stratégies des infirmières et aux manières dont les contextes les influencent. Je me suis donc intéressée aux pratiques des infirmières, envisagées comme des « accords pragmatiques qui montrent comment [elles] "s'arrangent" au quotidien avec certaines contraintes institutionnelles ou pressions sociales » (Morrissette, 2011, p. 12). Pour ce faire, il a été résolu de collecter des données d'observation, dont le rôle consiste à rendre compte de la conscience pratique des infirmières (ce qu'elles font) et de la marge de manœuvre dont elles disposent pour leurs actions.

Le type d'ethnographie choisi se trouve dans le cadre d'une épistémologie constructiviste où la connaissance est générée à travers l'interaction entre la chercheuse et les participantes (Chapoulie, 2011; Guba & Lincoln, 1994). Cela se traduit par la co-construction de l'objet de recherche au moyen d'une dialectique entre la chercheuse et la population (ou l'objet) visée par la recherche. Guba et Lincoln (1994) soutiennent que, pour le constructiviste, cette réalité est construite à partir du contexte local, tout en tenant compte des influences sociétales sur ce contexte local.

L'ethnographie collaborative a semblé intéressante en raison de la démarche inductive et démocratique qui la caractérise. En partageant ma lecture de l'objet avec les infirmières participantes, j'ai entamé un dialogue à propos des contextes et de leurs significations pour les pratiques infirmières. La démarche collaborative m'a donné accès à la compréhension des logiques de leurs pratiques (Monfette & Malo, 2018). Les interactions avec les participantes permettent de rapprocher les cultures de l'ethnographe et des personnes étudiées, pour écrire quelque chose à leur propos qui fasse sens pour

elles et leur soit utile (Lassiter, 2005; Remler & Van Ryzin, 2011). Finalement, l'ethnographie collaborative venait réduire l'écart entre la pratique et la théorie, en reconnaissant et en accentuant l'apport des participantes à l'analyse et à la construction des savoirs.

#### **4.3.1 Choix du terrain et insertion**

Dans un premier temps, il s'agissait de m'intégrer à un milieu de soins choisi comme terrain de recherche pour en prendre le pouls. L'utilité de cette étape est de permettre d'ajuster la problématique avec les personnes étudiées plutôt que de leur imposer une démarche pouvant s'avérer inadéquate pour leur contexte local. Le point d'entrée sur un terrain d'enquête représente une étape clé de l'ethnographie; les difficultés à ce stade pouvant compromettre sérieusement la faisabilité de la recherche (Beaud & Weber, 2010). J'ai profité de mon implication bénévole dans un Centre de santé communautaire pour faciliter l'entrée sur le terrain.

D'autres préoccupations de faisabilité se posaient : le début de la recherche coïncidait avec l'adoption récente de la Loi modifiant la gouvernance des établissements de santé (2015). Les CSSS – lesquels incluent les CLSC – étaient en transformation majeure afin d'intégrer les nouveaux CISSS. Ce contexte politique a engendré de l'instabilité au niveau des instances décisionnelles, une réorganisation de celles-ci et une méfiance par rapport à des acteurs externes. Mon implication bénévole s'est avérée un atout pour faciliter les contacts avec les administrateurs et ensuite l'acceptation du projet de recherche.

Le terrain choisi est un établissement de santé – appelé dans cette thèse « Centre de santé communautaire » – situé en milieu urbain. Il est subventionné par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et offre les services de la mission CLSC, soient des services de santé à la population du territoire et le soutien aux actions communautaires. Les infirmières travaillaient dans six programmes différents (services courants, soutien à domicile, adulte et santé mentale, jeunesse, scolaire et enfance-famille) répartis en deux points de service. Leurs activités étaient variées : les soins courants, les visites à domicile, la vaccination et des activités d'éducation à la santé dans le quartier. La langue d'usage au travail était le français.

Le territoire est un ancien quartier ouvrier qui présentait, au moment de la recherche, des inégalités sociales et spatiales en croissance, notamment à la suite de la construction de condominiums inaccessibles à la majorité des résidents. Par conséquent, les infirmières étaient fréquemment exposées à la défavorisation des familles ainsi qu'aux écarts de richesse, ce qui a fait de ce milieu un terrain pertinent pour répondre aux questions de recherche.

#### **4.3.2 Méthodes de collecte**

Afin de capter les gestes politiques des infirmières, plusieurs méthodes ont été déployées en diverses phases : 1-une phase exploratoire; 2-l'observation directe et; 3-une démarche collective. La phase exploratoire a duré de septembre à décembre 2016. Elle avait pour objectif de préciser le protocole de recherche (questions de recherche et méthodes). Dix infirmières ont participé à cette phase exploratoire. Dans un premier temps, la directrice des soins infirmiers m'a invitée à participer à des rencontres de travail

avec d'autres infirmières. J'ai ensuite intégré les réunions d'équipe de divers programmes, puis accompagné quelques infirmières dans leurs pratiques quotidiennes. J'étais également présente dans différents contextes informels, par exemple en prenant l'initiative d'installer des décorations d'Halloween.

Les données observationnelles de la phase exploratoire ont été notées dans un journal de bord séparé en deux sections : à droite, on trouve les données « objectives » issues de l'observation (par exemple l'enquête terrain et les notes descriptives); à gauche, des liens sont tissés avec des concepts théoriques, mes impressions, sentiments, questionnements, réflexions et interprétations (Beaud & Weber, 2010; Martineau, 2005). Cela illustre le va-et-vient constant entre ce qui était observé et ma pensée.

Cette phase a permis certains apprentissages qui ont servi à ajuster le protocole de recherche. J'ai remarqué la non-utilisation du vocabulaire de plaidoyer ou d'*advocacy* dans le discours des infirmières de terrain, même si j'observais des pratiques correspondant au concept d'*advocacy*. Ce constat m'a convaincu d'éviter l'emploi de ce terme dans la présentation de ma recherche, afin de ne pas imposer aux infirmières un concept théorique qui n'avait pas de sens pour elles. J'ai également appris à propos des structures du Centre et de la qualité des relations formelles et informelles, me permettant de créer un lien de confiance avec certaines infirmières et d'ajuster mes méthodes en vue de la démarche collective. Parce que cette phase exploratoire a été riche en production de connaissances, j'ai ajouté ultérieurement les résultats de la phase exploratoire aux autres données ethnographiques. Les approbations nécessaires à l'intégration des données de la phase exploratoire aux données de recherche ont été obtenues en 2018 – auprès du

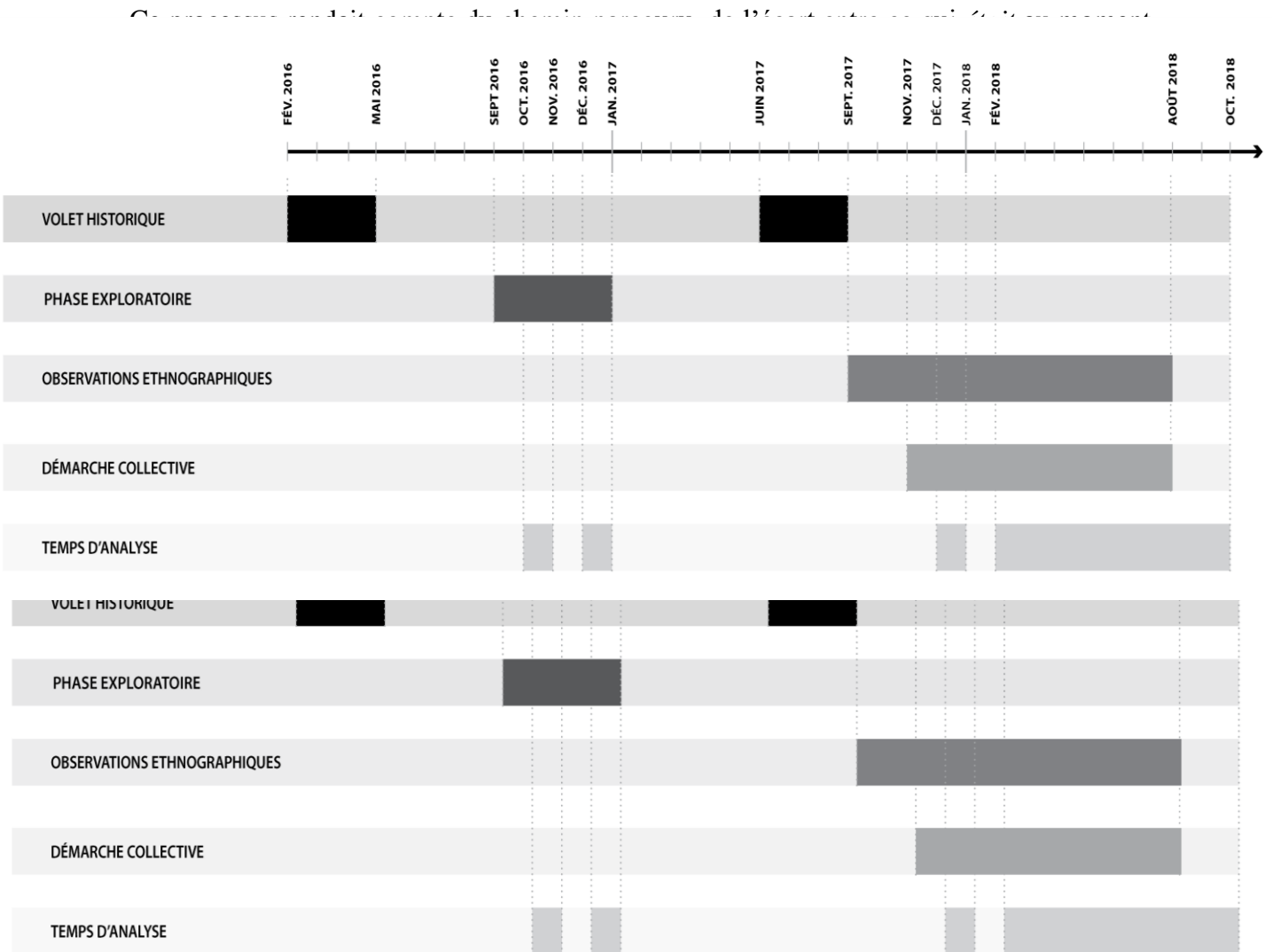
Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa, des administrateurs du Centre de santé et auprès des participantes de la phase exploratoire.

La grille d'observation a été construite après la phase exploratoire et à partir de trois sources de données (voir Annexe 4). Premièrement, le modèle d'*advocacy* en santé publique du CCNDS (2015) a été utilisé, principalement pour guider mes observations vers les cibles des interventions infirmières. Deuxièmement, les données du journal de bord, issues des 177 heures de terrain de la phase exploratoire, ont été analysées avec l'objectif de faire ressortir les pratiques infirmières observées antérieurement et les inclure à la grille d'observation. Troisièmement, ont également été incorporées les conceptions des gardes-malades issues de la recherche historique (1934-1959). Après quoi les diverses pratiques ont été classées selon les typologies de Carper (1978) et White (1995), distinguant les savoirs empiriques, éthiques, sociopolitiques, personnels et esthétiques. La grille d'analyse ainsi formée m'a orienté quotidiennement dans mes observations et questionnements.

La deuxième phase, celle des observations directes, a duré de septembre 2017 à septembre 2018. Seize infirmières ont été accompagnées et observées dans leur travail. J'ai également assisté à diverses activités infirmières, telles que les réunions d'équipe et les services prodigués par les infirmières aux usagers et aux groupes. J'ai parfois participé aux activités et aux échanges entre les infirmières, sans toutefois poser d'actes réservés aux infirmières. Cette posture flexible m'a permis d'accéder à des situations autrement inaccessibles, tout en préservant la crédibilité de l'étude. Le Centre accueillait

régulièrement des stagiaires et étudiants pour observer le travail des professionnels auprès des patients et communautés. Me présenter à titre d'étudiante a facilité l'accompagnement des infirmières dans leur travail.

L'analyse était concomitante à la collecte de données (voir Figure 2). Les relectures ultérieures de ces deux dimensions a permis de confronter mon expérience immédiate de l'interaction et celle, médiata, de la distanciation (Beaud & Weber, 2010).



<sup>3</sup> Crédit graphisme : Luc Dobigeon.

Onze infirmières réparties en trois groupes ont participé à la troisième et dernière phase qui est celle de la démarche collective. Certaines infirmières ont participé à plus d'une phase de l'ethnographie. Toutes les infirmières n'ont pas disposé des mêmes chances de participer. Dans un programme, il n'a pas été possible de libérer les infirmières. Celles ayant un horaire atypique (ex. : soir ou fin de semaine) et celles qui travaillaient peu souvent au Centre n'ont pas pu participer. Les infirmières étaient encouragées à former elles-mêmes leurs groupes, cela afin de s'assurer qu'elles pourraient s'y exprimer en toute confiance. Le contenu général des rencontres était prévu (voir tableau 1), mais une large place a été octroyée à l'expression libre des infirmières (entretiens de groupe peu directifs). Les rencontres étaient enregistrées sur dictaphone. L'analyse commune a été réalisée au cours de la quatrième séance. La cinquième rencontre a été dédiée à la sélection des résultats à prioriser et aux manières de les diffuser.

**Tableau 1. Contenu des rencontres de la démarche collective**

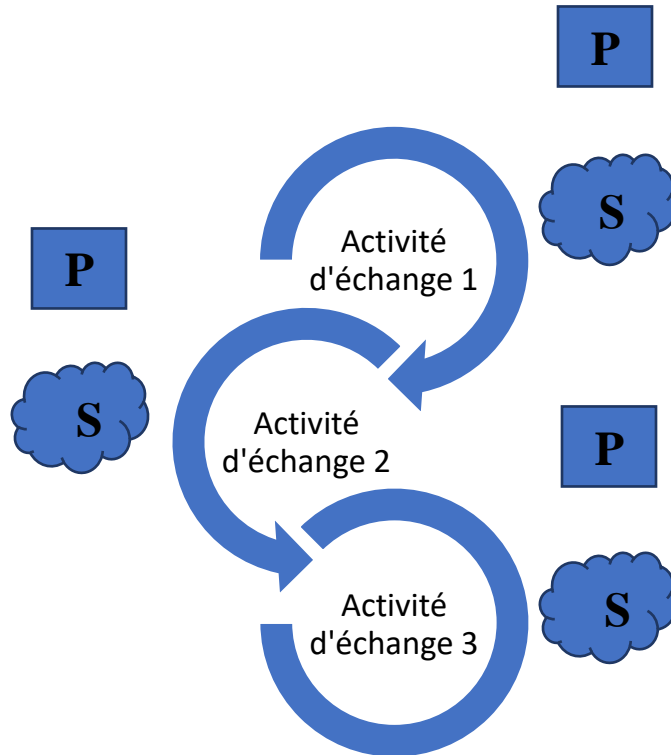
Séances	Sujets abordés	Outils utilisés
1	Établissement des règles de rencontre Pourquoi suis-je devenue infirmière? Pourquoi je travaille au Centre de santé?	Narration
2	Représentations du soin	Sélection d'images Narration Captation photo d'une situation personnelle mimée
3	Histoires dont je suis fière, où j'ai fait la différence	Pots de collecte d'histoires au quotidien Narration
4	Analyse de groupe	Présentation des résultats analysés par la chercheuse Discussion de groupe
5	Choix des priorités Manières de diffuser	Discussion de groupe

Au cours de cette démarche, les infirmières ont participé à la contextualisation de leurs pratiques à partir de leurs perspectives situées. Certains outils issus du théâtre d'intervention et des images symboliques ont facilité les échanges. En septembre 2017, j'avais remis à toutes les infirmières un pot en verre décoré avec l'instruction d'y glisser un petit papier avec quelques mots lorsqu'elles sentaient qu'elles venaient de « faire un bon coup », qu'elles avaient « fait la différence » chez un usager ou une famille. La troisième séance a été dédiée au dépouillement du contenu de leurs pots de verre. Cette méthode de collecte permettait d'étendre la portée des rencontres au moyen d'un objet

qui se trouvait dans leur environnement de travail au quotidien. L'instruction d'y déposer une brève description des moments où elles ont senti qu'elles ont « fait la différence » rendait l'objet de recherche accessible dans le langage familier, tout en assurant que les histoires rapportées restent proches de leurs perspectives situées. Becker (2009) explique comment les paraboles, les idéaux types, les figures, les dessins, les photos, les mises en situation et les expressions typiques peuvent servir d'instrument déclencheur aux discussions.

Cette démarche collective représente un processus cyclique de collecte et d'analyse plutôt que linéaire, où chaque activité est construite sur la précédente (voir figure 3).

**Figure 3. Processus cyclique de collecte et d'analyse de la démarche collective**



**P** = Préparation      **S** = Synthèse  
Ces 2 étapes ont été accomplies par la chercheuse, entre les activités d'échange

Au total, 21 infirmières ont participé à l'observation ou à la démarche collective et 420 heures<sup>4</sup> de terrain ont été réalisées. À titre d'indicatif, 33 infirmières étaient employées au Centre au cours de la période de recherche 2017-2018<sup>5</sup>. Les raisons suivantes expliquent la non-participation de certaines infirmières : arrivée récente au Centre de santé, difficulté à obtenir une libération pour participer à la démarche collective, manque d'intérêt, condition d'emploi instable, absence (maladie, retraite, autre). Bien que certaines infirmières n'aient participé officiellement à aucun des deux volets de la recherche, je les croisais aux réunions d'équipe ou dans le cadre d'interactions informelles avec d'autres infirmières. Tous les programmes du Centre ont été couverts. Le portrait sociodémographique des participantes est présenté au Tableau 2 et au Graphique 1 :

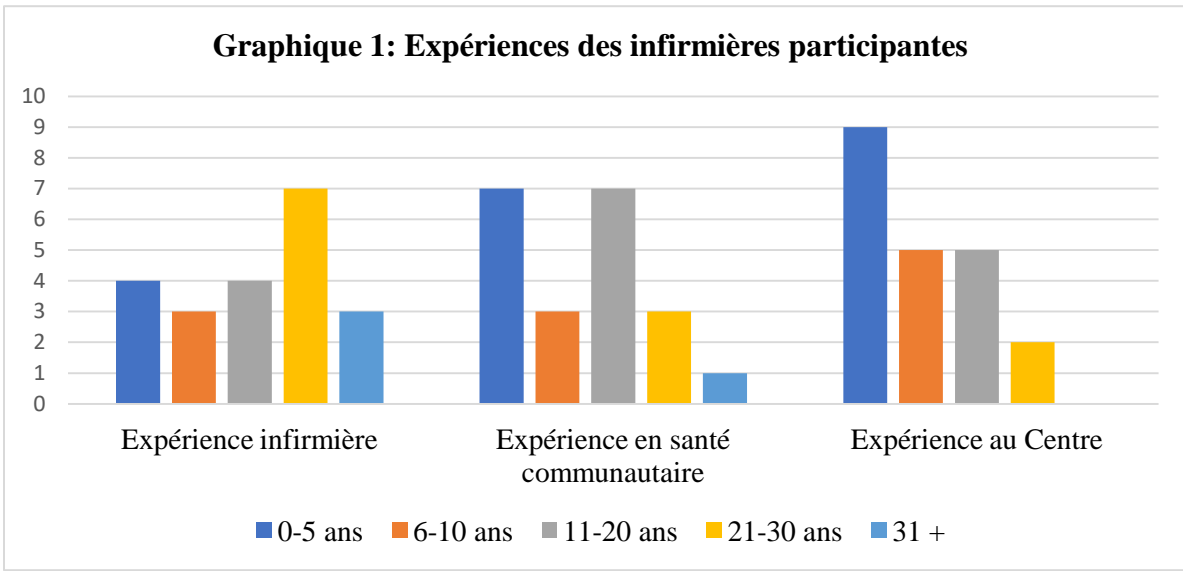
**Tableau 2. Portrait sociodémographique des infirmières participantes (2018)**

<b>Données</b>	<b>Nombre d'infirmières (n=21)</b>	<b>% des infirmières</b>
<b>Âge</b>		
30 ans et -	4	19,0
31-40	4	19,0
41-55	7	33,3
56 ans et +	6	28,6
<b>Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière</b>		
0-5	4	19,0
6-10	3	14,3

<sup>4</sup> Incluant la phase exploratoire de 177 heures.

<sup>5</sup> Ce nombre compte parfois 2 infirmières pour un même poste.

11-20	4	19,0
21-30	7	33,3
31+	3	14,3
<b>Nombre d'années d'expérience en santé communautaire</b>		
0-5	7	33,3
6-10	3	14,3
11-20	7	33,3
21-30	3	14,3
31+	1	4,8
<b>Nombre d'années au Centre</b>		
0-5	9	42,9
6-10	5	23,8
11-20	5	23,8
21-30	2	9,5
<b>Situation d'emploi au Centre</b>		
Poste temps complet	16	76,2
Poste temps partiel	3	14,3
Occasionnel (liste de rappel)	2	9,5
<b>Formation de base en soins infirmiers</b>		
DEC	17	81,0
Baccalauréat générique	4	19,0
<b>Plus haut niveau de scolarité complété</b>		
DEC	8	38,1
Certificat 1 <sup>er</sup> cycle	5	23,8
Bacc	7	33,3
DESS ou microprogramme	1	4,8



### 4.3.3 Analyse des données

Pour le volet collaboratif, les infirmières du Centre ont été considérées comme participantes à la collecte et à l’analyse. Les échanges avec les infirmières ont permis d’identifier les éléments de convergence avec mes observations, les interprétations divergentes, et aussi de mieux expliquer certaines pratiques à partir de la perspective des infirmières. Je facilitais le processus en documentant les objets de recherche, en les synthétisant et en organisant les activités de partage et de discussion de manière dialectique.

Une fois les trois premières rencontres complétées, j’en ai transcrit le contenu pour fins d’analyse. Les questions qui ont servi de guide pour l’analyse étaient les suivantes : quelles sont les pratiques qui améliorent les conditions de vie des personnes et communautés? Pourquoi les infirmières ont-elles choisi de partager ces histoires? Qu’ont en commun ces histoires? Quelles histoires convergent avec mes données d’observation?

Chaque groupe a fait l'objet d'une analyse séparée, suivant la méthode d'analyse inductive d'Elo et Kyngas (2008) et en se servant de la grille d'observation pour informer une analyse déductive.

J'ai ensuite partagé mon analyse avec chacun des groupes respectifs, sous la forme d'une présentation orale (PowerPoint) lors de la quatrième rencontre, laquelle a servi de base de discussion. Les questions abordées lors de la quatrième séance étaient les suivantes : qu'est-ce que ces résultats signifient pour elles? Quels éléments font l'objet de consensus? Quels éléments sont source de divergence? Ce moment s'est révélé crucial pour déceler les « manières de faire partagées » (Martineau, 2005). Cette rencontre faisait aussi office de validation intersubjective à travers la confrontation des interprétations des infirmières entre elles, et de validation écologique par la confrontation de mon interprétation avec les leurs (Martineau, 2005). Cela a permis de générer de nouvelles connaissances. La co-analyse a fait ressortir (1) la difficulté de séparer la part médicale et la part sociale des soins, (2) la valeur du travail à long terme pour permettre l'atteinte de résultats de santé auprès de groupes vivant dans des contextes de défavorisation et (3) l'imprévisibilité des processus de soin dans ces contextes.

Aux deux derniers moments d'analyse, les thèmes émergeant des trois groupes ont été comparés avec les données ethnographiques afin de conserver ceux qui se répétaient en plusieurs lieux ou qui correspondaient aux priorités des participantes.

#### **4.3.4 Considérations éthiques**

Le volet ethnographique du projet a fait l'objet d'une approbation éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa (no de dossier : H05-17-12, voir Annexe 5) et d'une approbation des administrateurs du Centre de santé (voir Annexe 6). Une entente de principe a été conclue concernant la propriété, le contrôle, l'accès et la possession des données de recherche, la paternité des écrits, et le partage des risques et bénéfices. Des demandes de modifications ont été soumises en cours de recherche à ces deux instances pour intégrer les résultats de la phase exploratoire aux données de recherche et inclure la perspective des bénéficiaires d'un programme particulier. Un formulaire de consentement a été signé par les infirmières participantes au début de la recherche ethnographique.

Le devis d'ethnographie collaborative rend difficile la conservation de l'anonymat et de la confidentialité (Lassiter, 2005). Puisque l'unité d'analyse est un terrain unique, les participantes sont facilement identifiables. Dans ce contexte, certaines infirmières ont choisi de divulguer publiquement leur identité rattachée aux histoires sur leurs pratiques, tandis que d'autres ont préféré demeurer anonymes. Au cours de ma recherche, j'ai été confrontée à des enjeux de pouvoirs entre divers acteurs du milieu. Consciente que certaines discussions ayant pour objet les instances décisionnelles ou subventionnaires du Centre pouvaient mettre en péril son avenir si elles venaient à être divulguées publiquement, j'ai choisi de préserver dans les résultats la perspectiveémique des participantes ainsi que des relations de collaboration avec le milieu. C'est pourquoi, en l'absence de consentement clair de la part des administrateurs du Centre quant à la divulgation publique du lieu de recherche, j'ai décidé de maintenir l'anonymat du terrain et des participantes.

#### 4.4 Critères de scientificité

Plusieurs mesures ont été mises en place afin d'assurer la crédibilité de cette recherche. Pour l'ethnographie, tout d'abord, le choix d'un terrain unique ainsi que l'investissement de 420 heures sur place m'ont permis de tisser un lien de confiance avec les infirmières et de me donner accès aux espaces de travail informels. Ce lien assure une collecte de données allant en profondeur (Remler & Van Ryzin, 2011) et la représentation d'une forte perspective émique (Y. Couturier, 2017; Lassiter, 2005) des pratiques infirmières.

La capacité des méthodes employées à répondre aux besoins des infirmières a constitué à la fois un critère éthique et un critère de rigueur permettant de juger de la validité de la nature collaborative de la recherche ethnographique. La phase exploratoire, l'ajustement des méthodes pour convenir aux besoins des participantes, la co-analyse et le processus de consentement renouvelé à chacune des étapes; tout cela renforce la dimension collaborative, au sens où l'entend Lassiter : « building a collaborative ethnography is an ongoing and negotiated process » (Lassiter, 2005, p. 97).

L'organisation logistique des rencontres a exigé temps et patience puisque les rencontres étaient souvent reportées en raison des activités professionnelles astreignantes des infirmières. Ces moments étaient des occasions de prendre acte des difficultés liées aux conditions de travail, de même que de mettre à l'épreuve le choix de prioriser les besoins des participantes. Faire preuve de patience face à ces contraintes quotidiennes du

travail constitue un indicateur du choix d'adopter la perspective des infirmières qui donnent des soins directs : « the choice to "wait upon" others is a form of researcher reflexivity that can partially redress historical or current power imbalances. » (Palmer, Pocock & Burton, 2018, p. 1).

La réflexivité est un instrument dont je me suis servi autant pour la recherche historique que pour l'ethnographie. Selon Cantor et Schneider (1967), la réflexivité fait partie des critères de rigueur dans la recherche historiographique. Turcotte (1996) parle du va-et-vient entre les données colligées à partir des sources et les savoirs expérimentiels et théoriques de la chercheuse. Il s'agit de se demander comment le contenu des sources primaires entre en relation avec l'état des connaissances, la réalité contemporaine et la subjectivité de la chercheuse.

Le journal de bord m'a été utile pour colliger des notes analytiques permettant de retracer l'étrangeté du départ ainsi que de rendre compte de la familiarité construite et de ma propre subjectivité (Turcotte, 1996). Par exemple, j'ai souvent réfléchi à l'influence de mon expérience personnelle de la religion catholique sur ma lecture des écrits. Ayant assisté à la messe tous les dimanches durant mon enfance, l'ayant même parfois servie, j'ai acquis des connaissances sur le vocabulaire et les codes religieux qui m'ont été utiles pour décoder les diverses conceptions du catholicisme présentées dans les numéros du *Bulletin*. Le fait de ne pas avoir vécu la période des oppositions entre enjeux féministes et Église catholique m'a permis d'adopter une posture d'ouverture eu égard à la possible contribution du catholicisme à l'émergence d'un rôle nouveau chez les infirmières canadiennes-françaises.

À l'aide des mémos réflexifs que j'ai inscrits dans le journal de bord, j'ai analysé l'utilisation des diverses facettes de mon identité (ancienne infirmière communautaire, mère, étudiante au doctorat) pour me rapprocher des participantes (Reyes, 2018). Mes postures multisituées (bénévole, mère, infirmière, étudiante au doctorat) ont été utiles pour mieux saisir la diversité de conceptualisations et pratiques de l'*advocacy* dans ce milieu. Ces divers rôles et identités ont contribué à la richesse et la variété des connaissances infirmières communautaires trouvées (Couturier, 2017).

Pour conclure ce chapitre, j'ai choisi les méthodes historique et ethnographique dans le but de rendre visibles des actions infirmières rarement rapportées dans les écrits en sciences infirmières. Ce bricolage méthodologique, en cohérence avec l'approche épistémologique de Boaventura de Sousa Santos (2014), constitue un positionnement en faveur d'une décolonisation des soins infirmiers.

## CHAPITRE 5

### RÉSULTATS

Ce chapitre de résultats comprend deux articles. Le premier, « *Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959)* », a été publié dans le *Bulletin canadien d'histoire de la médecine* et présente le volet de cette thèse basée sur l'approche historique. Il met en perspective les conceptions véhiculées par les Sœurs de la Charité de Québec quant au travail des gardes-malades catholiques<sup>9</sup> auprès des familles indigentes. Cet article publié dans une revue spécialisée en histoire de la médecine et de la santé s'inscrit dans le courant historiographique remettant en question la Révolution tranquille comme moment d'apparition spontané du progrès<sup>10</sup>. Il s'appuie sur le personnalisme de Mounier et sur les conceptions du soin infirmier pratiqué en dehors des établissements de santé, afin de démontrer l'influence ayant entraîné le passage d'un modèle de charité à celui d'une contestation de l'ordre social<sup>11</sup>.

Un deuxième article intitulé « *Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community Health Nurses* », présente les résultats du volet ethnographique. Précisément, il traite des

---

<sup>9</sup> Dans cet article, les expressions « les gardes-malades » et « les gardes-malades catholiques » font référence aux infirmières membres de l'Association des gardes-malades catholiques licenciées, principal lectorat du Bulletin et de la période étudiés (1934 à 1959).

<sup>10</sup> Le lecteur qui voudrait lire des travaux précurseurs à propos de cette approche historiographique peut consulter les ouvrages de Lucia Ferretti (2000), Martin Meunier et Jean-Philippe Warren (2002), Lucie Piché (2003), Michael Gauvreau (2008), Marie-Claude Thifault (2002), Isabelle Perreault (2012) et Amélie Bourbeau (2015) (liste non-exhaustive).

<sup>11</sup> Il est à noter que le personnalisme partage plusieurs points en commun avec la doctrine sociale de l'Église catholique dont l'origine est placée dans l'Encyclique *Rerum Novarum* de 1891.

pratiques et des contextes contemporains de l'*advocacy* des infirmières en santé communautaire. Cet article fait référence aux infirmières qui prodiguent des soins directs à des personnes et à la communauté d'un quartier desservi par le Centre où a été réalisé la recherche.

### **5.1 L'héritage des Sœurs de la Charité de Québec quant aux conceptions du soin auprès des familles indigentes (article 2)**

Référence de l'article 2 : McCready, G., & Thifault, M.-C. (2020). Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959). *Bulletin Canadien d'histoire de la médecine/Canadian Bulletin of Medical History*, 37(1), 173-194.

Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959)

## Résumé

Plusieurs textes du *Bulletin des gardes-malades catholiques* et du *Bulletin des infirmières catholiques du Canada* se réfèrent à la philosophie personaliste. Dans cet article, nous faisons l'hypothèse que cette philosophie a influencé la conception du sens social promu par l'Église auprès des gardes-malades de 1934 à 1959 et qu'elle a favorisé le passage du modèle charitable à celui d'une contestation de l'ordre social. Nous présentons les *Bulletins* en tant que moteurs de résistance face à une science considérée comme dépourvue de moralité et face à la montée d'une technocratie administrative représentée comme nuisible pour les conditions d'existence de l'humain. Ces sources nous permettent d'interpréter différemment la contribution des gardes-malades à la modernisation des soins dispensés auprès des familles les plus démunies. Nous soutenons que c'est à l'extérieur des institutions et inspirées par le personalisme que les gardes-malades francophones catholiques ont pensé et mis en action les premiers jalons de la santé communautaire au Canada.

## Mots-clés

Gardes-malades, catholicisme, Québec, Canada français, personalisme, professionnalisation, santé communautaire.

Nurses, Catholicism, Quebec, French Canada, Personalism, Professionalization, Community Health.

Au cours de la dernière décennie, historiens, infirmières, sociologues et anthropologues se sont intéressés à la santé publique et à la santé communautaire en tentant de les distinguer l'une de l'autre<sup>1</sup>. La première, orientée par la protection des individus, s'intéresse à de larges portions de la population et occupe une part importante du champ sanitaire depuis les quinze dernières années. La seconde est plutôt concernée par « des connaissances acquises notamment par l'expérience quotidienne, les dynamiques collectives, les luttes sociales et le pouvoir d'agir sur la santé [qui] implique la mobilisation de ces connaissances par des personnes et des groupes auxquels on reconnaît à la fois compétence et légitimité »<sup>2</sup>. Il est toutefois notable que les ouvrages sur la santé communautaire parlent peu des origines de ce champ d'études au Canada français. Ils se contentent de mentionner qu'il est intrinsèquement lié aux événements de la période allant de 1960 à 1980, qui correspond à la création des *Neighbourhood clinics* aux États-Unis, aux mouvements sociaux et populaires d'Amérique latine et de France, à la fondation des CLSC au Québec et au rapport Lalonde<sup>3</sup>. En amont de cette période charnière, nous découvrons plutôt que les gardes-malades<sup>4</sup> canadiennes-françaises, influencées par le personnalisme d'Emmanuel Mounier<sup>5</sup> et par les conséquences de la crise économique de 1929, ont développé une conception et des manières de faire propres à la santé communautaire, et ce, bien avant son institutionnalisation par l'État au cours des années 1970.

Notre incursion dans le *Bulletin des gardes-malades catholiques* (BGMC) et le *Bulletin des infirmières catholiques du Canada* (BICC) nous a amené à cerner une convergence entre les mouvements d'action catholique populaires au cours des années

1930 à 1970<sup>6</sup> et la formation religieuse dispensée aux gardes-malades pendant la même période. Si ces mouvements catholiques ont permis à nombre de femmes laïques de développer leurs compétences en matière d'action sociale, nous faisons l'hypothèse qu'il a pu en être de même pour les gardes-malades qui s'identifiaient comme catholiques.

La publication de l'Encyclique *Quadragesimo Anno* (1931), en insistant sur l'implication des personnes dans des regroupements décentralisés en vue de modifier les conditions sociales et politiques qui entravaient la liberté et la dignité humaines<sup>7</sup>, apportait de l'eau au moulin de la philosophie personaliste qui se développait alors en France et en Belgique. La philosophie personaliste dénonçait l'anomie sociale et plaçait la liberté de la personne au centre de ses préoccupations. Les personalistes prenaient également soin de situer cette liberté dans ses contextes historiques afin de mieux comprendre l'impact sur le conditionnement des personnes. Dans son traité *Le Personalisme*, Mounier écrivait : « Nous avons à assurer les conditions *communes* de la liberté, biologiques, économiques, sociales, politiques, qui permettent à des forces moyennes de participer aux plus hauts appels de l'humanité ; à nous soucier *des* libertés autant que de *la* liberté. »<sup>8</sup> Ces propos avaient des échos dans le contexte de la crise économique de 1929, qui avait entraîné une désillusion face à la capacité des institutions à éviter les précipices (économiques, politiques...) qui menaçaient alors l'Occident. Pour les personalistes tout comme pour d'autres catholiques qui constataient alors la montée des populismes, le catholicisme devait se manifester et se renouveler en dehors du presbytère grâce à l'engagement social et politique des laïcs.

Parmi les caractéristiques du personnalisme<sup>9</sup>, notons d'abord le *réalisme*, qui se manifeste par l'importance d'aller à la rencontre des personnes à partir de leur propre situation afin de cerner leurs besoins et leurs maux et de trouver des solutions pratiques. Mentionnons ensuite le *rejet du déterminisme*, puisque la personne est un sujet libre et capable d'expérimenter la vie, ce qui implique une disponibilité et une capacité d'adaptation aux événements. Enfin, soulignons l'*engagement* de la personne dans la sphère sociale, qui lui permet de contribuer à sa communauté et de s'épanouir sur le plan spirituel. Le dynamisme de cette philosophie provient de la constatation du décalage entre l'idéal humain et la réalité, qui incite à effectuer des actions concourant à l'amélioration de l'humanité.

Les sociologues Jean-Philippe Warren et Martin Meunier<sup>10</sup> soutiennent que le personnalisme, importé au Québec par les élites laïques, a joué un rôle important dans la déconfectionnalisation des institutions canadiennes-françaises. Nous nous situons dans ce courant qui remet en question l'idée selon laquelle la Révolution tranquille aurait correspondu au déblocage et au « progrès » après une longue période de stagnation. D'autres chercheurs ont exploré cette thèse en soulignant l'importance des avancées effectuées avant 1960 en matière de santé, en médecine ou en assistance, ainsi que dans les domaines de l'hygiène publique<sup>11</sup> et des soins psychiatriques<sup>12</sup>. Pour prendre quelques exemples au sein d'une vaste bibliographie, Micheline Lachance et Véronique Strimelle se sont intéressées au travail des religieuses au XIX<sup>e</sup> siècle auprès des femmes exclues de la société, qui n'avaient pas d'autres recours<sup>13</sup>. Pour sa part, la contribution des congrégations religieuses catholiques dans la gestion d'imposantes institutions hospitalières réputées internationalement est désormais reconnue<sup>14</sup>, de même que celle

des infirmières qui se sont aventurées en territoire inconnu en offrant des soins quasi médicaux aux colons qui vivaient dans des conditions difficiles<sup>15</sup>. Poursuivant dans cette voie, nous avons cherché, en étudiant les gardes-malades catholiques, à remonter aux origines de la santé communautaire.

Au Canada français, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, les gardes-malades étaient formées dans les hôpitaux par les religieuses hospitalières. Jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, la majorité travaillait surtout, au terme de leur formation, en service privé, notamment comme infirmière visiteuse au sein même des familles ou pour une compagnie d'assurance<sup>16</sup>. Certaines sont plutôt devenues, à partir de la fin des années 1920, des infirmières de colonie<sup>17</sup>. Ces milieux de pratique où elles étaient largement livrées à elles-mêmes ne leur étaient en fait pas complètement étrangers. En effet, les gardes-malades franco-catholiques étaient plus nombreuses que leurs consœurs anglo-protestantes à être issues de milieux ruraux et / ou relativement pauvres<sup>18</sup>. Elles pouvaient compter sur leur expérience personnelle et leur capacité à adapter les pratiques de soins apprises en milieu hospitalier à des milieux défavorisés. Cette approche n'est pas sans nous rappeler celle des jeunes ouvrières catholiques, qui prônait, dans un esprit de renouveau du catholicisme, l'action sociale et spirituelle des jeunes issus des classes populaires dans les milieux ouvriers au cours des années 1930 à 1970. Le jocisme « présuppos[ait] que seuls les agents du milieu peuvent y avoir une influence parce qu'ils sont encore ceux qui le connaissent le mieux »<sup>19</sup>. Ce principe était d'ailleurs repris par les directeurs des unités sanitaires, qui privilégiaient les candidates locales, plus à même de comprendre le milieu et d'y exercer une influence positive<sup>20</sup>. En acquérant cette « sensibilité à la misère », les gardes-malades catholiques prenaient acte des impacts de la

pauvreté et contribuaient, à leur façon, au développement de la médecine préventive<sup>21</sup>.

L'attention des gardes-malades aux dimensions sociales de la maladie reflétait la philosophie personaliste, selon laquelle l'humain devait agir afin de préserver les conditions permettant sa liberté et sa capacité à agir pleinement dans le monde<sup>22</sup>.

L'insertion dans les milieux pauvres conduisait les gardes-malades catholiques à adopter la perspective des familles indigentes. Cette expérience était nécessaire à la transformation sociale puisque c'est au niveau de la vie réelle, avec « ses misères, ses luttes et ses espérances [...] que l'on peut prendre le pouls de l'histoire »<sup>23</sup>. Nous avons creusé cette perspective en cherchant à comprendre l'influence du catholicisme sur les gardes-malades lors de la dispensation de leurs soins, en dehors des murs des institutions, auprès des familles démunies socialement et économiquement. Aussi, nous nous sommes intéressées à leur marge de manœuvre lorsqu'elles constataient les répercussions de la pauvreté sur la santé. Pour ce faire, cet article retrace le rôle social des gardes-malades canadiennes-françaises tel que conçu par les autorités de *l'Association des gardes-malades catholiques licenciées (AGMCL) de la Province de Québec*, pour la période précédant la Révolution tranquille (1934-1959). Nous soutenons que certaines autorités, influencées par le personalisme, ont vu chez les gardes-malades des protagonistes capables d'améliorer les conditions de vie des Canadiens français et de contribuer à l'émergence de pratiques professionnelles de soin communautaire. Premièrement, nous présentons brièvement l'AGMCL. Deuxièmement, nous expliquons comment son organe de diffusion témoigne de la transition d'un modèle de charité à celui d'une contestation de l'ordre social. Également, nous montrons comment l'AGMCL, notamment grâce à ses liens avec d'autres structures fédératives, a pu soutenir les revendications de ses

membres. Troisièmement, nous abordons l'enjeu des résistances des gardes-malades catholiques à la montée de la techno-bureaucratization du soin après la Seconde Guerre mondiale.

### **L'association des gardes-malades catholiques licenciées (AGMCL) de la Province de Québec**

Fondée dans la ville de Québec en 1928 par les Sœurs de la Charité, l'AGMCL était une corporation affiliée à l'Université Laval<sup>24</sup>. Le conseil exécutif était surtout composé de gardes-malades laïques. Véritable véhicule du corporatisme chrétien<sup>25</sup>, l'Association visait à répondre aux besoins professionnels et matériels des gardes-malades tout en les mettant en contact les unes avec les autres. Grâce à cet effort de « collectivisme », les autorités religieuses de l'AGMCL cherchaient à protéger l'esprit chrétien chez les gardes-malades.

En 1934, les Sœurs de la Charité ont créé le *Bulletin des gardes-malades catholiques* (1934-1943) afin d'offrir aux membres de l'AGMCL un organe de diffusion. Sœur Marie-de-la-Passion, assignée à l'édition du *Bulletin*, qui était publié six fois par année, a rempli ce mandat jusqu'à son décès en 1957. Véhiculant les idéologies et les préoccupations d'une élite infirmière imprégnée par le catholicisme, le *Bulletin* comprenait à ses débuts une vingtaine de pages par numéro et était tiré à seulement 400 copies. Il finira cependant par prendre son essor puisque les numéros de 1957, par exemple, auront doublé de volume et seront imprimés à 4600 exemplaires<sup>26</sup>. En 1944 et jusqu'en 1976, le bulletin fut renommé *Bulletin des infirmières catholiques du Canada*. Le changement de nom s'était effectué suite à la fusion de toutes les associations d'infirmières catholiques du pays. Cette alliance était devenue nécessaire en raison de

difficultés financières et du décès de l'aumônier de l'AGMCL. Les auteurs des articles provenaient de différents milieux : autorités cléricales, infirmières laïques et religieuses, aumônier de l'association, médecins, etc. Cette revue a rarement été étudiée par les historiens du *nursing*, qui ont jusqu'ici préféré sa rivale, *La garde-malade canadienne-française* (1928-1976), dirigée par Charlotte Tassé, à la tête du modèle *nursing* canadien-français<sup>27</sup>. Pour mener notre enquête, nous avons consulté tous les numéros de 1934 à 1959 inclusivement, en ciblant les articles portant sur la conception du travail infirmier réalisé en dehors des établissements de santé et en excluant ceux qui s'en éloignaient, par exemple sur le travail hospitalier, les examens universitaires, les prières ou les discours du Pape.

Ce corpus est largement empreint de la conception apostolique et vocationnelle des soins, avec ses valeurs de charité, de dévouement, de mansuétude, d'abnégation et d'obéissance. En y regardant de plus près, nous avons découvert l'émergence d'un discours personnaliste qui remet en question l'idéal de charité et la montée de la technobureaucratization dans le champ socio-sanitaire. Bien que les auteurs ne se réfèrent pas textuellement au personnalisme dans les articles du *Bulletin*, nous avons reconnu ses caractéristiques propres dans les conceptions du soin prônées par plusieurs gardes-malades laïques et par des religieuses responsables de la formation des étudiantes. Les gardes-malades représentaient un groupe de femmes qui contribuait aux efforts du catholicisme, notamment en s'intéressant aux droits et aux devoirs qui balisaient les rapports entre les fortunés et les prolétaires. Elles tentaient ainsi d'atténuer les effets jugés néfastes d'un monde en rapide transformation<sup>28</sup>. Tout comme le prêtre, l'éducateur et le médecin, les gardes-malades connaissaient intimement la spiritualité et la vie des

personnes qu'elles côtoyaient. Elles avaient, elles aussi, la responsabilité de guider et d'élever les mœurs par des actions rapportées dans le *Bulletin* sous l'appellation de « sens social ». À travers leur capacité à « saisir les besoins et aspirations de l'homme concret »<sup>29</sup>, les gardes-malades catholiques devenaient les candidates idéales pour contribuer à concrétiser la philosophie personnaliste.

### **De la charité à la contestation de l'ordre social**

Au lendemain de la crise économique de 1929, les gardes-malades de la ville de Québec ont amorcé une transition quant à leur rôle sur le plan de l'assistance sociale en délaissant l'idéal de la charité (correction des misères sociales à la pièce par des mesures d'assistance immédiates et ponctuelles) au profit d'une approche d'identification des – et d'action sur – les causes structurelles de la pauvreté. À cette époque, plusieurs éléments concourraient favorablement à cette transition. D'abord, une certaine lecture de l'assistance ancrée dans l'idée de la mendicité était reprochée aux autorités cléricales depuis 1850. En effet, au sein de la classe ouvrière canadienne-française du XIX<sup>e</sup> siècle, des sociétés de secours mutuels avaient émergé pour pallier l'aide – considérée comme maternaliste – prodigué par les communautés religieuses et les associations philanthropiques. L'aide offerte par les œuvres de bienfaisance catholiques était souvent appréhendée par les personnes dans le besoin, humiliées par l'intrusion dans leurs foyers d'agentes issues de l'élite bourgeoise<sup>30</sup>. Cette critique de l'aide charitable avait poussé l'Église à remettre en question ses manières d'aborder l'assistance depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. L'Encyclique *Rerum Nevarum* (1891) témoigne de cette réflexion en tentant de corriger la philosophie des Lumières selon laquelle la pauvreté est nécessaire au maintien de

l'ordre social<sup>31</sup>. Cependant, les efforts des clercs n'étaient pas toujours fructueux. Par exemple, bien que les presbytériens d'Écosse aient réussi, à l'aube de la Première Guerre mondiale, à développer un large réseau d'assistance sociale misant entre autres sur les infirmières, ces nouvelles institutions n'ont pu modifier les politiques sociales en matière de logement, d'éducation ou d'emploi<sup>32</sup>. En contexte québécois, la Loi sur l'assistance publique de 1921 permettait aux congrégations d'obtenir des subventions de l'État pour soutenir leurs œuvres. Aucune aide n'était allouée directement aux indigents<sup>33</sup>. Ainsi faite, cette politique sociale contribuait d'une certaine façon à solidifier la position des adeptes de la théorie sociale catholique qui pouvaient ainsi dénoncer le manque d'assistance de l'État – et donc la nécessité des œuvres catholiques – aux indigents non hébergés en institutions<sup>34</sup>. Il n'est donc pas étonnant que les Sœurs de la Charité de Québec, en mettant sur pied l'AGMCL, aient pu voir dans les principes du personnalisme une manière d'offrir des secours tout en évitant, contrairement à une certaine élite philanthropique, de juger les familles dans le besoin.

Les gardes-malades canadiennes travaillaient déjà au sein d'imposantes institutions prodiguant des formations et des soins gérés par les congrégations religieuses. Elles étaient donc bien positionnées pour remettre en question les structures gouvernementales, qui étaient soupçonnées d'entraver la liberté humaine et le déploiement des potentialités des personnes. On peut ici faire un lien entre ce dépassement de la mission charitable et l'apport du personnalisme aux soins infirmiers. Considérant que l'homme était « appelé à être le sujet de sa propre histoire et non pas un simple objet d'aide caritative »<sup>35</sup>, celui-ci devait s'activer et s'aider lui-même afin de bénéficier du soutien d'œuvres sociales. Le *Bulletin* rapporte que les gardes-malades de

l'AGMCL travaillaient à la réinsertion sociale des patients de l'asile psychiatrique<sup>36</sup>, un rôle mis en lumière par Marie-Claude Thifault et Isabelle Perreault<sup>37</sup>. Leur mandat consistait à tracer un portrait de la situation sociale des patients dans leur milieu familial et à évaluer la capacité financière et humaine des familles à s'occuper de leur proche « aliéné ». Pour ce faire, plusieurs avaient complété un cours de spécialisation en sciences sociales et détenaient le titre d'assistante sociale. Plus qu'un « trait d'union » entre le milieu hospitalier ou asilaire et le domicile du malade<sup>38</sup>, ce rôle social s'appliquait également à ceux qui n'avaient jamais quitté le domicile familial. Garde Gaussoit rapporte, dans un numéro du *Bulletin* de 1938, qu'une assistante sociale avait facilité la réinsertion au travail d'un père de famille qui, par la suite, avait contribué à former des apprentis<sup>39</sup>. Une autre assistante lui avait trouvé un logement et cet homme avait pu fièrement déménager lui-même son mobilier dans le nouveau logement. Susciter ce sentiment d'utilité sociale et maintenir la fonction de participation au bien commun faisaient partie des pratiques centrales du soin catholique.

L'AGMCL offrait à ses membres des opportunités de perfectionnement<sup>40</sup>. Entre autres, dès 1938, des cours d'action catholique étaient offerts à coût réduit aux infirmières à l'École des sciences sociales, politiques et économiques de l'Université Laval. Les infirmières du service social de l'AGMCL y recevaient également des formations supplémentaires en hygiène sociale<sup>41</sup>. Ces formations, de même que les cercles d'études et la bibliothèque spécialisée de l'AGMCL, constituaient autant d'occasions pour que les membres adoptent la méthode de l'enquête sociale<sup>42</sup> afin de bien saisir les liens entre les milieux de vie et la santé des personnes. Gregory Baum<sup>43</sup> explique l'originalité de cet enseignement social catholique dont les idées les plus

radicales furent mise en pratique en Amérique latine plusieurs décennies avant qu'elles ne soient reconnues par Vatican II (1962-1965) et à la Conférence de Medellin (1968). L'une de ces idées consistait à tirer le maximum de la participation des personnes afin de favoriser les rapports sociaux, le sens de la communauté et la solidarité sociale. Cette approche contrastait avec la théorie sociale libérale, qui insistait sur la liberté personnelle et sur l'individualisme plutôt que sur les solidarités non contractuelles. Les nombreux appels à la solidarité entre catholiques et les dénonciations de l'individualisme présents dans le *Bulletin* illustrent cet alignement conceptuel. En soignant les corps et en agissant sur la fonction sociale des personnes, les gardes-malades travaillaient à restituer la dignité des personnes laissées-pour-compte, dont les souffrances passaient sous le radar des auteurs de politiques sociales inadéquates. En contribuant à mieux intégrer ces personnes dans la société, les gardes-malades maximisaient leur participation sociale et mettaient de l'avant la nécessité de tenir compte de leur réalité dans les politiques publiques. Ainsi, le corporatisme chrétien représentait pour les gardes-malades catholiques un moyen de favoriser une meilleure participation sociale des personnes indigentes en les incitant à remplir leur devoir citoyen.

Cette réhabilitation soulève cependant une question : les gardes-malades favorisaient-elles la participation sociale des personnes pauvres et marginalisées afin de les adapter à une société au fond inéquitable, ou plutôt pour contester un ordre social perçu comme injuste ? L'examen des tensions présentes dans les écrits du *Bulletin* apporte un éclairage à ce sujet. Au cours des années 1930, des contradictions apparaissent dans le *Bulletin* à propos de « la loi naturelle » (la science) et de « la loi surnaturelle » (la religion). L'insuffisance de la science était souvent rappelée aux infirmières dans les

pages du *Bulletin*, alors que la religion était considérée comme nécessaire pour apporter des soins de qualité : « Dans l'ensemble, le progrès scientifique est un bienfait parce qu'il tend à libérer l'homme de sa prison matérielle et lui permet de s'adonner plus entièrement à la vie de l'esprit. [...] Mais ces moyens puissants que la science met à disposition de l'homme, celui-ci peut s'en servir, non seulement pour son bien, mais aussi pour son plus grand malheur. »<sup>44</sup> Il apparaît que les autorités de l'AGMCL rejetaient la conception déterministe, voire eugéniste (?), de l'humain, notamment en dénonçant la décision de l'Alberta d'autoriser un office médical à stériliser les « sous-doués » et les « anormaux » sans le consentement des parents ou des tuteurs<sup>45</sup>. En fait, pour les personnalistes, il fallait plutôt l'expression des potentialités des personnes plutôt que les limiter. Cette vision du monde entraînait en conflit avec celle des élites clérico-traditionnalistes, qui prônaient une soumission à la hiérarchie sociale.

Ce schisme au sein de la conception catholique du monde a créé de la confusion chez plusieurs gardes-malades qui ont réclamé, dans le *Bulletin* et au sein des cercles d'études mis en place par l'AGMCL, des clarifications quant à leur rôle : devaient-elles se subordonner au médecin même si celui-ci portait atteinte à la dignité humaine ? Ces remises en question incitaient à réfléchir à la condition et au travail des femmes et soulevaient par conséquent d'autres questions : les revendications pour de meilleures conditions de travail n'étaient-elles pas légitimées par le travail fait par les femmes ? Fallait-il favoriser l'éducation des femmes en matière de contraception ? Alors que l'hygiéniste Marguerite Fournier expliquait que le respect de l'ordre divin « Multipliez-vous » n'était possible qu'à condition de préserver l'équilibre intellectuel, moral et physique des hommes et des femmes, un lecteur anonyme condamnait les méthodes de

limitation des naissances, dont les avortements, qu'il associait au néo-malthusianisme et à l'eugénisme<sup>46</sup>. Même si l'équipe de rédaction de la revue tentait d'apporter des réponses à travers la plume des autorités cléricales, les questions répétitives des gardes-malades viennent confirmer des tensions persistantes et, plus largement, reflètent les changements en cours dans les manières de dispenser les soins. Les Sœurs de la Charité de Québec prenaient conscience de l'insuffisance des actes charitables et de l'impératif d'agir sur les causes de la pauvreté. Selon Sœur Sainte-Florida, « L'œuvre charitable donne des soins à l'individu pris isolément ; l'œuvre sociale, en cherchant à tarir la source du mal, rend service à la masse, à la collectivité entière. J'apporte un secours à un ouvrier dont le salaire peu juste est insuffisant : mon acte charitable ne profite qu'à un seul. Le syndicat, par son action, obtient un juste relèvement des salaires : la collectivité entière bénéficie de cette action. »<sup>47</sup> Ainsi, Sœur Sainte-Florida comprenait qu'afin de rendre le monde plus juste, à l'image de la volonté de Dieu, il fallait remonter à la source du « mal » collectif et agir sur les conditions sociales qui déterminaient le sort des familles.

Pour aider ceux qui n'avaient pas accès aux soins, l'AGMCL opérait un service social qui avait été mis sur pied par les Sœurs de l'Espérance, en 1911. Les gardes-malades du service social administraient des médicaments, faisaient des pansements, vaccinaient et donnaient des conseils d'hygiène. Elles procuraient également des fournitures gratuites aux familles canadiennes-françaises touchées par « l'extrême pauvreté », qui avait été accentuée par la crise économique<sup>48</sup>. Le service social favorisait la constitution ou le fonctionnement normal des cadres sociaux nécessaires ou utiles à la personne selon trois visées : « 1- Placer ou replacer les individus et leurs familles dans des conditions normales d'existence à travers l'entraide et l'adaptation ; 2- Pallier aux

troubles et malaises sociaux, aux misères, et aux fléaux et prévenir le retour de ceux-ci en agissant directement sur les causes et ; 3- Aménager au mieux les divers cadres sociaux nécessaires et utiles à l'épanouissement des personnes »<sup>49</sup>. Ce soutien était offert majoritairement à des personnes ou familles pauvres, sous forme de visites à domicile<sup>50</sup>, ce qui permettait d'assister des personnes qui étaient pratiquement abandonnées à leur sort<sup>51</sup>. Il ne visait pas seulement les personnes indigentes, mais également les travailleurs précarisés. Il n'était pas non plus exclusif à certains groupes tels que les mères pauvres et leurs nourrissons (dont s'occupaient les Gouttes de lait), les détenteurs d'assurance (dont s'occupait la Montreal Metropolitan), les malades chroniques et contagieux (dont s'occupait les sanatoriums), les personnes valides (dont s'occupaient les dispensaires), ou ceux qui nécessitaient un séjour prolongé (dont s'occupaient les hôpitaux). Avec ce service, les Sœurs de la Charité de Québec démontraient l'échec des politiques sociales qui excluaient certains groupes – particulièrement ceux dont les droits étaient ignorés par les politiques étatiques officielles – sans répondre à leurs besoins.

L'AGMCL fonctionnait selon un modèle fédératif. En 1944, elle s'était affiliée à l'Association des infirmières catholiques du Canada (AICC), de juridiction fédérale et elle aussi fondée par les Sœurs de la Charité (en 1936). La fusion de toutes les associations d'infirmières catholiques du Canada a permis à l'AICC d'atteindre 5000 membres en 1956<sup>52</sup>. L'AICC organisait des congrès annuels qui rassemblaient entre 250 et 700 membres. Elle faisait également partie d'autres associations au Canada et à l'international, dont la Fédération internationale des infirmières catholiques, qui participait à plusieurs mouvements sociaux catholiques mondiaux. En 1949, la Québécoise Alma Benoît-Lapointe, alors présidente de l'AICC, fut également élue à la

présidence du Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales (CICIAMS)<sup>53</sup>. Elle y est restée jusqu'en 1958, ce qui lui a donné le temps d'accueillir dans la ville de Québec, en 1954, le congrès mondial du CICIAMS, qui a réuni 1200 participantes en provenance de 24 pays<sup>54</sup>. Le CICIAMS disposait de sièges à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'Union mondiale des organisations féminines catholiques (UMOFC) et sur plusieurs comités consultatifs des Nations Unies. Cette présence permettait aux gardes-malades catholiques d'exercer une influence politique d'envergure<sup>55</sup>, notamment en attirant l'attention sur la nécessité de dépasser les simples constats de pauvreté, afin d'identifier les causes communes des « abus et injustices perpétrés à l'aide de la machine administrative [des] pays »<sup>56</sup> et, ainsi, réclamer des changements dans les structures sociales et les politiques. Plusieurs gardes-malades membres de l'exécutif de l'AGMCL et de l'AICC participaient aux événements internationaux. Celles qui ne pouvaient y être profitaient des récits et des comptes rendus détaillés rapportés dans le *Bulletin*. L'AGMCL constituait donc un vecteur à la fois pour l'avancement professionnel des gardes-malades catholiques et pour leur représentation politique dans les instances nationales et internationales.

Par ses structures et ses diverses ramifications, l'Association créée par les Sœurs de la Charité a favorisé la mise en commun et la systématisation des expériences des gardes-malades dans la dispensation des soins aux communautés indigentes. Elles ont ainsi appris à voir, comprendre et combattre les inégalités liées aux conditions sociales et économiques. Il s'agit bien là d'une méthode de conscientisation qui rappelle la pédagogie jociste du « voir », « juger » et « agir »<sup>57</sup>, qui a été particulièrement importante dans l'émergence de la santé communautaire dans certains pays, notamment au Brésil<sup>58</sup>.

Cependant, cette approche catholique de l'assistance fut confrontée, après la Seconde Guerre mondiale, à la montée de la technocratisation dans le processus de soin.

### **Résister à la techno-bureaucratisation du soin**

Depuis les années 1920, des infirmières-hygiénistes et des infirmières visiteuses étaient devenues des pionnières dans la pratique de la méthode du « case work », particulièrement là où les travailleuses sociales n'étaient pas les bienvenues<sup>59</sup>. Ces gardes-malades spécialisées – et souvent plus scolarisées<sup>60</sup> – étaient reconnues comme étant des « professionnelles ». Néanmoins, leurs consœurs catholiques contestaient leur méthode de travail, comme le témoignait l'assistante sociale Gaussoit :

Dans une pensée de zèle, mais de zèle mal informé, une tendance à minimiser : l'être humain [...]. La laisser s'implanter et se développer serait aboutir à coup sûr, à brève échéance, à un regrettable abaissement de la mentalité des "clients" du Service social ... Abaissement du niveau moral des "clients" qui, au lieu de se conduire en hommes responsables d'eux-mêmes et de ceux dont ils ont la charge, perdront l'habitude d'agir par eux-mêmes si le Service social, constamment, se substitue à leur effort personnel.<sup>61</sup>

À travers sa critique, Gaussoit incitait les gardes-malades à la vigilance afin d'éviter de retirer aux personnes le potentiel d'action. Elle sensibilisait les soignantes à voir la personne comme une pièce essentielle de cet organisme qu'était la famille et, à plus grande échelle, la société.

La méthode du « case work » avait introduit une systématisation de la démarche d'assistance sociale, créant ainsi une brèche dans le modèle de soin idéal promu par les gardes-malades catholiques. Suivant la philosophie personnaliste, le fait de considérer

l'être humain en tant qu'individu seulement, détaché du corps social, constituait une erreur. Il fallait éviter d'être trop « administrative » : les gardes-malades devaient prendre le temps de gagner la confiance des familles et de respecter les limites. Gaussoit critiquait du même coup les assistantes qui ne prenaient pas le temps de faire des enquêtes en profondeur et qui se lançaient plutôt dans une « course aux enquêtes », avec de 20 à 30 visites par jour, ce qui engendrait une « mécanisation » de l'assistance qui atténuait la qualité du travail accompli. Elle les accusait de parler de « cas », terme qu'elle estimait réducteur et qui portait atteinte à la dignité humaine. Cela n'est pas sans rappeler une confrontation semblable qui s'est produite au Brésil au cours de la même période, alors que la doctrine sociale de l'Église, déjà bien présente depuis les années 1930, s'est butée à la théorie sociale libérale issue du « social case work » américain<sup>62</sup>. Devant des manières de soigner jugées trop expéditives, les gardes-malades catholiques s'étaient positionnées en tant que gardiennes de la dignité humaine.

Pour l'élite catholique, la garde-malade était une professionnelle qui savait adopter la bonne attitude avec les personnes, sans arrogance et en étant consciente de l'incidence des visites précédentes d'enquêteurs qui pouvaient brusquer une famille et engendrer une méfiance à l'égard des intervenants<sup>63</sup>. En fait, cette conception catholique du soin impliquait de restituer une place sociale aux personnes marginalisées. Les membres du comité éditorial du *Bulletin* tentaient ainsi de résister à la montée d'une techno-bureaucratization cherchant à morceler la personne et à mécaniser le soin. Confronté au cours des années 1950 à la sécularisation croissante de la gestion des écoles et des hôpitaux, l'Église n'était pas convaincue de la capacité de l'État à perpétuer les valeurs morales catholiques. Elle craignait également la mainmise de l'État dans la

gestion des hôpitaux. Les autorités religieuses voyaient dans certains développements hospitaliers tels que la psychanalyse, les électrochocs, la stérilisation de ceux qui étaient étiquetés comme « débilés » et la contraception, une négation de la dimension spirituelle de certains problèmes sociaux et de santé. Les transformations causées par la montée de la science étaient particulièrement palpables dans le champ de l'hygiène et de la santé publique, nourries notamment par les études sur l'alimentation au cours de la Seconde Guerre mondiale et par les progrès de l'épidémiologie<sup>64</sup>. À l'extérieur des hôpitaux, la menace prenait surtout la forme d'une technocratisation de la santé publique, laquelle pouvait brimer la dignité humaine. C'est ce qu'expliquait le professeur Beniamino de Maria :

on ne soigne pas des maladies, mais des malades [...] Le malade ne pourra jamais être considéré comme un numéro à ajouter à la liste des assistés et il faudra éviter tout ce qui peut l'humilier [...] Il faut défendre le malade et l'assisté contre tout ce qui peut porter atteinte à sa dignité : le peu de délicatesse dans les visites ; les attentes longues et énervantes dans les dispensaires des sociétés de secours mutuels, la promiscuité dans les couloirs et dans les salles, etc.<sup>65</sup>

Si la participation de l'État au soutien des personnes exclues était bien accueilli, les catholiques craignaient qu'elle n'entrave l'autonomie de celles-ci, ce qui faisait écho à ce que les personnalistes constataient à propos du rôle des États dans la (re)production des iniquités sociales<sup>66</sup>. Sœur Saint-Louis-Marie, de l'Hôtel-Dieu de Québec, indiquait à ce propos les principes philosophiques qui devaient guider les travailleuses sociales lorsqu'elles exerçaient la méthode du « case work » : « C'est au travailleur social à agir sur cette raison, à remonter les ressorts tombés d'une volonté qui offre des potentialités qui étonneront le travailleur social lui-même, s'il a su une fois un bon contact établi, une

fois créée l'atmosphère de confiance faire réfléchir son assisté sur ses possibilités de réhabilitation, sur les moyens à prendre pour y réussir »<sup>67</sup>. Ce rôle de gardienne de la dignité humaine et des possibilités d'action des personnes ouvre une nouvelle perspective concernant le rôle des professionnelles dans la gestion des problèmes sociaux et de santé publique. En effet, certains ont critiqué la participation des femmes, dont les infirmières, à l'extension de la moralité hygiéniste au sein de la population<sup>68</sup>. Il n'en demeure pas moins que ces femmes étaient parvenues à agir là où d'autres n'étaient pas admis, étaient absents ou avaient failli. Les membres de l'AGMCL n'étaient pas seulement des vectrices de la moralisation sanitaire ; elles devaient également transposer des principes correspondant à la philosophie personnaliste dans l'action d'un soin qualifié de « catholique ». Ce standard supplémentaire reposait sur l'impératif de veiller à préserver la dignité et l'autonomie des personnes<sup>69</sup>. De cette manière, l'action des gardes-malades catholiques se distinguait du moralisme souvent reproché aux actions de santé publique.

La modernisation envisagée par les autorités du *Bulletin* impliquait de veiller à ce que les progrès de la science ne dénaturent pas le soin et ne mènent pas, entre autres, à la bureaucratisation à outrance de la démarche infirmière. Le processus de technobureaucratisation, qui battait son plein au cours des années 1940, reposait sur une « concentration importante des moyens financiers, techniques et humains dans les mains du gouvernement central, qui devient un acteur de premier plan dans l'économie »<sup>70</sup>. La bureaucratisation, qui avait déjà gagné les institutions catholiques privées<sup>71</sup> et les processus d'intervention sanitaires étatiques<sup>72</sup>, ce processus mettait en évidence l'opposition entre les mesures hygiénistes gouvernementales et le modèle de soin personnaliste prônant une structure fédérative ascendante. Ce modèle de la pensée

politique « classique-chrétienne », présente dans le Québec des années 1940 et 1950<sup>73</sup>, favorisait l'adoption d'une organisation de pouvoir décentralisé dans les affaires politiques et sociales en faisant remonter les préoccupations des citoyens vers les structures supérieures. Cette perspective aide à comprendre l'organisation de l'AGMCL, qui maintenait un pouvoir de décision à l'échelle locale et traitait les expériences quotidiennes comme des moteurs de participation sociale, tant celle des personnes qui utilisaient les services que celle des gardes-malades elles-mêmes. Ces dernières faisaient ainsi du « progrès » une affaire de dignité humaine où la voix des personnes et des familles abandonnées par les politiques sociales pouvait être entendue. Suite à la guerre, à un changement d'aumônier et à une décision de la Commission des relations ouvrières<sup>74</sup>, l'association allait par la suite, à partir de 1947, s'orienter vers le syndicalisme.

## CONCLUSION

Au cœur des misères sociales quotidiennes, les gardes-malades catholiques ont eu un accès privilégié non seulement à des milieux défavorisés, mais également au point de vue des familles auprès desquelles elles intervenaient. Les opportunités de formation dans le domaine social offertes par l'AGMCL ont facilité le passage d'un modèle de soin charitable à un modèle de contestation d'un ordre social considéré comme injuste. Les autorités de l'AGMCL, en encourageant les infirmières à comprendre les conditions dans lesquelles vivaient les familles les moins nanties et en soutenant des processus de participation sociale ascendants, ont certainement placé les premiers jalons de ce qui allait devenir les fondements de la santé communautaire au Canada français.

Nous pourrions enfin avancer qu'à l'aube de la création des CLSC par l'État au début des années 1970, des liens existaient entre la philosophie personnaliste du soin et l'émergence de groupes de citoyens revendiquant le droit d'accéder à des soins de santé et de vivre dans un quartier sain. Plusieurs caractéristiques du personnalisme correspondent en effet aux principes de santé communautaire, notamment la participation des personnes aux dynamiques collectives, la localité en tant qu'unité de gestion des problèmes, et les liens entre santé et justice sociale. Cependant, force est de constater que ni la Commission Castonguay-Nepveu<sup>75</sup> ni le rapport Lalonde<sup>76</sup> n'ont tenu compte de ces transformations conceptuelles du soin dont l'AGMCL était partie prenante. Ceci soulève la question des pratiques soignantes qui ont été écartées lors de l'étatisation de la gestion des soins à partir de cette époque. Significativement, ce qui nous apparaît aujourd'hui pertinent dans le modèle de soin des gardes-malades catholiques d'une partie du XX<sup>e</sup> siècle concerne précisément ce que l'État s'est montré incapable d'offrir une fois l'Église expulsée de la gestion de la santé et de l'assistance. Le modèle de soin étudié dans cet article nous invite par conséquent à mettre en perspective l'État social et ses oublis, ses angles morts ou ses dérives.

---

<sup>1</sup> Valérie Desgroseillers, Nicolas Vonarx, Anne Guichard et Bernard Roy, *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis* (Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2016), 343.

<sup>2</sup> Didier Fassin, « Revisiter la santé communautaire », dans Desgroseillers *et al.*, *La santé communautaire*, XVIII.

<sup>3</sup> Gouvernement du Québec, « Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être. La situation actuelle », 4, 1 (1970) : 217.

[https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038) ; Louise Hamelin Brabant, Claudia Fournier et El Kebir Ghandour, « La santé communautaire comme notion et pratique distinctes de la santé publique », dans Desgroseillers *et al.*, *La santé communautaire*, 59-64 ; Gisèle Carroll et Jacqueline Roy, « Introduction à la santé communautaire », dans *Pratiques en santé communautaire*, dir. Gisèle Carroll (Montréal : Les Éditions de la Chenelière, 2006), 1-11.

<sup>4</sup> Dans ce texte, nous avons privilégié le terme « garde-malade » plutôt qu'« infirmière ». Bien que les deux termes soient utilisés de manière interchangeable dans les bulletins, l'AGMCL a conservé son titre de

---

« gardes-malades » jusqu'aux années 1960. Mentionnons aussi que « garde-malade » a été utilisé plus longtemps au Québec parce qu'il signifiait veiller au chevet des malades et que les infirmières québécoises ont majoritairement offert des services privés. Voir Robert Germain, *Le mouvement infirmier au Québec : 50 ans d'histoire* (Québec : Les Éditions Bellarmin, 1985), 26-27.

<sup>5</sup> Emmanuel Mounier, *Le personnalisme* (Paris : Presses universitaires de France, 1950), 139.

<sup>6</sup> Lucie Piché, *Femmes et changement social au Québec: l'apport de la Jeunesse ouvrière catholique féminine, 1931-1966* (Québec : Presses Université Laval, 2003), 349.

<sup>7</sup> Libreria Editrice Vaticana, « Quadragesimo Anno », [http://w2.vatican.va/content/pius-xi/en/encyclicals/documents/hf\\_p-xi\\_enc\\_19310515\\_quadragesimo-anno.html](http://w2.vatican.va/content/pius-xi/en/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno.html).

<sup>8</sup> Mounier, *Le personnalisme*, 80. Les mots en italique proviennent du texte original.

<sup>9</sup> Jean-Philippe Warren et Martin Meunier, *Sortir De La « Grande Noirceur »*. L'horizon « personnaliste » de la Révolution tranquille (Sainte-Foy : Septentrion, 2002), 207 ; Mounier, *Le personnalisme*, 139.

<sup>10</sup> Warren et Meunier, *Sortir de la « Grande noirceur »*, 207.

<sup>11</sup> François Guérard, « L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation », *Recherches sociographiques* 37, 2 (1996) : 203-227 ; Guérard, « L'histoire de la santé au Québec: filiations et spécificités », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine [CBMH/BCHM]* 17, 1 (2000) : 55-72. Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, François Hudon et Othmar Keel, « Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec », *CBMH/BCHM* 18 (2001) : 205-240.

<sup>12</sup> Isabelle Perreault, « L'intervention sociale en psychiatrie : le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal 1920-1950 », dans *L'incontournable caste des femmes : Histoire des services de santé au Québec et au Canada*, dir. Marie-Claude Thifault (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2012), 205-227; Thifault et Martin Desmeules, « Du traitement moral à l'occupation thérapeutique : le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'hôpital Saint-Jean-De-Dieu, 1912-1962 », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 229-249.

<sup>13</sup> Micheline Lachance, *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIXe siècle* (Montréal : Leméac, 2010), 208 ; Véronique Strimelle, « Le soin des âmes : discours et programmes d'intervention des Sœurs du Bon-Pasteur d'Angers auprès des filles délinquantes et en danger à Montréal au XIX<sup>e</sup> siècle, 1869-1912 », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 17-33.

<sup>14</sup> Aline Charles et François Guérard, « Les religieuses hospitalières du Québec au XX<sup>e</sup> siècle : une main-d'œuvre active à l'échelle internationale », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 79-102.

<sup>15</sup> Nicole Rousseau et Johanne Daigle, *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972* (Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2013), 277.

<sup>16</sup> Denyse Baillargeon, « La médicalisation de la maternité au Québec comme enjeu de pouvoir (1910-1970) », dans dir. Sanni Yaya, *Pouvoir médical et santé totalitaire* (Québec : Presses de l'Université Laval, 2009), 177-205 ; Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 322.

<sup>17</sup> Jayne Elliott, « Aller au-delà de l'identité d'une infirmière de dispensaire de la Croix-Rouge : le parcours de Louise de Kiriline, 1927-1936 », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 105-126 ; Rousseau et Daigle, *Infirmières de colonie*, 277.

<sup>18</sup> Yolande Cohen, « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité: l'histoire des infirmières au Québec », *CBMH/BCHM* 21, 2 (2004) : 387-409.

<sup>19</sup> Lucie Piché, *Femmes et changement social au Québec: l'apport de la Jeunesse ouvrière catholique féminine, 1931-1966* (Québec : Presses Université Laval, 2003), 69.

<sup>20</sup> Sœur Saint-Marien, « Nos gardes-malades au travail », *BGMC* II, 5 (septembre-octobre 1935) : 40.

<sup>21</sup> Rousseau et Daigle, *Infirmières de colonie*, 459.

<sup>22</sup> Mounier, *Le personnalisme*, 121.

<sup>23</sup> Nilo Agostini, *L'option communautaire: conscientisation des pauvres et évangélisation: l'exemple du Brésil* (Paris : Éditions du Cerf, 1990), 19-20.

<sup>24</sup> Germain, *Le mouvement infirmier*, 565.

- <sup>25</sup> Jean-Philippe Warren, « Le corporatisme canadien-français comme “système total”. Quatre concepts pour comprendre la popularité d’une doctrine », *Recherches sociographiques* 45, 2 (2004) : 219-238.
- <sup>26</sup> Germain, *Le mouvement infirmier*, 565.
- <sup>27</sup> Alexandre Klein, « Charlotte Tassé (1893-1974), infatigable promotrice du modèle de la garde-malade canadienne-française », *Recherches en soins infirmiers* 3, 134 (2018) : 78-93.
- <sup>28</sup> Anonyme, « Chronique », *BGMC IV*, 6 (novembre-décembre 1937) : 128.
- <sup>29</sup> Meunier et Warren, *Sortir de la Grande noirceur*, 207.
- <sup>30</sup> Martin Petitclerc, « “L’association qui crée une nouvelle famille” : l’expérience populaire de la mutualité lors de la transition à la société de marché », *Revue d’histoire de l’Amérique française* 59, 3 (2006) : 259-291.
- <sup>31</sup> Agostini, *L’option communautaire*, 316.
- <sup>32</sup> Janet Greenlees, « To ‘solve the darkest Social problems of our time’: the Church of Scotland’s entry into the British matrix of health and welfare provision, c.1880-1914 », dans *Healthcare in Ireland and Britain 1850-1970*, dir. Donnacha Sean Lucey et Virginia Crossman (London : University of London, 2014), 181-196.
- <sup>33</sup> Yves Vaillancourt et Michel Pelletier, *L’évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960* (Montréal : Presses de l’Université de Montréal, 1988), 513.
- <sup>34</sup> Gregory Baum, « L’originalité de l’enseignement social catholique », *Concilium : Revue internationale de théologie* 237 (1991) : 65-74.
- <sup>35</sup> Agostini, *L’option communautaire*, 6.
- <sup>36</sup> Rollande Côté, « La surveillance post-sanatoriale », *BICC XXI*, 5-6 (octobre-novembre-décembre 1954) : 183.
- <sup>37</sup> Marie-Claude Thifault et Isabelle Perreault, « The Social Integration of the Mentally Ill in Quebec Prior to the Bédard Report of 1962 », *CBMH/BCHM* 29, 1 (2012) : 125-150 ; Perreault, *L’intervention sociale en psychiatrie*, 2012.
- <sup>38</sup> Dr. J.-C. Miller, « Le service social et l’hygiène mentale, conférence », *BGMC III*, 2 (mars-avril 1936) : 42-47.
- <sup>39</sup> M.H. Gaussot, « Service social et personne humaine », *BGMC V*, 1 (janvier-février 1938) : 9.
- <sup>40</sup> Sœur Sainte-Florida, « Nos gardes-malades et le service social », *BGMC II*, 5 (septembre-octobre 1935) : 48 ; « Chronique ; l’Action catholique », *BGMC IV*, 6 (novembre-décembre 1937) : 125-126 ; « Chronique », *BGMC V*, 2 (mars-avril 1938) : 45-48 ; « Chronique », *BGMC V*, 6 (novembre-décembre 1938) : 137-140 ; « Le catholicisme et l’infirmière », *BGMC VI*, 5 (septembre-octobre 1939) : 107-110 ; Eva Cayer, « Pax Romana (suite) », *BGMC VII*, 1 (janvier-février 1940) : 5-12 ; « Cours d’Action Catholique pour les infirmières », *BICC XVII*, 6 (novembre-décembre 1950) : 218.
- <sup>41</sup> Germain, *Le mouvement infirmier*, 565.
- <sup>42</sup> Colette Humbert et Jean Merlo, *L’enquête conscientisante* (Paris : Institut œcuménique pour le développement des peuples, 1978), 86 ; Piché, *Femmes et changement social*, 349.
- <sup>43</sup> Baum, « L’originalité de l’enseignement ».
- <sup>44</sup> Cyrias Ouellet, « Que vaut la science? », *BGMC IV*, 4 (juillet-août 1937) : 69-71.
- <sup>45</sup> Anonyme, « Chronique », *BGMC IV*, 3 (mai-juin 1937) : 43-45. Pour d’autres travaux sur la stérilisation des sous-doués, voir Erika Dyck, *Facing Eugenics: Reproduction, Sterilization, and the Politics of Choice* (Toronto : University of Toronto Press, 2013), 332.
- <sup>46</sup> « Chronique », *BGMC VII*, 1 (janvier-février 1940) : 22-24.
- <sup>47</sup> Sœur Sainte-Florida, « Nos gardes-malades et le service social », *BGMC II*, 5 (septembre-octobre 1935) : 51.
- <sup>48</sup> Anonyme, « Assemblée Générale », *BGMC I*, 1 (janvier 1934) : 2-3.
- <sup>49</sup> Sœur Sainte-Florida, *Nos gardes-malades*, 50.
- <sup>50</sup> En 1935, les visites à domicile atteignaient le nombre de 3000 (Sainte-Florida, « Nos gardes-malades et le service social », *BGMC II*, 5 (septembre-octobre 1935) : 48-60).
- <sup>51</sup> Sœur Sainte-Florida, *Nos gardes-malades*, 57.
- <sup>52</sup> Jeanne Reynolds, « Infirmière catholique, l’A.I.C.C. réclame ta collaboration », *BICC XXVI*, 4 (juillet-août 1959) : 131-137. L’extension du réseau rappelle ce qu’écrivaient Charles et Guérard sur

---

l'élargissement du territoire géographique couvert par les hôpitaux gérés par les congrégations religieuses entre 1901 et 1961 (« Les religieuses hospitalières du Québec au XX<sup>e</sup> siècle : une main-d'œuvre active à l'échelle internationale », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 79-102).

<sup>53</sup> Mlle Alma Benoît, « Commission des infirmières-visiteuses ou d'hygiène sociale sur le secret professionnel », *BICC XXIII*, 3 (mai-juin 1951) : 125-128.

<sup>54</sup> M. Callou, « Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales (CICIAMS) », *BICC XXII*, 1 (janvier-février 1955) : 4-5.

<sup>55</sup> Sœur Marie Rose Lacroix, « Rapport de la réunion de l'Union Mondiale des Organisations Féminines Catholiques tenue à Montréal, le 3 novembre 1954 », *Bulletin des infirmières catholiques du Canada XXII*, 1 (janvier-février 1955) : 19-24.

<sup>56</sup> Agostini, L'option communautaire, 26.

<sup>57</sup> Piché, Femmes et changement, 69.

<sup>58</sup> Agostini, L'option communautaire, 316.

<sup>59</sup> Mélanie Morin-Pelletier, « “À la fois infirmière et travailleuse sociale” : les infirmières militaires et le service social en santé dans l'entre-deux-guerres », dans dir. Thifault, *L'incontournable caste des femmes*, 184-204.

<sup>60</sup> Cohen, Profession infirmière, 322.

<sup>61</sup> Gaussot, Service social et personne humaine, 1938.

<sup>62</sup> Agostini, L'option communautaire, 316.

<sup>63</sup> Sœur Saint-Marien, Nos gardes-malades au travail, 39.

<sup>64</sup> Laurence Monnais, *Médecine(s) et santé. Une petite histoire globale - 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2016), 247.

<sup>65</sup> Beniamino de Maria, « Orientation de la médecine sociale par rapport à la personne humaine », *BICC XVIII*, 3 (mai-juin 1951) : 115.

<sup>66</sup> Mounier, *Le personnalisme*, 139.

<sup>67</sup> Sœur Saint-Louis-Marie, « Principes philosophiques qui doivent guider les Travailleurs sociaux en Case Work », *BICC XVIII*, 4 (juillet-août 1951) : 150.

<sup>68</sup> Baillargeon, « Praticiennes et patientes », 1999 ; Denis Goulet, « Le mouvement hygiéniste au Québec », *Cap-aux-Diamants* 70 (2002) : 17-20.

<sup>69</sup> Petitclerc présente la perspective contraire dans son texte sur le passage, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, d'une économie solidaire à une économie sociale (« L'association qui crée une nouvelle famille », 259-291). À ce moment, l'Église catholique conçoit le vivre ensemble en fonction de priorités qui ne sont pas toujours bénéfiques pour la classe ouvrière. Bien que le *Bulletin des gardes-malades catholiques* présente également un discours provenant du traditionalisme catholique, les principes du personnalisme y sont très présents.

<sup>70</sup> Jean Gould, « La genèse catholique d'une modernisation bureaucratique », dans *Les idées mènent le Québec*, dir. Stéphane Kelly (Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003), 160.

<sup>71</sup> Bourbeau, *Techniciens de l'organisation sociale*, 2015

<sup>72</sup> Guérard, « L'histoire de la santé ».

<sup>73</sup> Dominique Foisy-Geoffroy, « Le rapport de la Commission Tremblay (1953-1956), testament politique de la pensée traditionaliste canadienne-française », *Revue d'histoire de l'Amérique française* 60, 3 (2007) : 257-294.

<sup>74</sup> Paul E. Bernier, « Commission de relations ouvrières de la Province », *BICC XIV*, 3 (mai-juin 1947) : 75-78.

<sup>75</sup> Gouvernement du Québec, « Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être. La situation actuelle », 4, 1 (1970) : 217.

[https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038)

<sup>76</sup> Marc Lalonde, « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, 83. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

## **5.2 Pratiques et contextes contemporains de l'*advocacy* infirmier en santé communautaire (article 3)**

Référence de l'article 3 : McCready, G., & Laperrière, H. (en traduction).  
Speaking Up or Covering Up Equity Practices?: The Primacy of Context in the Advocacy  
Opportunities of French-speaking Community Health Nurses.

**Title:** Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community Health Nurses

**Journal:** Canadian Journal of Nursing Research

**Authors:** Geneviève McCready<sup>1,2,3,4</sup> and H el ene Laperri ere<sup>1,2,3</sup>

**Affiliations:**

1. School of Nursing, University of Ottawa, 451 Smyth Rd, Office 3042, Ottawa, ON K1H 8M5 Canada.
2. Laboratoire de pratiques sociales et d'éducation populaire, School of Nursing, University of Ottawa, 451 Smyth Rd, Office 3042, Ottawa, ON K1H 8M5 Canada
3. Nursing History Research Unit, University of Ottawa, 451 Smyth Rd, Office 3037, Ottawa, ON K1H 8M5 Canada
4. Current address: Department of Nursing Science, Université du Québec   Rimouski, 300 All e des Ursulines, Office K-324, Rimouski, QC G5L 3A1 Canada.

**Summary**

**Introduction:** Advocacy is a mean to counter social inequities in healthcare. This term is little used in the actual practice of French-speaking nurses in Quebec. In this article, we analyze the concepts and practices specific to Quebec-based community health nurses for improving people's living conditions.

**Methodology:** We chose collaborative ethnography as the methodological basis for co-constructing interpretations of the data with nurses from a community health centre in a Quebec urban city. Dialogue on the nursing contexts under observation and the meaning nurses ascribe to their work allowed interpretations of nurses' actual practices.

**Results:** Nurses adapted their ways of providing care in order to meet patients' needs and build community to counter isolation. They defended patients' rights by taking on responsibility for access to and continuity of care, despite restrictive administrative rules. However, the current context of rationing healthcare reduces the spectrum of nurses' assessments. Nurses also face systemic barriers when trying to leverage their influence on health policy and organization of care.

**Conclusion:** Nurses' daily actions contribute to the preservation of equitable care practices. Collective advocacy is needed to reduce the inequities that affect both the health of communities and the working conditions of community health nurses.

**Keywords:** Advocacy, Community Health, Nurses, health iniquities, epistemic injustice, ethnography.

Growing social inequalities are a major concern in the twenty-first century and have dramatic consequences on public health (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008). Advocacy, which transforms structures and policies with a view to improving the health of populations (WHO, 1986), is one means nurses have of levelling inequalities. Indeed, history certainly shows nurses' contribution to improving Canadians' living conditions (Thifault, 2012). However, nurses' interventions to modify health policies and the organization of care are rarely reported. In this article, we present the results of collaborative ethnographic research conducted in a community health centre in Quebec. We also discuss the forms of advocacy favoured by these nurses, who provide direct care specifically in a French-speaking setting. Our study proposes a broader discussion on the diverse forms of advocacy practised by community health nurses in Canada.

There are many definitions of advocacy. The Canadian Public Health Association defines it as "speaking, writing, or acting in favour of a certain issue or cause, policy, or group of people" (CPHA, 2010, p. 35). This definition is similar to the concept of political leadership, which is the ability to influence others or a situation with a view to bringing about change (Dallaire, 2008; Ducharme, 2018). However, some authors criticize organizations' tendency to offload the responsibility for advocacy to healthcare professionals (Hubinette, Dobson, Towle, & Whitehead, 2014; Kalaitzidis & Jewell, 2015). Improving health would be more effective if organizations took part in advocacy. This is the

position of the National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH), which defines advocacy as collective action to bring about systemic change on the social determinants of health, to influence policy decisions in order to improve people's health, and to create supportive environments (NCCDH, 2015). The NCCDH bases the concept on Carlisle's (2000) typology, including both a prescriptive practice that protects patients and an egalitarian practice of community development. In Ezeonwu's model of community health nursing advocacy (2015), engaging in legislative action is identified as a defining attribute, while equity and social justice are named as consequences. Nurses are therefore among the actors who can act on both the causes and the consequences of social disparities (Falk-Rafael, 2005; Oliveira & Silva, 2018; Welch & Kneipp, 2005). We focussed our study on this understanding of advocacy as transformative social and political action.

In English-speaking Canada, nursing advocacy models can be found in the literature guiding community health nursing practice (CPHA, 2010; NAC, 2015; IISCC, 2019). In French, the word "advocacy" is difficult to translate, raising questions about the semantic scope of the term and its resonance for Francophone nurses in their practice. The absence of the word—or even the concept of—advocacy in the Quebec nursing models (OIIQ, 2012, 2014, 2015a, 2015b) could signify a different conception of how to address social inequalities. Although Quebec has a long tradition of community health (Desgroseilliers, 2016; Gaumer & Desrosiers, 2004), it would seem that health promotion (including advocacy) has little presence in nurses' discourse (Beaudet, Richard, Gendron,

& Boisvert, 2011; Richard et al., 2010). Nurses appear to confuse prevention and health promotion, and show too little interest in actions that affect living environments (Richard et al., 2010). This may be explained by the organizational factors that affect Quebec-based nurses' ability to utilize their role to attain structural and political targets; in particular, these would include the successive and centralizing reforms of the health system and performance indicators focussed mainly on curative care (Beaudet et al., 2011). Studies in other countries have also reported the following as barriers to advocacy: a professional identity rooted in the biomedical paradigm (Cawley & Mannix McNamara, 2011; Richard et al., 2010); lack of knowledge and skills among nurses (Abrams, 2010; Carter, 2007; Cohen & Reutter, 2007; Oden, Price, Alteneider, Boardley, & Ubokudom, 2000); and poor organization of care (Carnegie & Kiger, 2010; Welchman & Griener, 2005). We believe it to be relevant, in the face of so many structural obstacles, to look at what nurses actually do, as these actions may not be conveyed in nurses' discourse.

Using the sociology of absences and emergences, a theoretical lens developed by Portuguese thinker Boaventura de Sousa Santos (2014), we analyzed the practices of nurses working in a community health context in Quebec. The sociology of absences shed light on the dominant patterns that force nurses to disregard some knowledge, thus producing "nonexistence," and revealed the actions that are absent as well as the mechanisms that led to their absence. The sociology of emergence showed and amplified the alternative means that nurses adopt to short-circuit a hegemonic system. This theory was

used to show the threat to nursing knowledge in community health in Quebec (McCready & Ouimet, 2018). In this article, we show the concepts and practices specific to French-speaking nurses for improving their patients' living conditions. We also explain the ways in which nurses' practices are conditioned by the contexts in which they work and highlight the leeway nurses have to transform care. Understanding the wide range of actions that make up nurses' advocacy highlights the working conditions conducive to or impeding the success of nursing advocacy practices.

## **METHODOLOGY**

Collaborative ethnography seemed to be the method best adapted to our study, given our hypotheses that French-speakers' conceptions of advocacy are set aside in favour of English-speakers' conceptions and that certain nursing practices go unseen in the face of many obstacles. Ethnography draws on observational data to highlight elements that are not necessarily put into words as well as actions that are automatic and familiar to practitioners (Beaud & Weber, 2010). Our approach was in keeping with constructivist epistemology, which makes it possible to examine the interactions between nurses, patients, and other stakeholders in the healthcare system. This epistemology provided access to informal conversations, to the emic perspective, and to complex social interactions, thus allowing researchers to characterize the gaps between formal policies and what was actually being done (Lassiter, 2005; Ryan, 2017). We studied nursing practices as "pragmatic agreements that show how [nurses] 'get

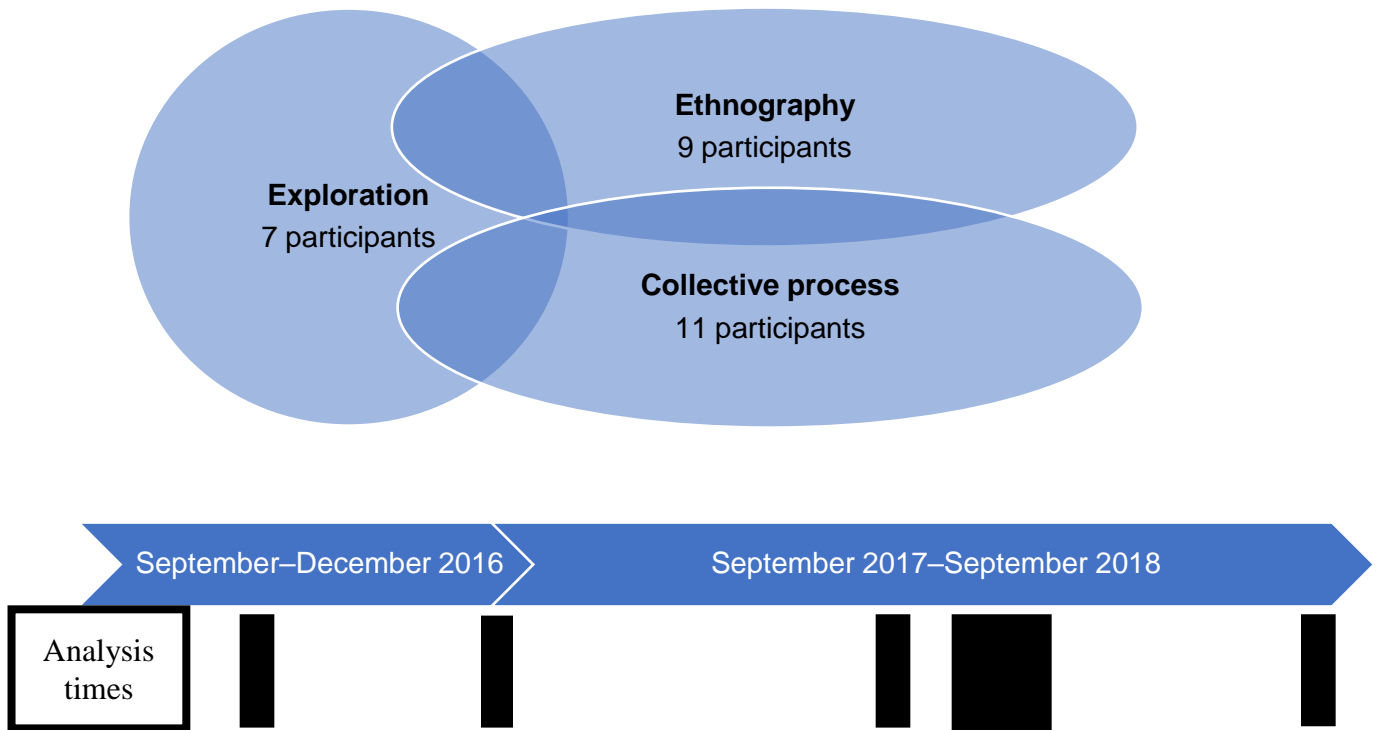
around' certain institutional constraints or social pressures on a daily basis" (Morrissette, 2011, p. 12; translation). Ethnography shows a diversity of perspectives and reports the influence of various contexts on the provision of care (Bourbonnais, 2015; Browne et al., 2016; Coughlin, 2013).

We chose collaborative ethnography to co-construct interpretations of the data with participants (McCall, 2011). Dialogue on the nursing contexts under observation and the meaning nurses ascribed to these work settings led to an interpretation of their actual practices (Monfette & Malo, 2018). Our research site was a community health centre in the province of Quebec, where the first author, a doctoral candidate, had been volunteering since 2014. Founded several decades ago, this health centre serves the residents of a formerly working-class urban neighbourhood that is now characterized by significant social and spatial inequalities. The researcher, who practised for nine years as a community health nurse, launched this study with a four-month exploratory phase to document the nurses' work contexts, identify research questions, and select the methods that were best adapted to the health centre's organization of work. Through their interactions, the researcher's and the participants' cultures grew closer, with a view to producing a written report on the nurses' experience that would be both meaningful and useful to them (Lassiter, 2005).

The study was approved by both the health centre and the University of Ottawa's Health Sciences and Science Research Ethics Board. All the nurses at the health centre were invited to take part in the exploratory, ethnography, and/or

collective processes. The ethnography involved shadowing the nurses in their daily tasks. The collective process consisted of a total of five monthly meetings, held in small groups that were self-formed by the participants and lasting two hours. Discussion topics included the narratives of why the participants chose the community health nurse profession, their representations of care, and their success stories. Eleven nurses took part in the collective process, in three small groups. Some nurses participated in two or three components (see Figure 1). In all, 21 of the health centre's 33 nurses took part in the study. Some of the reasons given for non-participation included being a recent hire at the health centre, the difficulty of getting a release to take part, a lack of interest, and unstable employment conditions. However, the researcher had access to several informal spaces and team meetings to gather further observations about the nurses' interactions with their colleagues and supervisors. A total of 420 field hours were completed between 2016 and 2018. The study covered the six services/programs offered at the health centre: childhood-family, youth, school health, adult mental health, home care, and routine care.

**Figure 1: Data collection, participation and analysis process**



The observation chart was constructed after the exploratory phase and drew on three sources: 1. Carper's (1978) and White's (1995) types of nursing knowledge, and the NCCDH's types of advocacy action (2015); 2. the themes that emerged from the exploratory phase; and, 3. those that arose from a historical study on the community work of Franco-Catholic nurses in Canada during the period preceding the Quiet Revolution (McCready & Thifault, in press). Both inductive and deductive, this data collection tool broadened the scope of observation to include the nurses' day-to-day actions and the legacy of knowledge specific to French-speaking nurses.

During the collective process, meetings were recorded. The first three sessions were transcribed by the first author. A content analysis (Elo & Kyngas, 2008) was then conducted for each group and themes were identified using the observation chart. These themes, consisting of concepts, practices, and nurses' concerns about the contexts that influence their practice of ideal care, were presented to the participants for validation and co-analysis at the fourth group meeting. The fifth meeting was spent discussing the dissemination of the findings.

The data from the ethnographic observations were collected using methods developed by Beaud and Weber (2010), and recorded in a field journal that included both objective data (i.e., ways of accessing observation opportunities and notes taken during the observation period or shortly thereafter) and subjective data (i.e., the researcher's impressions, questions, concerns, and reflections). These data were then analyzed at various points (see Figure 1) to compare data over time. At the last two points, the themes emerging from the three groups were compared with the ethnographic data to identify elements that repeated or appeared to be priorities for the participants.

Several precautions were taken to ensure the rigour of this study. The study subject was deepened by the choice of a rich but small field setting, the receptivity to adapting the data collection method to report unexpected data, the long data collection period, and alternating between data collection and analysis (Royer, 2016). The collaborative approach included the involvement of the

participants in interpreting the elements the researcher perceived to be relevant, the expression of the findings using the participants' own vocabulary, the emphasis on dialogue between researcher and participants, and the usefulness of the research for the individuals involved (Lassiter, 2005). The study's credibility was enhanced by the researcher's volunteer involvement in the field and her work with community stakeholders in designing data collection methods, co-analyzing data, and deciding how to disseminate findings. An agreement was drafted and signed with the health centre's administrators, and an advisory committee was set up to define the stakeholders' involvement and address potential ethical issues (Dallaire, 2002; Gauvin-Lepage & Lefebvre, 2016). To write the results report, the researcher offered the participants the opportunity to rework how they told their stories and also to remain anonymous.

## **RESULTS**

In the following pages, we present three nursing practices that improved the living conditions of individuals and communities, and the contexts that influenced these practices. The participants are profiled in Table 1.

**Table 1: Participants' sociodemographic data (2018)**

<b>Data</b>	<b># nurses (n=21)</b>	<b>% nurses</b>
<b>Age</b>		
30 years and less	4	19.0
31–40	4	19.0
41–55	7	33.3
56 years and more	6	28.6
<b>Experience in community health</b>		
0–5 years	7	33.3
6–10 years	3	14.3
11–20 years	7	33.3
21–30 years	3	14.3
31+ years	1	4.8
<b>Employment status at the health centre</b>		
Full-time position	16	76.2
Part-time position	3	14.3
Occasional (on call)	2	9.5
<b>Initial training in nursing</b>		
College diploma (3 years)	17	81.0
University degree	4	19.0
<b>Highest level of education completed</b>		
College diploma	8	38.1
Undergraduate certificate	5	23.8
Undergraduate degree	7	33.3
Master's degree	1	4.8

### **Meeting material and social needs**

When nurses noticed precarious economic, social, or material conditions, they prioritized these conditions in their assessments and interventions. For example, a home support nurse started working with a patient's parent to make sure the patient would not run out of food and that his rent was paid. Such consideration of urgent material needs was a means of building trust with patients. Aware of the delays that can occur when referring patients to social workers and community organizations, some nurses went so far as to cook meals or pick up groceries for a family. Many became facilitators in the

community for sharing necessary material goods. “I am a recycler. I collect all kinds of things. I received three baby carriers from a patient’s aunt, and I put them back into use. They are now being passed from one mom to another. I pick up clothing and toys for all the underprivileged cases”<sup>12</sup> (Brigitte). The nurses therefore contributed to (re)building community around these patients:

Elianne invited me to walk with her to “her” school, where she was meeting with a parent. She told me about a child who had nosebleeds. Elianne sent him to the hospital for tests and he was later diagnosed with hemophilia. After several attempts to meet the father, who was often away for work, she suggested they meet in his home. Elianne built a relationship with the grandmother, who was allophone and very lonely. She referred her to French courses at her grandson’s school and to the collective kitchen in a nearby organization. (2-53)

One nurse paired immigrant mothers as a way of countering their isolation, while another created a discussion group to better equip community workers to deal with the disorganized behaviour of some residents. The study participants emphasized the impossibility of separating “the social from the medical” in patients’ situations, particularly in the area of housing:

I have a man right now who has a bathtub without a pipe. So, he has developed bacteria on his skin, causing him sores. I am looking for a place for him to shower. My job is to manage chronic illnesses, monitor medication, provide wound care. But all of this is done very slowly, because we have to deal with bedbugs, or a fridge, a faucet, a shower, a bed that broke... (Danielle)

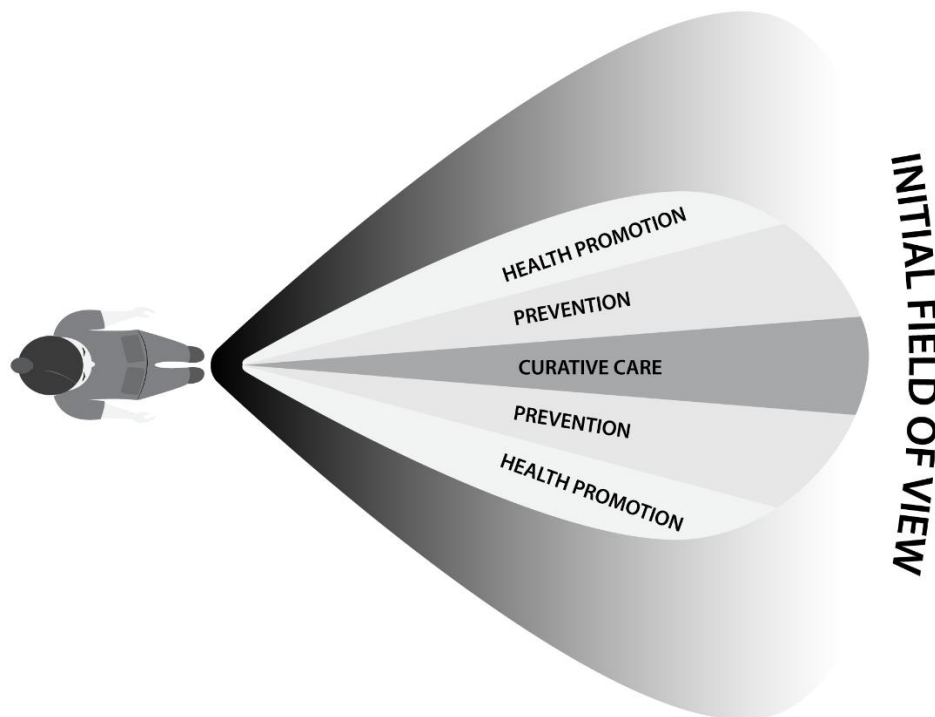
To see patients’ health improve, nurses must necessarily collaborate with other stakeholders. However, interprofessional meetings were often focussed on

---

<sup>12</sup> À noter que les citations dans cet article reflètent les propos des participantes, traduits en anglais. Le choix des mots qu’elles utilisaient, par exemple « patient », « client » ou « usager » ne reflète pas les choix que j’ai fait dans l’écriture de la thèse. Par ailleurs, je n’ai pas procédé à une analyse de discours, mais la durée de mes observations sur le terrain m’a permis de remarquer que les participantes utilisaient ces termes de manière interchangeable et flexible, ce qui à mon sens souligne la difficulté à rattacher les mots utilisés à des représentations précises des rapports que les participantes entretenaient avec les personnes qu’elles desservaient.

assigning tasks, not on discussing the work itself or how it should be carried out. Also, given the acuity of cases in the community, nurses had to choose between curative care, preventive interventions, and health promotion activities. When they met with patients, many nurses ended up “putting blinders on” in order to limit the scope of their assessment. As a result, many limited their actions to curative care, which they considered to be the most urgent (see Figure 2).

**Figure 2: “Putting blinders on”: Limits of the community nursing evaluation and intervention**



### **Being available**

Participants saw their nursing time as a resource and wondered how they would make themselves available and to whom. Their availability revolved around three aspects: their approach, their time, and the location. The participants adapted their approach to reflect patients' sociocultural codes. For

example, they would wear informal, casual clothing when meeting patients who live in a disadvantaged setting and they would use humour to deal with difficult situations. They also adapted their vocabulary and attitudes:

Francine: At first, he was just standing there in the door, and when he saw me, he said, "No, no, you're judging me, I feel it, I feel it, you're straight." He had a strong reaction. I would give him all kinds of stuff: make-up, a wig I had around...

Nicole: With make-up and all that, she was really beautiful!

Francine: He'd take his wigs off and made me try them on (laughs). He'd say, "Ah no, that looks terrible on you!"

Nicole: That's what we wanted. Because F. was the one who could do the (screening) tests.

Francine: We lost him, we lost that patient...

Nicole: ...He got killed.

Francine: So, I never was able to do the tests, because we hadn't gotten there in the relationship. But at least, after a while, he stayed sitting.

Nicole: You have to be open. You have to be available at the right time.

Francine: The Centre closes at 6. The other employee said, "C'mon, you aren't going to see him now?!" I said, "Well, yeah. I'm going to see him now." He said, "But the clinic is closed." "I don't care. I'll see him anyway." That was the last time I saw him...

The nurses were skilled at adjusting and reacting quickly to unexpected situations:

The patient, who is elderly and diabetic, is sitting in his office chair. He's an obese man, wearing just shorts. He has abrasions on his knee and nose. His computer and his medication are sitting on the table next to him. He is drinking a soft drink and a case of it can be seen next to the refrigerator. He talks very slowly. He has put all his medical supplies on the table. Patricia checks his blood sugar and asks him about results that were too low last month. He doesn't answer. She continues by asking him about the changes the pharmacy made to his medication. When we leave, Patricia voices her concerns to me. She is worried about his ability to take his medication on his own, especially since the pharmacy's changes to the medication delivery. Does he know what to do about his blood glucose results? She tells me about two falls he had this week and

wonders if they could be linked to taking the wrong medication for high blood pressure. Patricia is late in her visits; she tells me that this last visit lasted longer than scheduled. (7-50)

Unforeseen circumstances often arose during the nurses' tasks, particularly due to patients' precarious living conditions. The nurses did not all have the same leeway in managing their time. In programs where the need for curative care was very acute, nurses had less freedom in terms of responding to unexpected events and providing the planned care. In more flexible programs, nurses modified their schedules to accommodate patients with special needs, such as young people or patients with mental health issues or addiction. This freedom allowed nurses to exercise their judgement and adjust to differentiated needs. Similarly, they could also choose the most appropriate location for the care they were delivering:

Nicole brings me along for lunch at an organization that offers many services in the community. For her, it is important to meet people in the neighbourhood, and she calls herself a "person of action." In the large dining room, I notice families with children, homeless people, and construction workers, among other lunch-goers. We eat with a community worker from the organization and a woman who tells Nicole she has a bad cough. Nicole explains that it would be good if she could listen to the lady's lungs and invites her to come to the clinic later that very day. Nicole later tells me that when she has lunch at the organization, she is Nicole and not Nicole-the-nurse. This allows her to have different kinds of interactions and to provide services to people who do not come in asking for them. (2-43)

Such outreach work enables neighbourhood residents who do not tend to come to institutional facilities to build a relationship of trust with the nurse on their own terms.

## **Defending access to appropriate care**

The nurses who had been working in the neighbourhood for 10 years or more reported observing a trend toward dehospitalization (i.e., patients being discharged more quickly than before). This has led to an increase in the acuity and complexity of the medical and social conditions of home patients, which in turn has intensified nursing interventions. Participants often reported that the severity of medical conditions and poor housing situations would have warranted that some patients remain in hospital, rather than come home. However, attempts to work collaboratively with hospitals could resemble a “battle.” Even occasional hospital consultations could cause more care in the community. Nurses reported having to “pick up the pieces” by consoling, reassuring, and rebuilding trust after a hospital visit went sour, and then following-up with hospital staff to make sure patients were better served the next time.

Advocacy was also deemed necessary in the health centre itself. Some programs had adopted procedures to distribute tasks among professionals:

To request services you have to wait until the following Tuesday. If I’m absent, the client doesn’t receive the service on time. Often, the file has to go through the rehabilitation technician, who is often overloaded, but still has to make sure the “right” equipment is in place. Unfortunately, often, clients don’t have the money to adapt their homes, and this means even longer delays. Then there is the clinical coordination stage, where requests are discussed. Sometimes we have to justify ourselves: I can’t ask for a hygiene assistant if I haven’t filled out the Multi-clientele Assessment Tool, if I haven’t documented their need, if I didn’t make the referral to the rehabilitation technician. I also have to make sure that everything is there: the bath mat, the bath, the bench, the proper shower curtain, and make sure that her cat is going to be shut away, that her daughter is going to have

prepared her clothes the day before... All of that, before I go to service allocation and say, 'Can we give her a bath?'" (Danielle)

The study participants spoke of their exasperation at constantly having to "negotiate" services for their patients:

We have direct contact with the client. We know exactly what they need, and we know what the level of urgency is. So, it can be frustrating when we have to negotiate with other people who don't know the client. Administrative frustration, because you have to fill out a form, another form, three forms... And then wait for the other person, whose job it is to manage a budget maybe, maybe that person also has constraints... Between the human side of things, with what we experience—because we're in touch with the client, we understand their reality—and all the paperwork, that inert lifeless matter, it's tough. If we're frustrated, it's because we're doing good work and taking the person's best interests to heart. If we only had to do paperwork and deliver our goods, we wouldn't feel like that. (Hilda)

Many nurses had difficulty conveying their care relationships with patients into the "administrative machine," which is, however, inevitable to obtaining care.

Some even questioned the organization of care provision:

In mental-health team meetings, Justine and Nicole report that an intermediate resource centre often seeks their help for clinical care, such as urinary catheters, anaphylactic reactions, and wound care. Residents are housed there primarily for mental health issues, but they also have chronic physical illnesses. The nurses are concerned about the lack of nursing care in this centre, the urgent one-time needs of some residents, hospitals referring residents to the centre when they require nursing care, and the need for periodic re-assessment of residents' health status, which is not being done. (2-65, 3-77)

The nurses perceived needs in certain populations not seen by others, and they tried to get their colleagues and supervisors to recognize these needs. However, their attempts were sometimes curbed by administrative rules that stemmed from the very structure of public health programs, from agreements with other healthcare institutions, or from internal rules about how services operate. The nurses often felt that their concerns were not being addressed:

Your heavy caseload isn't solved just because you hand off a patient or two every day to someone else. By delegating your patient when they're stable, someone else goes to visit them. Then, when you haven't seen [the patient] for a month or two, and things have changed, your colleague reports back to you. And so at the end of the day, you've got just as much work. People will tell you, 'Great, you're up to date in all your paperwork!' but that's not going to solve the patient's problem. And when I say this, it's like it's not taken seriously. People say you must not be managing things right, so you start to doubt yourself. Because it's no longer about the organization more generally, it's about you as a person. I go to work in the morning and I'm not satisfied because I can't prioritize the cases I find most important. (Solange)

The nurses who took part in the collective process all reported their participation was motivated by their desire to be recognized for their work. The lack of acknowledgement of their observations and judgements was a source of moral distress for many, who had to continue providing care even when facing the consequences of insufficient or inadequate care.

Our ethnographic observations showed that meetings, whether among nurses or between nurses and other coworkers, were often used for protocol development, training, work allocation, administrative processes, and accountability mechanisms. Little time was allocated to nursing concerns, particularly with a view to transforming the organization of care or politicizing certain health issues. For some nurses, their very availability to participate in meetings was constantly jeopardized by their workload. The 11 nurses who took part in the collective process seized it as an opportunity to collectivize their experiences, considering the study a rare chance to discuss their practices more freely and to reflect upon them. However, when it came time to decide how to disseminate their practices, only one nurse was willing to do so on her own.

## DISCUSSION

The sociology of absences (2014) sheds light on how rational and biomedical knowledge dominates over contextual knowledge in the community health setting under study. Indeed, community care is not immune to the practices and reforms underway in the Quebec health system. The increased severity of the health problems being observed in the community, as well as the move to provide care in private homes rather than in hospitals, has made curative care a greater share of community health nurses' practice (Schofield et al., 2011). In the competition between curative care, preventive care, and health promotion activities, it is the latter that comes under pressure. Nurses' practical firsthand experience of patients' living conditions does not necessarily make them the credible advocates they wish they could be, for organizing care and collectively demanding the systemic actions that would improve health in the community.

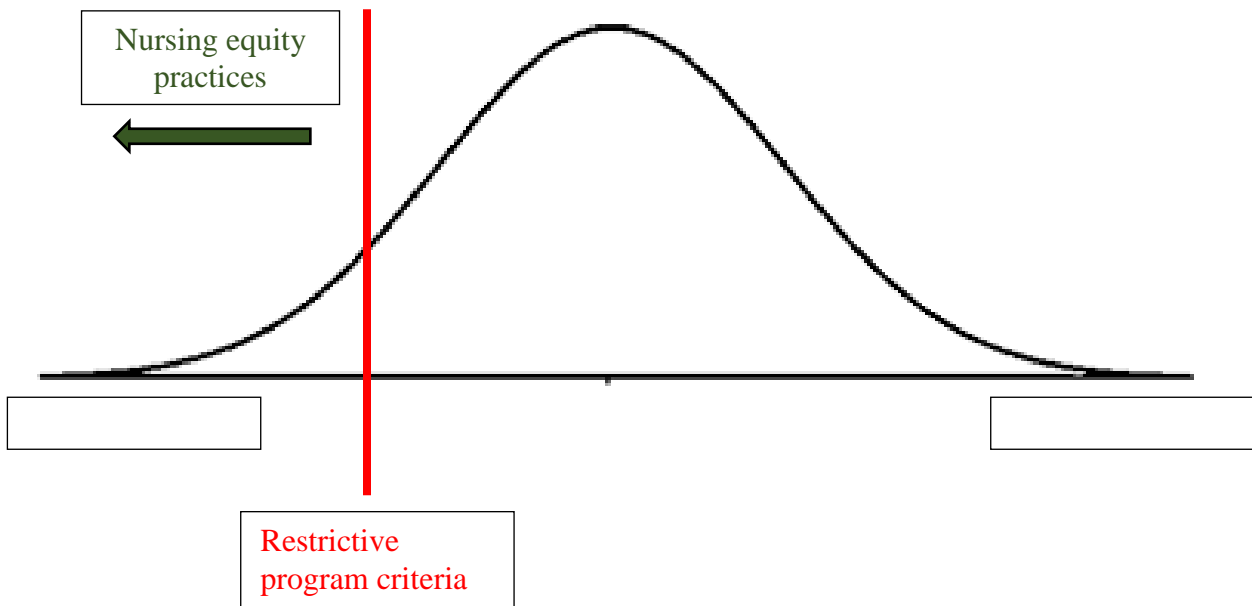
Organizational norms focussed on economic performance can define care in a way that conflicts with the definition nursing professionals favour (Richard & Laflamme, 2016). The sociology of emergence (Santos, 2014) sheds light on nursing practices that do not fit into the hegemony of economically profitable products. The study participants' work reflects health equity practices (Browne et al., 2012; Adeline Falk-Rafael & Betker, 2012b; Fish, 2010). By responding to material needs and advocating for access to care, nurses demonstrate their

efforts to deconstruct the barriers keeping the most disadvantaged patients from better health. Let us note that the participants themselves did not use the terms “equity,” “advocacy,” or “political action”; rather, they expressed their efforts as “meeting needs” or “doing what needs to be done,” thus highlighting the importance of looking at the nature of nurses’ actions to understand the meaning of their interventions.

Health equity can also be seen in the redistribution of resources to accommodate those most in need (NCCDH, 2015). To a certain extent, the study participants have some leeway in their daily tasks, and they make the quality of relationships (Falk-Rafael & Betker, 2012a) and the inclusion of people living in vulnerable situations the core values of their practice. Their in-depth knowledge of the programs and the target clientele allow them to “play with the rules,” most notably by making themselves available. Thus, nurses’ time is in and of itself a resource for health promotion. In addition, the participants were aware that they sometimes leave out certain elements from their assessments and that the result is not providing certain types of care. Since this study did not collect patients’ perspectives, we cannot verify whether the nurses’ actions meet their clientele’s expectations. However, by raising the restrictive thresholds to increase program accessibility for disadvantaged patients (see Figure 3), nurses ensure that this population’s needs can be more adequately met and gain recognition for the ability of service criteria to block access to care. Given the great effort required of nurses to make services accessible to some of their clients, we note that the structure of community health programs is aligned with the principles of market

justice, which asserts that individuals are entitled only to the goods and services they deserve (Boutain, 2015; NCCDH, 2015). In contrast, the nursing practices observed in this study are in keeping with a contextual definition of equity (Wilmot, 2012); indeed, they represent a political position that fosters social justice (i.e., a balanced distribution of society's benefits and burdens among all citizens and optimized social participation (Buettner-Schmidt & Lobo, 2012; Oliveira & Silva, 2018)). Unacknowledged by supervisors, equity nursing practices are, as Santos says (2014), “a waste of knowledge.”

**Figure 3: Representation of nursing equity interventions against the contexts of population vulnerability distribution and restrictive program access**



Some nurses take an advocacy approach to try to change the organization of care provision, but when they come up against barriers (Browne, Varcoe, Ford-Gilboe, & Wathen, 2015; Carnegie & Kiger, 2010), they opt for alternative avenues. As a result, and knowing that they are contravening certain health

system rules, these nurses tend to cover up their practices. Indeed, speaking of these practices would be an admission of disobedience. By covering them up, nurses shelter these practices from an organization that does not value them. In doing so, they pose a gesture that is useful to ensuring the viability of equity practices. However, camouflage can also have adverse effects. “Policy advocacy is the key,” wrote Reutter & Kushner (Reutter & Kushner, 2010, p. 275). Effective advocacy requires action that changes structures and policies. As recent studies have shown, organizations play a crucial role in attaining equity in health practices. They do so particularly through the following ways: supporting overburdened staff and ensuring that professionals practice to their full scope of their expertise (Figueira et al., 2018; Wong et al., 2014); tailoring services to needs (Browne et al., 2012; Ford-Gilboe et al., 2018; Lavoie, Varcoe, Wathen, Ford-Gilboe, & Browne, 2018; Meagher-Stewart et al., 2010; Wong et al., 2014); aligning organizational ideology with that of practitioners (Figueira et al., 2018; McPherson, Ndumbe-Eyoh, Betker, Oickle, & Peroff-Johnston, 2016; Meagher-Stewart et al., 2010); and supporting emerging situations and knowledge sharing (Lavoie et al., 2018; Meagher-Stewart et al., 2010). It would seem that, without organizational change, health equity is difficult to attain.

This equitable organization of care cannot do away with the involvement of the people concerned: “*Normative* need[s], those which are defined by an expert (e.g. GP, nurse practitioner, pharmacist), and *felt* need[s], asking people what they feel they need, ought to be taken into account in trying to attain vertical equity” (Wong et al., 2014, p.13). Community health nurses provide the full

continuum of services, from identifying needs, coordinating care, and directly delivering this care, to ensuring that the patient adequately receives it (Tronto & Maury, 2009). For this reason, their observations should be considered in decision-making about how care is provided. However, our study showed that nurses' narratives about their practice are not always taken into account, reminding us that nursing is entangled in issues of women's work (Robert & Toupin, 2018). Although nursing is a paid and public profession, not all the work done by nurses is recognized, thus underscoring the necessarily political nature of "care":

The political importance [of moral arguments] does not depend on the firmness of these women's opinions, the rightness of their cause or of what they accomplish. Rather, political realities determine the extent to which arguments of "women's morality" are taken or not taken seriously by political actors and public opinion (Tronto & Maury, 2009, p.32, translation).

The lack of legitimacy granted to field nurses' voices can have major consequences. If the experiences and knowledge of field nurses are not taken into account by managers in the organization of care, this care can become unequitable. Furthermore, patients may display resistance to the inadequate provision of care, while nurses who subordinate their own needs to those of their clientele may distance themselves from these patients, thus avoiding more complex needs (Tronto & Maury, 2009). Also, when nursing knowledge goes unrecognized by colleagues and supervisors, moral distress can occur among nurses (Falk-Rafael & Betker, 2012b; Richard & Laflamme, 2016). In other words, failure to listen to field nurses can have drastic consequences for the sustainability and quality of care provision in the community.

We should clarify, however, that not all participants went unheard. However, the inequity in the importance ascribed to nurses' input calls for a review of the very concept of nursing advocacy in community health. We propose that social inequities be included in Ezeonwu's (2015) model of community health nursing advocacy in the following three ways: First, they should be added to the Defining Attributes category, since nurses who are not believed tend to keep quiet and then take actions that deviate from the rules. Second, they should be included in the Consequences category, because advocates run unequal risks and therefore face differing consequences for their advocacy work. Third, we suggest to add in the Antecedents category prerequisite factors that make advocacy possible. This can be done by including a nurse-legitimacy factor regarding their health assessments of certain populations, as this influence authorities' receptivity to nurses' advocacy. In this effort, the receptivity of nurses who hold positions of influence and their solidarity with field nurses are both crucial elements. Epistemic inequalities "affect the ability of these people to say what they are experiencing, to testify about their experiences and, more fundamentally, to be considered reliable and competent subjects" (Épistémè, 2018, p. 6; translation); thus, eliminating these inequalities between nurses would be key to strengthening nursing advocacy. To reach this goal, building legitimacy in partnership with citizens' groups has already been attempted elsewhere, with successful results (Cardoso, Cezar-Vaz, Costa, Bonow, & Almeida, 2013; Nedlund & Bærøe, 2014). To reinforce nurses' legitimacy, it is necessary to take into account that healthcare institutions and nursing associations tend to shift the

responsibility for advocacy to individual professionals rather than fostering collective advocacy (Hubinette et al., 2014; Welchman & Griener, 2005). Since nurses do not all have the same opportunities for effective individual advocacy, its collectivization would indeed benefit all nurses. This type of advocacy is often overlooked in the literature on nurses' political action, even though collective advocacy indeed fits into feminist strategies to be heard (hooks, 2000). We point out that nursing advocacy will only be effective when field nurses have the necessary venues and resources to combine their voices, to bypass organizational barriers and minimize the consequences of advocacy on individuals.

## **CONCLUSION**

Our study shows that community health nurses adopt equity practices by meeting patients' material and social needs, by adjusting their approach, and by defending access to care. The study also demonstrates nurses' ability to negotiate care for certain patients despite restrictive administrative contexts. However, their knowledge of individuals, communities, and criteria for access to care is not necessarily recognized. Underlying this lack of acknowledgement is a negation of any type of care that does not meet the objectives of capitalist productivity. In this paper, these considerations allow us to take a different look at advocacy in nursing: although not necessarily absent, advocacy is limited by the epistemic inequalities affecting the nursing profession. This study contributes to nurses' sense of being recognized for otherwise unvalued practices, thus

highlighting the importance of collectivization in an organization of care that threatens health equity.

## References

- Abrams, S. E. (2010). Hope, ethics, and action for sustainable change. *Public Health Nursing, 27*(1), 1-2 2p. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00820.x
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques* (4e éd.). Paris: La Découverte.
- Beudet, N., Richard, L., Gendron, S., & Boisvert, N. (2011). Advancing population-based health-promotion and prevention practice in community-health nursing: Key conditions for change. *Advances in Nursing Science, 34*(4), E1-E12. doi:10.1097/ANS.0b013e3182300d9a
- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers* (1), 23-34.
- Boutain, D. (2015). Social justice in nursing: A review of literature. In M. de Chesney & B. A. Anderson (Eds.), *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research. 4th edition.* (pp. 21-29).
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., & Wathen, C. N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health, 14*(1), 152. doi:10.1186/s12939-015-0271-y
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., . . . Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research, 16*(1), 544. doi:10.1186/s12913-016-1707-9
- Browne, A. J., Varcoe, C. M., Wong, S. T., Smye, V. L., Lavoie, J., Littlejohn, D., . . . Khan, K. B. (2012). Closing the health equity gap: Evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health, 11*(1), 59. <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/59>
- Buettner-Schmidt, K., & Lobo, M. L. (2012). Social justice: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 68*(4), 948-958.
- Canadian Nurses Association (CNA). (2015). Advocacy. <https://www.cna-aiic.ca/en/advocacy>
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2010). *Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada Roles and Activities. 4th edition.* <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/pubs/3-1bk04214.pdf>

- Cardoso, L. S., Cezar-Vaz, M. R., Costa, V. Z. d., Bonow, C. A., & Almeida, M. C. V. d. (2013). Promoción de la salud y participación comunitaria en grupos locales organizados. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(6), 928-934.
- Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: A conceptual framework. *Health Promotion International*, 15(4), 369-376.
- Carnegie, E., & Kiger, A. (2010). Developing the community environmental health role of the nurse. *British Journal of Community Nursing*, 15(6), 298-305. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105031568&site=ehost-live>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carter, N. J. (2007). *Perceptions of challenges and knowledge and skill for community based nursing practice*. Dissertation. Illinois State University, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009982265&lang=fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost rzh database.
- Cawley, T., & Mannix McNamara, P. (2011). Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nursing*, 28(2), 150-158. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00921.x
- Cohen, B. E., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: A framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96-107. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04154.x
- Community Health Nurses of Canada (CHNC). (2019). CHN Professional Practice Model and Standards of Practice. Toronto. <https://www.chnc.ca/en/standards-of-practice>
- Coughlin, C. (2013). An ethnographic study of main events during hospitalisation: Perceptions of nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2327-2337. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04083.x
- Dallaire, C. (2008). L'action politique: une stratégie pour l'engagement professionnel. In Dallaire, C. (Edit.), *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession* (p. 455-482). Montréal: Gaetan Morin.
- Dallaire, M. (2002). *Cadres de collaboration des approches participatives en recherche: recension d'écrits*: Chaire Approches communautaires et Inégalités de santé, FCRSS/IRSC, Université de Montréal.

- De Sousa Santos, B. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against Epistemicide*. Boulder, CO: Paradigm Publishers.
- Desgroseilliers, V. (2016). *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis*. Québec City, Presses de l'Université Laval.
- Ducharme, F. (2018). Vers un leadership politique des nurses, ou comment changer les choses. *Perspective infirmière*, 15(5), 51-55. <https://www.oiiq.org/vers-un-leadership-politique-des-infirmieres-ou-comment-changer-les-choses>
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advance Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Équipe Épistémè. (2018). *Guide d'autoévaluation des démarches participatives à la lumière des inégalités épistémiques*. Montréal: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS).
- Ezeonwu, M. C. (2015). Community health nursing advocacy: A concept analysis. *Journal of Community Health Nursing*, 32(2), 115-128. doi:10.1080/07370016.2015.1024547
- Falk-Rafael, A. (2005). Speaking truth to power: Nursing's legacy and moral imperative. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012a). The primacy of relationships: A study of public health nursing practice from a critical caring perspective. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 315-332. doi: 10.1097/ANS.0b013e318271d127
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012b). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "The trombone slide" of nursing. *Advances in Nursing Science*, 35(2), 98-112. doi:10.1097/ANS.0b013e31824fe70f
- Figueira, A. B., Barlem, E. L. D., Amestoy, S. C., Silveira, R. S. d., Tomaschewski-Barlem, J. G., & Ramos, A. M. (2018). Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: Barriers and facilitators. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), 57-64.
- Fish, J. (2010). Conceptualising social exclusion and lesbian, gay, bisexual, and transgender people: The implications for promoting equity in nursing policy and practice. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 303-312. doi:10.1177/1744987110364691
- Ford-gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., . . . Wallace, B. (2018). How equity-oriented health care affects

- health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635-671.
- Gaumer, B., & Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 52-70.
- Gauvin-Lepage, J., & Lefebvre, H. (2016). L'approche collaborative de recherche. *Perspective Infirmière*, 13(2), 42-44.
- hooks, b. (2000). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Cambridge: South End Press.
- Hubinette, M., Dobson, S., Towle, A., & Whitehead, C. (2014). Shifts in the interpretation of health advocacy: A textual analysis. *Medical Education*, 48(12), 1235-1243. doi:10.1111/medu.12584
- Kalaitzidis, E., & Jewell, P. (2015). The concept of advocacy in nursing: A critical analysis. *The Health Care Manager*, 34(4), 308-315. doi:10.1097/HCM.0000000000000079
- Lassiter, L. E. (2005). *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M., & Browne, A. J. (2018). Sentinels of inequity: Examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research*, 18(1), 705. doi:10.1186/s12913-018-3501-3
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- McCall, S. (2011). *First Person Plural: Aboriginal Storytelling and the Ethics of Collaborative Authorship*. Vancouver: UBC Press.
- McCready, G., & Ouimet, L.-C. (2018). Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des nurses praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec. *Aporia*, 10(1), 34-45. doi:10.18192/aporia.v10i1.2774
- McCready, G., & Thifault, M.-C. (in press). Travailler auprès des familles indigentes: les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959). *Canadian Bulletin of Medical History*.

- McPherson, C., Ndumbe-Eyoh, S., Betker, C., Oickle, D., & Peroff-Johnston, N. (2016). Swimming against the tide: A Canadian qualitative study examining the implementation of a province-wide public health initiative to address health equity. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 129. doi:10.1186/s12939-016-0419-4
- Meagher-Stewart, D., Underwood, J., MacDonald, M., Schoenfeld, B., Blythe, J., Knibbs, K., . . . Ganann, R. (2010). Special features: Health policy: Organizational attributes that assure optimal utilization of public health nurses. *Public Health Nursing*, 27(5), 433-441. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00876.x
- Monfette, O., & Malo, A. (2018). Apprendre à naviguer dans les eaux troubles de l'analyse inductive: les interactions au profit de l'innovation. *Recherches qualitatives*, 37(2), 39-60.
- Morrisette, J. (2011). Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles. *Recherches qualitatives*, 30(1), 10-32.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH). (2015). *Let's Talk Advocacy and Healthy Equity*. Antigonish, N.S.: St. Francis Xavier University. [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Advocacy\\_EN.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Advocacy_EN.pdf)
- Nedlund, A.-C., & Bærøe, K. (2014). Legitimate policymaking: The importance of including health-care workers in limit-setting decisions in health care. *Public Health Ethics*, 7(2), 123-133. doi:10.1093/phe/phu016
- Oden, L. S., Price, J. H., Alteneider, R., Boardley, D., & Ubokudom, S. E. (2000). Public policy involvement by nurse practitioners. *Journal of Community Health*, 25(2), 139-155 117p. doi:10.1023/A:1005181724388
- Oliveira, M. A. d. C., & Silva, T. M. R. d. (2018). Health advocacy in nursing: Contribution to the reorientation of the Brazilian healthcare model. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 700-703.
- Ordre des nurses et infirmiers du Québec (OIIQ). (2012). *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*. <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-pour-linfirmiere-en-sante-scolaire-0>
- Ordre des nurses et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015a). *Standards de pratique pour l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. <https://www.oiiq.org/standards-de-pratique-pour-l-infirmiere-soins-de-proximite-en-perinatalite>

- Ordre des nurses et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). *Lignes directrices. Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.*
- Ordre des nurses et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015b). *Code de déontologie des nurses et infirmiers.*
- Reutter, L., & Kushner, K. E. (2010). 'Health equity through action on the social determinants of health': Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280. doi: [10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x)
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauve, M. S., & Garceau-Brodeur, M. H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Quebec. *Public Health Nurse*, 27(5), 450-458. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00878.x
- Richard, S., Laflamme, S. (2016). La santé psychique des travailleuses sociales du Québec et de l'Ontario. *Intervention*, 144, 55-70.
- Robert, C., & Toupin, L. (2018). *Travail invisible. Portraits d'une lutte féministe inachevée.* Montréal: Les éditions du remue-ménage.
- Royer, C. (2016). Parmi les questions posées par l'utilisation des méthodes qualitatives: qu'est-ce que la profondeur? *Recherches qualitatives, Hors-série*, 18, 17-26.
- Ryan, G. S. (2017). An introduction to the origins, history and principles of ethnography. *Nurse Researcher*, 24(4), 15-21. doi:10.7748/nr.2017.e1470
- Schofield, R., Ganann, R., Brooks, S., McGugan, J., Dalla Bona, K., Betker, C., . . . Slepkov, M. (2011). Community health nursing vision for 2020: Shaping the future. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), 1047-1068. doi:10.1177/0193945910375819
- Thifault, M.-C. (2012). *L'incontournable caste des femmes: histoire des services de santé au Québec et au Canada.* Ottawa: University of Ottawa Press.
- Tronto, J., & Maury, H. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du "care"*. Paris: La Découverte.
- Welch, D., & Kneipp, S. (2005). Low-income housing policy and socioeconomic inequalities in women's health: The importance of nursing inquiry and intervention. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 6(4), 335-342. doi:10.1177/1527154405283300

- Welchman, J., & Griener, G. G. (2005). Patient advocacy and professional associations: Individual and collective responsibilities. *Nursing Ethics*, 12(3), 296-304. doi:10.1191/0969733005ne791oa
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Wilmot, S. (2012). Social justice and the Canadian Nurses Association: Justifying equity. *Nursing Philosophy*, 13(1), 15-26.
- Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., . . . Tu, D. (2014). Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One*, 9(12), e114563. doi:10.1371/journal.pone.0114563
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.

### 5.3 Le discours et les pratiques de l'*advocacy* infirmier en santé communautaire

L'approche épistémologique ayant guidé la recherche a permis de faire connaître des savoirs infirmiers propres aux infirmières canadiennes-françaises. La recherche historique a surtout fait état des conceptions du travail lorsque les gardes-malades se déplaçaient dans les milieux de vie des personnes et des familles vivant en contexte de pauvreté. Dans les bulletins investigués se trouvaient à la fois un discours clérico traditionnaliste et un discours personnaliste. Le premier était reconnaissable par des textes qui appelaient les gardes-malades à se plier aux conditions de vie difficiles, à faire preuve d'abnégation et accepter les iniquités d'un monde injuste. Le deuxième se trouvait dans des écrits qui encourageaient les gardes-malades à s'unir afin de transformer les structures sociales et politiques qui permettent l'injustice, à agir pour construire un monde plus juste. Cependant, les bulletins contenaient moins de textes relatant les pratiques quotidiennes des gardes-malades à cet effet, produisant ainsi surtout un savoir lié aux conceptions véhiculées par une élite infirmière qui réclamait la supériorité morale de ses soins en misant sur un catholicisme empreint du personnalisme.

La recherche ethnographique a produit quant à elle des savoirs liés à des pratiques d'infirmières contemporaines lorsqu'elles font face aux conditions de vie difficiles des usagers. Ces pratiques ne sont pas étrangères aux valeurs communes au personnalisme, notamment celle de préserver la dignité humaine et de permettre aux personnes d'occuper leur rôle social. Les observations et la démarche collective ont permis de comprendre les contextes qui influencent les pratiques infirmières lorsqu'elles tentent d'agir politiquement afin de modifier l'organisation des soins. Parfois, elles adaptent ou

contournent les règles afin que les usagers puissent accéder aux soins. Parfois elles réclament des changements structurels. Parfois, elles camouflent leurs pratiques afin de les préserver. Dans le prochain chapitre de discussion, il sera question des significations de ces résultats pour l'organisation des soins, la réduction des inégalités de santé et l'action politique des infirmières.

## CHAPITRE 6

### DISCUSSION

Le but de cette recherche était de comprendre les choix faits par des infirmières francophones canadiennes en santé communautaire en matière d'action politique et de mettre en lumière les facteurs structurant ces choix. Les résultats montrent l'influence des contextes organisationnels sur les opportunités pour les infirmières d'exercer des actions politiques. Une attention particulière a été portée aux contextes qui ont entraîné après la Deuxième Guerre mondiale la techno-bureaucratization du soin, à laquelle s'opposaient les gardes-malades catholiques. Une approche communautaire du soin, c'est-à-dire un intérêt pour les causes sociales, économiques et politiques de la maladie, avait émergé chez certaines infirmières, plusieurs décennies avant l'organisation des services de santé communautaire par l'État.

En intégrant les principes et les valeurs d'infirmières catholiques à la grille d'observation d'ethnographie collaborative, j'ai pu tourner mon regard de chercheuse vers des pratiques contemporaines qui s'inscrivent en continuité avec celles des gardes-malades catholiques. L'ethnographie collaborative a fait ressortir les contextes incapacitants du travail actuel d'infirmières en santé communautaire, leur marge de manœuvre malgré les contraintes ainsi que leurs actes de résistance. Ceux-ci constituent des gestes politiques.

Le chapitre six expose la discussion de ces résultats et ses implications pour la discipline infirmière. Trois thèmes seront approfondis : la dominance du modèle

biomédical et de la reddition de compte, l'inégalité des infirmières<sup>13</sup> devant l'action politique et la nécessité de collectiviser. Les limites de la recherche sont ensuite présentées. Pour terminer, il sera question des retombées pour les divers domaines de la discipline infirmière.

### **6.1 La dominance du modèle biomédical et de la reddition de comptes**

Le volet historique a répertorié une diversité de savoirs infirmiers chez les gardes-malades catholiques. Ces infirmières estimaient que leurs soins étaient constitués d'un amalgame de science et de moralité, et que cette dernière ne devait pas être mise de côté au profit d'une vision administrative de l'organisation des soins. La dominance du modèle biomédical, de la technocratisation du soin et de la reddition de compte a été dénoncée par plusieurs (Falk-Rafael & Betker, 2012a; Grenier & Bourque, 2018; Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006; Krol & Lavoie, 2014; Lavoie, Varcoe, Wathen, Ford-Giboe, & Browne, 2018; Reutter & Kushner, 2010; Schofield et al., 2011; Tardif, 2016). Ma recherche s'ajoute aux dénonciations déjà soulevées en apportant un éclairage à la fois théorique et empirique sur ce que représentent ces dominations pour la viabilité du soin infirmier communautaire.

Mes résultats révèlent que les savoirs sociopolitiques faisaient déjà partie du corpus conceptuel des Sœurs de la Charité de Québec entre 1934 et 1959. Ces gardes-

---

<sup>13</sup> En discussion, il importe de noter que je ne propose pas une généralisation de mes résultats à l'ensemble des infirmières exerçant dans les missions CLSC au Québec. Le terrain de recherche restreint a permis de faire ressortir certains constats, lesquels peuvent ne pas s'appliquer à la réalité d'infirmières travaillant dans des organisations présentant des normes, valeurs et règles différentes. De plus, ma recherche s'est limitée à la perspective des infirmières prodiguant des soins directs, alors que celles exerçant d'autres fonctions (par exemple celle de cadre, gestionnaire, conseillère ou représentante syndicale) pourrait révéler un autre rapport à l'action politique.

malades catholiques luttèrent déjà contre la mécanisation du soin, particulièrement après la Seconde Guerre mondiale. Il y a donc lieu de se questionner sur l'intégration tardive de ces savoirs au bagage théorique fondateur de la discipline infirmière par Chinn et Kramer en 2012. En intégrant les résultats de la recherche historique dans la conception d'une grille d'observation pour l'ethnographie, j'ai émis l'hypothèse que la discipline infirmière bénéficierait d'un corpus de connaissances permettant de faire face aux dominations actuelles qui menacent la perpétuation du soin infirmier.

La prise en charge de la gestion des soins de santé communautaires par l'État n'a pas apporté de solution à la domination du modèle biomédical et de la reddition de comptes. Ces dominations apparaissent dans la pratique infirmière sous la forme de survalorisation de certains actes produisant des résultats à court terme et aisément quantifiables, par exemple la provision de soins physiques (soins de plaies, surveillance de la prise de médicament, vaccination). D'autres soins, ne répondant pas à ces critères, sont négligés, voire abandonnés. C'est le cas notamment de démarches faites avec le bénéficiaire, d'entretien du lien social permettant de développer une alliance thérapeutique, d'interventions en promotion de la santé (activités d'éducation à la santé, participation à des actions intersectorielles, actions de plaidoyer). La hiérarchisation de l'importance des pratiques de soin infirmier communautaire est démontrée par les résultats de l'ethnographie, dans la dissimulation faite par les participantes de certaines de leurs pratiques. La dissimulation indique *de facto* qu'elles travaillent au sein d'organisations qui ne valorisent pas les pratiques camouflées. La difficulté de la mise en pratique des savoirs communautaires et éthiques en contexte de GMF constitue un exemple révélateur de la domination des productions capitalistes en santé. Ce qu'il

importe de dénoncer, ce sont les types de soins infirmiers systématiquement mis de côté, soient ceux relatifs au domaine social.

Les infirmières ayant participé à la démarche collective ont insisté sur l'impossibilité de dissocier le soin médical du soin social. Or, en matière d'équité, ces deux types de soin sont essentiels. L'ethnographie a fait ressortir la présence d'espaces de discussion entre diverses professionnelles et soignantes, mais également que les temps dédiés à ces espaces étaient majoritairement occupés à diviser les tâches entre elles. Or, cette organisation du travail ne permet pas toujours un partage du travail où il y a une responsabilité commune des soins entre soignantes.

Les participantes ont également rapporté à plusieurs reprises l'importance du travail à long terme pour observer des résultats positifs sur la santé des bénéficiaires vivant dans des conditions de défavorisation. Ces résultats rejoignent les propos de Laperrière (2008), à savoir que la navigation dans les incertitudes, la participation des personnes concernées à la configuration de leurs soins et la dépendance de l'action infirmière quant aux événements et aux circonstances, font partie des caractéristiques du soin infirmier communautaire. Selon Laperrière, ces constituantes du soin communautaire entrent parfois en conflit avec les impératifs des programmes de santé publique orientés vers des actions prévisibles, contrôlables et mesurables. Il y aurait donc lieu de remettre en question le champ du possible et de l'impossible de l'action infirmière en contexte communautaire.

Les résultats de l'article *Speaking Up or Covering Up Equity Practices? The Primacy of Context in the Advocacy Opportunities of French-speaking Community*

*Health Nurses* montrent que les participantes faisaient face à des conflits lorsqu'elles devaient choisir entre les soins curatifs, les soins préventifs et les actions en promotion de la santé. Cela concorde avec le propos des auteurs qui rapportent les conflits éthiques vécus par les travailleuses sociales (Boucher et al., 2018; Larivière, 2018). J'ajoute que les infirmières vivent elles aussi des incompatibilités entre l'éthique professionnelle et l'éthique organisationnelle. Parce que le rôle infirmier comprend les soins curatifs, ce conflit apparaît de manière moins évidente que chez les travailleuses sociales. Les observations et les témoignages des participantes indiquent que la place des infirmières dans la gestion des problèmes sociaux associés aux problèmes de santé n'est pas nécessairement admise ni comprise. Cette convergence de la réalité des infirmières avec celle des travailleuses sociales accentue la nécessité de revoir en priorité ces contextes contraignants en vue de la création d'un système de santé plus équitable.

L'ethnographie révèle également que, dans le processus de priorisation, les participantes privilégiaient les soins curatifs; la part sociale du soin devient anémique, voire inexistante. Ce résultat entre en contradiction avec celui montrant des participantes dissimulant leurs interventions sociales. C'est que les participantes choisissaient tantôt de résister par des actions non valorisées par l'organisation, et tantôt de se plier aux règles. Le conformisme des participantes constitue un résultat dérangeant puisqu'il signifie qu'elles participent à l'appauvrissement du soin infirmier communautaire.

Ma recherche met en évidence les contextes qui amènent les infirmières vers cette transformation de pratiques. La déshospitalisation des usagers, c'est-à-dire le renvoi plus rapide à domicile, ainsi que l'idéologie gouvernementale préconisant la dispensation des

soins en dehors des hôpitaux accentuent l'acuité des conditions médicales des patients vivant dans la communauté. Ce constat est rapporté par Larivière (2018) en ce qui concerne les travailleurs sociaux, lesquels doivent gérer à la fois une augmentation du nombre de familles à suivre, l'accroissement de la complexité des cas et la réduction de ressources humaines pour intervenir. Les participantes à l'ethnographie qui exerçaient dans le milieu communautaire depuis plusieurs années ont rappelé à plusieurs reprises la complexification des situations sociale et médicale des personnes desservies. Parallèlement, les participantes devaient également composer avec les exigences d'une gestion axée sur les résultats. Il en résulte moins de soins de santé communautaire et plus de soins hospitaliers prodigués dans la communauté. Cette érosion du soin infirmier communautaire est préoccupante dans la mesure où les nouvelles recrues ne peuvent apprendre les actions en promotion de la santé si leurs mentors ne les pratiquent plus.

Plutôt que d'être conçues comme le reflet de préférences personnelles, les pratiques infirmières rapportées dans ma recherche soulignent les contextes sur lesquels il faut agir afin de préserver la santé communautaire. Les efforts que devaient fournir les participantes pour revendiquer un meilleur accès aux soins témoignent de l'idéologie de justice commerciale qui guide l'organisation des soins communautaires, c'est-à-dire que les personnes ont droit seulement aux biens et services qu'ils méritent. Tout comme plusieurs auteures en sciences infirmières (Boutain, 2015; Buettner-Schmidt & Lobo, 2012; Pauly, MacKinnon & Varcoe, 2009), je pense que les soins infirmiers communautaires ne peuvent s'exercer qu'à partir d'une perspective de justice sociale.

Les efforts déployés par les gardes-malades catholiques au cours de la période 1934 à 1959 et par les participantes à l'ethnographie, afin de contourner les critères restrictifs de programmes de santé et sociaux, signalent un système de santé qui opère selon une logique de marché. Les critères d'éligibilité aux programmes de santé sont prédéterminés alors que les raisons sociales, politiques et historiques ayant mené à l'obtention ou au déni des droits, de même que la possibilité pour les individus ou les groupes de modifier les règles d'accès aux droits, ne sont pas traitées au travers un mécanisme prévu à cette fin. Les gestes des infirmières que j'ai rapportés dans les articles réitèrent la valeur des théories postcoloniales (Browne, Smye & Varcoe, 2005) pour assurer l'inclusion des personnes marginalisées dans les manières d'organiser les soins.

Mes résultats rapportent le schisme existant entre les valeurs guidant la pratique infirmière en santé communautaire et celles préconisées dans le système de santé public. Je joins ma voix à celle d'autres auteures (McPherson, Ndumbe-Eyoh, Betker, Oickle & Peroff-Johnston, 2016) qui ont témoigné de la nécessité chez les infirmières ontariennes de naviguer à contre-courant de l'idéologie organisationnelle si elles veulent que leurs pratiques gagnent en équité. Dans le contexte où les CLSC ont traversé plusieurs réformes successives au cours des 20 dernières années, les annexant aux soins hospitaliers et de longue durée, il est urgent de rendre compte de la menace qui pèse sur la survie des pratiques de santé communautaire. Dans les faits, celle-ci dépend largement de la capacité des soignantes à contourner ou désobéir aux règles administratives et revendiquer en faveur de changements. L'identification des contextes problématiques constitue une première étape pour faciliter la passation des gestes infirmiers à un discours transformateur.

## 6.2 L'inégalité des infirmières dans l'action politique

L'article *Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959)* rapporte comment les gardes-malades catholiques utilisaient leurs connaissances pour améliorer la santé des familles démunies et revendiquer des transformations sociales et politiques. Le maintien ou la restitution de la fonction sociale des personnes faisait partie de leur mandat. Pourtant, cette modernisation du modèle catholique de soin ne semble pas avoir été considérée par ceux qui ont procédé à l'étatisation des soins de santé dans les années 1960. Ce manque de reconnaissance représente bien l'idée de production de l'ignorance élaborée par Sousa Santos (2014) de même que le dénigrement du savoir expérientiel rapporté par Méléis (2012).

Les résultats de l'ethnographie contemporaine montrent la persistance de cette non-reconnaissance. L'ethnographie souligne comment les infirmières d'aujourd'hui considèrent leur temps infirmier en tant que ressource et s'aménagent une marge de manœuvre pour perpétuer leurs pratiques équitables. La non-reconnaissance du travail infirmier identifiée en résultats est similaire à celle vécue par les travailleuses sociales, telle que mentionnée par Boucher et al. (2018) en termes de banalisation des expériences vécues, générant un sentiment d'être invalidées et non respectées sur le plan personnel. Ces résultats soulignent l'injustice épistémique vécue par les participantes.

Durant la période de l'ethnographie, c'est particulièrement lorsque les pratiques infirmières étaient liées à des problèmes sociaux que la parole infirmière n'était pas entendue. L'injustice épistémique portait également sur la manière dont les participantes

s'exprimaient et qui fait qu'elles n'étaient entendues. Cette question est ressortie de façon marquante lorsque j'ai partagé les extraits de verbatim que je voulais citer dans un rapport destiné aux administrateurs du Centre. La majorité a réagi négativement aux extraits que j'avais transcrits tels quels; elles sentaient un « manque de professionnalisme » dans leurs manières de s'exprimer. Je pensais faire preuve d'authenticité et de crédibilité en rapportant ces extraits, mais à la demande de plusieurs, j'ai « aplani » leur vocabulaire afin de le rendre plus « correct ». À l'inverse, quelques participantes ont choisi de préserver les extraits tels quels, convaincues que leur façon de s'exprimer était la bonne. Ces extraits d'histoires infirmières qui sont demeurés intacts, près du langage parlé, ont fait réagir certains acteurs du milieu et auditeurs à des conférences. Les infirmières prodiguant des soins directs y voyaient une preuve de crédibilité de ma recherche et un potentiel de généralisation puisqu'elles se reconnaissaient dans ces propos. Certaines occupant des postes où elles ne donnent pas de soins directs y décelaient un manque de crédibilité, une incompréhension ou un manque de « professionnalisme ».

Cette divergence d'interprétation du langage parlé, tant chez les infirmières de terrain que leurs homologues supérieures démontre deux faits. En premier, les infirmières prodiguant des soins directs apprennent à traduire leur pensée dans un langage plus formel que celui utilisé dans la pratique au quotidien avec leurs collègues afin d'être entendues. Celles désirant maintenir leur vocabulaire employé peut être interprété comme une volonté d'affirmer leur légitimité, une revendication cognitive, tandis que celles transformant leur vocabulaire peut démontrer une capacité de traduction interculturelle pouvant mener au dialogue contre-hégémonique tel qu'expliqué par de Sousa Santos

(2011). En deuxième, l'écart persiste quant aux registres d'expression et de compréhension utilisés entre les infirmières qui prodiguent des soins directs et les personnes qui prennent des décisions quant à l'organisation des soins. En effet, les infirmières ne constituent pas un groupe professionnel homogène. Dans les établissements de santé se trouvent des infirmières qui prodiguent des soins directs aux usagers, celles qui occupent des positions de gestion et des conseillères qui assurent la qualité des soins. Seules les infirmières qui prodiguent des soins directs occupent une position leur permettant de témoigner de ce qui se passe au moment de l'interaction entre elles et les usagers. Elles sont également les seules à pouvoir rendre compte des contextes et des environnements qui affectent la dispensation du soin, et la qualité de sa réception par l'utilisateur.

Lorsque l'incompréhension rencontrée par certains groupes d'infirmières, par rapport à d'autres, a pour conséquence de réduire leur crédibilité, l'injustice herméneutique survient : « we can imagine a scenario where hearers “tune out” when those speakers who are presumed incompetent take the microphone. » (Dieleman, 2015, p. 802) Cette injustice a également été rapportée par Clémence Dallaire qui affirme que les soins des infirmières sont « sous-analysés, non explicités dans le discours puisqu'on ne cherche pas à avoir le point de vue des infirmières qui, s'il est offert, est rarement écouté. » (Dallaire, 2008, p. 468). Au-delà du manque d'habiletés des soignantes à faire valoir leur point de vue, je soulève des questionnements quant à la possibilité qu'elles puissent bénéficier du soutien des conseillères et gestionnaires. Le manque de légitimité des infirmières prodiguant des soins directs laisse entendre qu'il se produit un transfert de

responsabilité de l'organisation vers les travailleuses de la santé lorsqu'il s'agit de justice sociale et d'équité, un constat rapporté par Törnquist, Andersson & Edberg (2013).

Les approches de proximité et la considération des parcours de vie dans le choix des interventions infirmières appropriées sont nécessaires afin d'éviter d'accroître les inégalités sociales en santé, voire même de les réduire. Une gestion descendante des effectifs en santé communautaire sans tenir compte de l'avis des infirmières soignantes constitue un dénigrement des savoirs développés par les infirmières. Plusieurs pratiques infirmières dissimulées correspondent à des indicateurs de performance d'une organisation de santé équitable, tel que rapporté dans une étude canadienne récente (Browne et al., 2012). Ces pratiques infirmières méritent d'être nommées parce qu'elles contribuent à l'équité en santé et sont garantes de meilleurs résultats pour la santé des personnes marginalisées, tel que démontré par Ford-Giboe et al. (2018).

La participation des infirmières qui prodiguent les soins à l'organisation même des soins apparaît essentielle à une gestion équitable en santé. J'abonde dans le même sens que la politologue féministe Joan Tronto, à l'effet que la contribution des conseillères et gestionnaires n'est pas suffisante : « Souvent, dans les bureaucraties, ceux qui déterminent de quelle manière il sera pourvu aux besoins sont très éloignés des conditions effectives de distribution et de réception du soin et, en conséquence, ils peuvent ne pas proposer des soins de qualité. » (2009, p. 151). Il a été nommé que les réformes centralisatrices des vingt dernières années dans le système de santé québécois ont contribué à l'éloignement entre le terrain et les paliers décisionnels (Contandriopoulos et al., 2014; Grenier & Bourque, 2018). Cet éloignement participe à

une situation favorisant la réponse inadéquate aux besoins et, le cas échéant, ce sont les soignantes qui assurent les soins directs aux bénéficiaires qui reçoivent les critiques.

Les infirmières ne sont pas toutes égales devant les possibilités d'agir politiquement. L'exaspération vécue par les participantes et leur sentiment de non-reconnaissance, évoqué à répétition, confirment que la non-participation des soignantes aux prises de décision quant à l'organisation des soins est cause de détresse parmi elles. Falk-Rafael et Betker (2012a) ont déjà mis en évidence la détresse engendrée par la lutte des infirmières contre les obstacles structureaux. Mes résultats précisent leurs différentes postures et indiquent qu'elles s'avèrent particulièrement vulnérables lorsqu'elles n'occupent pas une position professionnelle admettant l'action politique dans leur définition de tâches. Il convient donc de réfléchir à des véhicules de parole infirmière qui pourront servir à la fois à mettre en commun les savoirs infirmiers, en préserver la diversité, construire une action politique efficace et protéger les infirmières plus vulnérables des répercussions de l'action politique.

### **6.3 La diversité des actions politiques et la nécessité de collectiviser**

L'Association des gardes-malades catholiques offrait des opportunités pour valoriser des soins qui protégeaient la dignité humaine. En mettant sur pied un service social et en créant des associations permettant aux gardes-malades catholiques de revendiquer des changements sociaux, les Sœurs de la Charité de Québec ont institué des structures permettant la politisation des gardes-malades. Sans la religion pour aider à institutionnaliser cette contestation, je soulève une interrogation à propos des moyens accessibles aux infirmières pour contrer une technocratisation handicapante.

Les résultats de l'ethnographie rapportent que les participantes manquaient d'espaces pour collectiviser leurs pratiques. Ces opportunités sont essentielles afin de passer d'une action politique individuelle à une action politique collective. La mise en commun est d'autant plus importante qu'elle permettrait aux infirmières de contourner l'injustice épistémique relevée plus haut, qui tend à l'individualisation.

La dimension collaborative de ma recherche ethnographique a créé un espace de mise en commun dans le milieu. Les rencontres collectives ont permis aux participantes de partager leurs conceptions du soin et d'expliquer les choix qu'elles font à la lumière des contextes où elles interviennent. Pour ces infirmières, les relations qu'elles entretiennent avec les bénéficiaires et leurs collègues contribuent à la constitution d'une force collective. Par conséquent, j'avance l'idée que les infirmières devraient s'inspirer de modèles conceptuels du pouvoir qui comprennent cette dimension collective.

Les conceptions relationnelles et collectives du pouvoir émises par les participantes de ma recherche font écho à la métaphore de « the plant in the meadow » de Deborah Chansonneuve, rapporté par Rupert Ross :

The circle connects the spirits of all beings and things in a great, sacred whole. When connectedness to any part of the whole is lost or interrupted, the sense of sacredness is lost. As sacred is the most fundamental of all connections, when it is lost, people will destroy others, the environment, or themselves. (Ross, 2014, p. 57).

Dans cette vision cosmocentrique, le pouvoir correspond à la compréhension que nous avons de la place que nous occupons dans une constellation de relations et notre dépendance face à ces relations.

Les résultats de ma recherche indiquent que les participantes alignaient leur conception de l'action politique sur cette vision cosmocentrique. Par conséquent, je m'éloigne de la perspective anthropocentrique de l'action politique encourageant l'autonomie, le détachement et la maîtrise de soi et de son environnement telle qu'adoptée notamment par Sullivan, auteure privilégiée dans les écrits sur l'action politique en sciences infirmières : « The line position carries with it influence and power, and the staff position has neither, per se, although some people in staff position are able to accumulate influence. » (Sullivan, 2013, p. 23). Cette définition mise sur l'ascension professionnelle individuelle de certaines infirmières pour assurer le pouvoir de la profession. À l'instar de Martin & Alderson (2013), je m'inquiète des dangers de miser sur une telle conception du pouvoir politique, puisque « les abus de pouvoir dont les infirmières sont victimes proviennent aussi de hiérarchies internes à la profession, notamment de la part des gestionnaires des soins infirmiers, qui auraient tendance à agir de la sorte afin de combler un manque de pouvoir personnel. » (Speedy dans Martin & Alderson, 2013).

Dans la démarche collective de l'ethnographie, les participantes ont apprécié la création d'un lieu d'échange de leurs expériences, la possibilité de choisir les collègues avec qui partager, le cadre informel des rencontres et la liberté dans les choix de discussion. Dans les trois groupes, les discussions ont parfois pris des tournures émotives, ce qui témoigne du sentiment de sécurité et de confiance. La mise en commun a amené plusieurs bénéfices aux participantes, dont celui d'être conscientisées à la dimension systémique des problèmes qu'elles vivent. De tels espaces de mise en commun sont essentiels à la création de solidarité entre infirmières.

Dans un premier temps, les infirmières de terrain ont besoin d'espaces de rencontre pour mettre en commun leurs expériences. La collectivisation a déjà été pensée en contexte féministe. bell hooks (2000) met de l'avant le concept de « sisterhood » présent dans sa communauté et appelle les femmes à se remettre en question afin de développer un féminisme qui s'oppose au racisme et au capitalisme. Ce faisant, elle reconnaît la valeur de l'expérience comme moyen de bâtir cette solidarité : « We discovered that we had a greater feeling of unity when people focused truthfully on their own experiences without comparing them with those of others in a competitive way » (hooks, 2000, p. 59). Considérant la diversité des provenances sociales et culturelles des infirmières québécoises, elles devraient s'inspirer de ce type de féminisme pour bâtir leur solidarité.

Dans un deuxième temps, il est nécessaire de rendre publiques les expériences communes des infirmières soignantes, cela dans le but d'influencer l'organisation des soins. Poser des actions publiques à la suite d'une démarche collective peut permettre aux infirmières de sentir qu'elles ont prise sur leur travail. Les infirmières jouissent d'une grande crédibilité aux yeux du public; il s'agit d'un atout dont elles devraient tirer avantage. Elles pourraient également s'allier des groupes de citoyens afin de renforcer leur légitimité, tout comme l'ont montré Nedlund & Bærøe (2014). Seule, l'infirmière travaillant auprès des usagers qui exerce une action politique a peu de chance de réussite, en raison de l'injustice épistémique dont elle peut faire l'objet; mais en groupe et avec les citoyens, elles ont plus de chance d'être entendues. C'est par un tel réseau d'alliances qu'elles peuvent dénoncer des violences structurelles subies et revendiquer de meilleures conditions de travail. Elles rejoindraient ainsi l'épistémologie de l'engagement, telle que

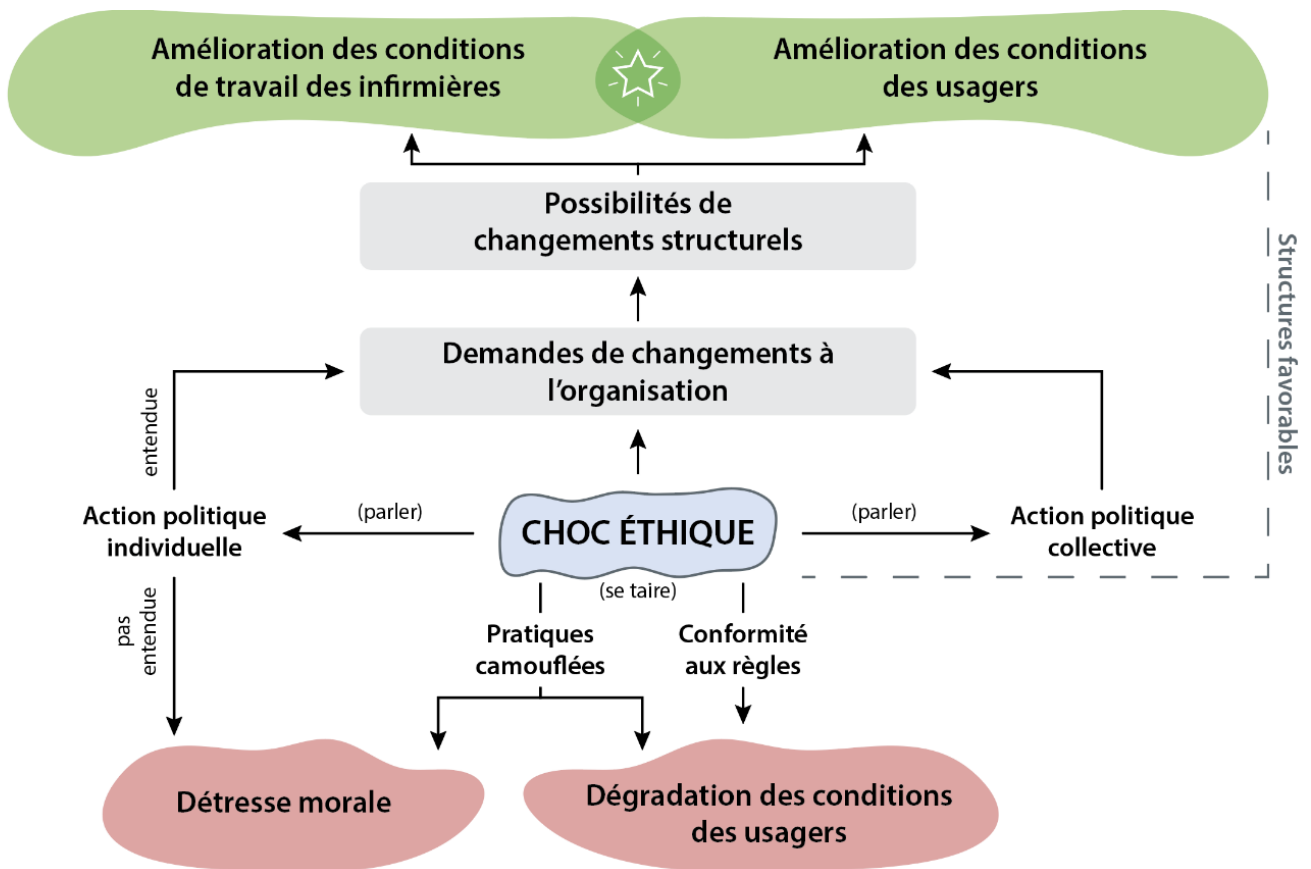
formulée par Piron (2017), de même que l'idée d'asseoir la crédibilité et l'identité professionnelle en soulignant les vulnérabilités des conditions, tel que prôné par Tronto (2009).

Le fait de se « mettre des œillères » lors de l'évaluation infirmière et de taire certaines de leurs actions montre que les participantes possédaient une conscience des facteurs politiques affectant leur travail. Les infirmières peuvent tirer avantage de l'ignorance de leurs supérieurs quant au travail de terrain qu'elles accomplissent conformément à leurs convictions éthiques et sociales; de même, elles se protègent de la répression qui peut s'abattre sur elles, lorsqu'elles choisissent de poser des actions politiques dans l'espace public. Cependant, à long terme, le maintien de ces pratiques n'est viable ni pour la santé des infirmières ni pour celle des bénéficiaires. Selon une étude menée récemment en Iran (Rooddehghan, ParsaYekta & Nasradabi, 2019), le rationnement des procédures de soins exécutées par les infirmières accroît l'iniquité des pratiques infirmières. Il serait judicieux d'examiner dans des recherches futures les « trajectoires » décisionnelles des infirmières qui mènent à une plus grande rationalisation des soins, ou au contraire, à des pratiques d'équité (camouflées ou non). Ce type d'étude enrichiraient la discipline pour connaître les éléments qui favorisent une réforme d'amélioration des milieux de soins ou une transformation structurelle impliquant une transformation des principes et relations de pouvoirs entre personnes bénéficiant des soins et administrateurs des soins. Plutôt que de renvoyer la responsabilité de l'action politique à un devoir individuel, je soutiens une responsabilité collective selon un modèle ascendant. Celui-ci valoriserait les pratiques des infirmières qui prodiguent des soins directs tout en les protégeant des potentielles répercussions négatives et

présenterait davantage de chance de produire une transformation structurelle. Déjà, j'ai pu observer une amorce de changement structurel par l'espace que j'ai créé avec la démarche collective de l'ethnographie collaborative.

À la lumière des résultats de recherche et des éléments discutés ci-dessus, je propose un schéma conceptuel (Figure 4) qui tient compte des inégalités épistémiques et des opportunités des infirmières quant à l'action politique :

**Figure 4. Inégalités épistémiques et opportunités d'action politique infirmière en santé communautaire**



Cette figure se veut une proposition éclairant la pratique infirmière en matière d'action politique. Lorsque les infirmières font face à des règles administratives qui entrent en conflit avec leurs valeurs, elles vivent un choc éthique. Deux comportements sont alors observés : se taire ou parler. L'option de se taire peut mener les infirmières à une détresse morale. Ne pas faire valoir le conflit de valeurs ne permet pas d'améliorer les conditions des usagers. En revanche, lorsque l'option de parler est choisie, il importe de réaliser que la parole infirmière n'est pas nécessairement entendue. La parole de l'infirmière qui est entendue peut mener à des changements organisationnels et à l'amélioration des résultats pour les usagers et les infirmières. Si les infirmières bénéficient de structures favorables à l'action politique collective, elles se trouvent protégées des effets secondaires de l'injustice épistémique.

Des recherches ultérieures à propos de la mise en application de ce schéma conceptuel sur l'action politique infirmière permettraient de l'enrichir.

#### **6.4 Forces et limites de l'étude**

Dans cette recherche, l'approche épistémique et l'emploi de méthodes permettant de révéler ce qui n'est pas dit ouvertement ont enrichi les résultats. Cependant, il convient de préciser les forces et limites de ces choix.

En ce qui concerne la recherche historique, les sources primaires consultées rapportent davantage le discours des gardes-malades que leurs pratiques. Les *Bulletins* contenaient peu de textes relatant leurs expériences quotidiennes auprès des personnes et familles vivant en contexte de défavorisation. Aussi, le tirage était plutôt modeste et bien

moindre que celui du bulletin rival, la *Garde-malade canadienne-française* (Germain, 1985). Ainsi, la perspective rapportée dans les résultats de la recherche historique représente un modèle de soins infirmiers francophones canadiens parmi d'autres. La description de l'action politique de ces infirmières aurait pu être plus étayée en élargissant l'enquête à d'autres sources primaires. Il n'en demeure pas moins que le modèle examiné ici est inédit, en particulier parce que cette source primaire a été très peu investiguée par les historiennes du nursing et qu'elle révèle l'influence du personnalisme chrétien dans la dispensation de soins communautaires. Les connaissances développées dans le volet historique ont permis d'élaborer la grille d'observation pour l'ethnographie et ainsi montrer un héritage de savoirs en matière d'action politique infirmières et sa continuité dans le temps.

Pour l'ethnographie, autant la manière dont je suis entrée sur le terrain de recherche, soit en tant que bénévole, que mon expérience de neuf années en santé communautaire ont influencé le recrutement des participantes. La posture bénévole permet d'accéder à une « vue par en bas » (Laperrière, 2013). Cela a eu un effet positif sur la diversité des infirmières participantes, en particulier l'inclusion d'infirmières ayant un niveau de scolarité moindre que le baccalauréat universitaire. La santé communautaire est souvent considérée comme une pratique réservée aux détentrices de baccalauréat. Ma recherche vient ainsi exposer les savoirs de ces infirmières malgré leur faible niveau de scolarité. De plus, le fait de ne pas avoir imposé le concept d'*advocacy* aux participantes a facilité l'accès à la perspective émique au sujet de l'action politique. Les moyens de recrutement traduisent les postulats de départ : les infirmières prodiguant des soins directs

sont savantes, leurs actions sont porteuses de plus de connaissances que leurs discours et les contextes importent afin de comprendre leurs pratiques.

Ne se limitant pas à la validation de mes interprétations, la co-analyse effectuée avec onze infirmières a dépassé la simple validation de mes interprétations, dans la mesure où elle a permis d'en développer de nouvelles : la nécessité de tenir compte de l'imprévisibilité des conditions de vie des usagers, l'identification des valeurs qui animent les infirmières dans les choix qu'elles font, la valeur de l'expérience pour prodiguer des soins de qualité et l'impossibilité à séparer les dimensions sociale et médicale du soin. Cependant, certaines infirmières n'ont pu participer à la démarche collective, faute d'avoir été libérées ou en raison d'horaires de travail atypiques.

Autant par le volet ethnographique que par le volet historique, cette recherche souligne de nouvelles représentations de l'action politique chez les infirmières, à savoir une opposition par leurs gestes à la technocratisation du soin et leur adhésion aux valeurs de justice sociale et d'équité. Ces pratiques, moins visibles et moins valorisées au sein de la profession que les actions dites de « leadership », témoignent, néanmoins de différentes représentations de l'action politique, lesquelles peuvent sembler plus accessibles socialement pour des infirmières issues de divers milieux culturels ou socio-économiques ou y oeuvrant. Cependant, il convient de préciser que je n'ai pas procédé à une analyse ethnoculturelle des actions politiques des participantes, laquelle pourrait faire l'objet de recherches ultérieures.

Des obstacles à la participation ethnographique doivent également être rapportés. Je n'ai pas accompagné toutes les infirmières dans leur travail, en particulier celles qui

travaillaient seulement quelques jours par mois. Les infirmières nouvellement arrivées étaient plutôt réticentes à participer, occupées par l'intégration dans leur nouveau travail et ne percevant pas clairement leur potentiel de contribution à la recherche. Il est donc possible que ces limites de participation aient pu entraîner une légère distorsion ayant pour effet la surestimation du niveau d'engagement politique des infirmières, puisque les participantes étaient les infirmières les plus engagées dans leur travail. Le fait de créer, pour la recherche, un espace de mise en commun qui n'existait pas a également pu provoquer l'action politique.

La recherche collaborative menée en établissement de santé institutionnel est plutôt rare, ce qui porte à penser que les bénéfices d'un tel devis dépassent ses inconvénients. La démarche collective est venue créer un espace de pratique réflexive pour les infirmières. Cet espace, de même que l'analyse effectuée avec les participantes, renforcent la crédibilité de ma recherche tout en rendant la relation entre chercheuse et participantes un peu plus égalitaire (Laperrière, 2009; Lassiter, 2005). Ce type de processus aboutit à la création d'un « langage hybride » (Laperrière, 2009, p. 82), perceptible dans l'utilisation d'expressions propres au vocabulaire de terrain employé par les infirmières en santé communautaire, à même la présentation des résultats de recherche. Les histoires tirées des verbatim de la démarche collective ou des extraits de mon journal ethnographique ont été retravaillées avec les participantes, contribuant à la qualité et à la richesse des descriptions. L'ethnographie collaborative a le mérite de faire reconnaître la perspective éémique d'un groupe d'infirmières souvent passé sous silence dans les écrits. En faisant collaborer les participantes à la construction des connaissances, je réponds au besoin de donner une voix aux infirmières qui prodiguent des soins directs.

Je participe ainsi à ce qu'Anadón qualifie de recherche éthique, qui répond « aux demandes d'une société démocratique et libre » (2006, p. 13).

La réflexivité constitue une pièce maîtresse de la crédibilité de l'ethnographie collaborative (Lassiter, 2005). Les mesures que j'ai instaurées afin de faciliter ma réflexivité étaient les suivantes : l'utilisation d'un journal de bord et les retours périodiques à son contenu, d'une part, ainsi qu'une prise de distance par rapport au milieu de recherche à travers ma participation à des séminaires du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CRÉMIS). Ces moyens m'ont permis d'envisager mon propre positionnement d'un point de vue critique et de « faire parler » les différentes subjectivités. Ces méthodes sont identifiées par Savoie-Zajc (voir Anadón, 2006) et Beaud et Weber (2010) comme contribuant à la crédibilité de la recherche qualitative, en particulier en contexte d'ethnographie.

L'utilisation du guide du CRÉMIS sur l'analyse des injustices épistémiques (Équipe Épistémè, 2018) a également servi à structurer une partie de l'analyse des données. De plus, la durée de ma présence sur le terrain, 420 heures échelonnées sur un total de seize mois, de même que l'analyse concomitante à la collecte des données ont permis d'approfondir considérablement les résultats (Royer, 2016).

Certaines facettes des pratiques infirmières ont été mises de côté lors de la recherche. Les usagers n'ont pas été questionnés quant à leur perspective sur les soins reçus, ce qui limite l'évaluation de l'adéquation entre la planification du soin de l'infirmière et sa réception par l'usager. Aussi, j'ai privilégié la perspective des infirmières soignantes, laquelle tendait à reporter les obstacles à leur pratique sur des

facteurs extrinsèques à elles-mêmes ou à la profession. Ceci a pu réduire la contribution d'autres influences, par exemple celle de l'identité professionnelle des participantes quant à leur propre rôle. Par ailleurs, dans la démarche de co-analyse, les sujets qui faisaient consensus ont été retenus, au détriment de ceux qui tendaient à diviser les infirmières.

En outre, en concentrant ma recherche sur la perspective des infirmières prodiguant des soins directs, celle des infirmières occupant d'autres fonctions n'a pas été examinée. Cette autre perspective aurait pu fournir matière à définir d'autres contraintes ou facilitateurs de l'action politique infirmière<sup>14</sup>. Ces avenues mériteraient d'être étudiées au cours de recherches futures.

Enfin, j'ai choisi un centre de santé qui cumulait une riche histoire d'intervention avec et pour une communauté anciennement très défavorisée. Ce choix augmentait les chances de trouver des pratiques infirmières en matière d'action politique. Cette situation historique peut être perçue comme une force, un riche terrain contribuant à documenter et à « faire exister » des pratiques infirmières menacées. Elle peut également imposer une limite à l'horizon de généralisation de la recherche puisqu'il est possible que les autres centres de santé n'offrent pas un environnement aussi favorable à ce type de pratiques. En présentant les résultats de l'ethnographie lors d'événements québécois, canadiens et internationaux, j'ai reçu plusieurs témoignages d'infirmières en santé communautaire qui confirment que les contraintes contextuelles rapportées par les participantes de ma

---

<sup>14</sup> Ainsi, cette thèse illustre une diversité des actions politiques infirmières, où les actions des infirmières prodiguant des soins directs aux usagers (incluant les actions moins visibles dans l'espace public) sont complémentaires – et non exclusives – à d'autres types d'actions (plus visibles) déjà rapportées dans les écrits.

recherche étaient également vécues ailleurs. Cela est révélateur de la transférabilité des résultats.

## **6.5 Implications**

Plusieurs résultats et constats issus de ma recherche sont pertinents pour l'avancement de la discipline infirmière. Cette section présente les implications de ma recherche dans les cinq domaines suivants : la recherche, l'organisation des soins, l'enseignement et la formation, la législation et la pratique infirmière.

### **6.5.1 Recherche**

Sur le plan de la recherche historique, plusieurs pistes mériteraient d'être explorées. Par exemple, étudier les conflits entre les deux associations d'infirmières canadiennes-françaises au cours de la période de 1928 à 1976 permettrait d'émettre des constats à propos des types de savoirs qui étaient valorisés et les éléments sur lesquels les élites infirmières comptaient pour construire leur crédibilité. Il serait également pertinent d'examiner comment les pratiques en matière de santé communautaire se sont transmises d'une génération d'infirmières à une autre au moment de la déconfessionnalisation de la gestion des établissements de santé et lors de la création des CLSC. Ces recherches apporteraient des explications quant à l'élaboration et au maintien des savoirs chez ce groupe de professionnelles féminines.

Le devis original de ma recherche et les résultats qui en découlent sont porteurs de connaissances quant aux méthodes employées pour faire de la recherche en sciences infirmières. La recherche historique m'a mis en état de constater les conceptions et

pratiques actuelles qui concordent avec une forme de moralité du soin infirmier. Elle a également permis d'accéder au contexte politique du soin : les effets de la technocratisation, l'absence de structures de collectivisation et la condition de la femme professionnelle dans le système de santé. Dans le contexte où les infirmières vivent d'importantes contraintes dans l'exercice de leurs pratiques, il est primordial que les chercheuses se dotent de cadres théoriques et de méthodes rendant accessibles les pratiques qui ne coïncident pas avec les discours officiels. De telles méthodes favorisent l'intégrité de la recherche infirmière et la viabilité des savoirs propres à la discipline.

En ce qui concerne les pratiques actuelles d'action politique, le modèle que j'ai proposé en discussion reste à tester. Les prescriptions d'action politique sont fréquentes dans les médias et dans les écrits infirmiers. Ma recherche a soulevé l'importance des inégalités d'opportunité d'action infirmière. Des recherches sur les stratégies employées par diverses catégories d'infirmières afin de faire valoir leurs perspectives sur les soins de qualité et équitables ainsi que les issues de ces démarches enrichiraient les savoirs politiques en sciences infirmières.

### **6.5.2 Organisation des soins**

Ma recherche a souligné le rôle crucial joué par les organisations pour générer les opportunités permettant aux infirmières prodiguant des soins directs d'exercer des actions politiques fructueuses. Ces résultats rejoignent les constats d'études récentes (plusieurs sont canadiennes) sur le rôle crucial des organisations pour l'équité en santé (Browne et al., 2012; Figueira et al., 2018; Ford-gilboe et al., 2018; Lavoie et al., 2018; McPherson et al., 2016; Wong et al., 2014). Les gestionnaires, les représentants syndicaux et les

conseillères en soins infirmiers font partie des personnes qui jouent des rôles déterminants dans l'organisation des soins. Ces personnes occupent des positions hiérarchiques qui comptent l'action politique parmi leurs tâches officielles. Elles ont par conséquent un pouvoir d'influence sur les politiques en matière d'organisation des soins et de gouvernance en santé. Leur apport peut favoriser les actions politiques collectives chez les infirmières, à condition qu'elles choisissent cette voie.

À propos de la mise en commun des expériences infirmières, il importe de distinguer les rencontres où le travail est divisé (ou réparti) entre les soignantes et les rencontres où il y a possibilité de partager le travail. Le partage implique un apport individuel au groupe qui contribue à une construction commune. C'est le processus emprunté dans la démarche collaborative de ma recherche. Le partage implique de laisser une large place d'expression aux participants. Cette distinction est importante lors de l'évaluation des possibilités d'action collective.

Les gestionnaires, représentants syndicaux et conseillères en soins infirmiers devraient porter une attention particulière aux politiques et règles organisationnelles qui peuvent mettre en danger les pratiques du soin communautaire, la santé des infirmières et l'équité en santé. On peut s'inquiéter par exemple d'exigences de mobilité de la main-d'œuvre soignante ou d'élargissement du territoire desservi par les infirmières. Ces exigences traduisent un modèle de gestion qui déracine les infirmières des territoires qu'elles connaissent et empêchent les communautés de profiter des savoirs acquis à travers le temps par celles qui restent et s'investissent dans les quartiers. Cette dislocation a pour conséquence l'aggravation de la désaffiliation des groupes de la communauté plus

vulnérables, et nourrit la perception chez les infirmières que leur travail ne compte pas. En sciences infirmières, Wong et al. (2014) ont élaboré, à partir d'études empiriques menées au Canada, 17 indicateurs pour mesurer la performance des établissements de santé en matière d'équité. Les leaders en sciences infirmières devraient s'inspirer de ces indicateurs pour évaluer le niveau d'équité de leur organisation, tout en continuant de porter un regard avisé sur les particularités de l'organisation des soins communautaires au Québec et sur les réalités locales.

Les conseillères en soins infirmiers devraient s'appuyer sur le modèle et les normes de pratique d'IISCC (2019) pour défendre les pratiques et le jugement des infirmières auprès des gestionnaires des établissements de santé. Ce modèle, qui décrit les pratiques infirmières en santé communautaire, inclut plusieurs actions politiques :

L'infirmière en santé communautaire :

- Encourage l'attribution de ressources dans une perspective de justice sociale.
- Revendique des politiques publiques favorisant la santé et la justice sociale en participant à des activités portant sur l'élaboration des lois et des politiques qui ont des répercussions sur les déterminants de la santé et l'accès aux services.
- Prend des mesures avec et pour le client, que ce soit au niveau organisationnel, municipal, provincial, territorial ou fédéral, pour combler les lacunes de services, remédier aux disparités en matière de santé et aux problèmes d'accessibilité.
- Évalue et adapte les efforts déployés pour améliorer l'accessibilité aux services de santé et communautaires ainsi que l'équité en matière de santé.

(IISCC, 2019, p. 22-23)

Il est difficile de modifier les cultures des établissements de santé parce qu'elles découlent notamment d'agendas ministériels. Cependant, le simple fait de reconnaître publiquement à l'intérieur d'une organisation les conflits pouvant exister entre les mécanismes de reddition de compte au gouvernement et l'éthique professionnelle des soignantes pourrait contribuer à réduire la détresse morale de ces dernières. Ces moments où sont reconnues les impasses idéologiques, même s'ils n'apportent pas nécessairement de solution immédiate, entretiennent un dialogue d'ouverture à l'égard des perspectives des différents acteurs.

### **6.5.3 Cadre législatif**

Il est surprenant de constater à quel point les principes propres à la santé communautaire ont été évacués des conceptions du soin infirmier au Québec, malgré une riche histoire d'intervention en la matière. Une brève comparaison entre le modèle et les normes de pratique prônées par IISCC (2019), et les documents guidant la pratique infirmière québécoise (OIIQ, 2014a, 2014b, 2015b) suffit pour constater la pauvreté conceptuelle qui sévit actuellement en la matière dans la province québécoise.

Les participantes à ma recherche ethnographique ont toutes témoigné de l'importance de la dimension sociale du soin. Mes observations démontrent que les pratiques d'équité des infirmières vont bien au-delà de l'offre de soins dans la communauté. Les participantes adhèrent aux principes de la santé communautaire, suivant lesquels la santé est ancrée dans une réalité locale, les membres des communautés participent aux décisions relatives à la santé, et les soins sont prodigués dans une perspective de justice sociale. Afin de remédier au décalage entre la pratique et le

discours officiel de la profession, je recommande d'ajuster la définition du champ d'exercice infirmier au Québec.

Un champ d'exercice consiste en une description de la profession qui fait « ressortir la nature et la finalité de sa pratique ainsi que ses principales activités » (OIIQ, 2016, p. 3). Il « établit le domaine de pratique – la marque distinctive de la profession – et balise le contexte d'application des activités réservées aux membres de l'ordre professionnel » (OIIQ, 2016, p. 3). À l'heure actuelle, le champ d'exercice est défini dans l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers de la manière suivante :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (OIIQ, 2016, p. 3).

Cet énoncé ne comporte aucun élément d'action infirmière en lien avec la promotion de la santé ou l'équité en santé. L'article 39.4 du Code des professions inclut la promotion de la santé dans les activités professionnelles non réservées. Cependant, dans le document portant sur les « soins de santé de proximité (soins dans la communauté) » (OIIQ, 2014a), aucun exemple de promotion de la santé ou d'équité n'est donné.

Dans le contexte actuel, où les politiques de santé visent de plus en plus à soigner les gens à l'extérieur des hôpitaux, il est essentiel que la profession développe une compréhension approfondie des distinctions entre offrir des soins dans la communauté et faire de la santé communautaire. Ma thèse a bien expliqué les principes des soins

infirmiers communautaires, lesquels diffèrent des soins infirmiers prodigués en contexte hospitalier. Pour les infirmières qui soignent directement les bénéficiaires, un appui conceptuel et législatif crédibiliserait leurs interventions politiques ayant pour but l'équité en santé. Ces changements contribueraient à réduire les injustices épistémiques vécues par les infirmières en santé communautaire. Ils sont également nécessaires afin de former adéquatement les prochaines générations d'infirmières et les nouvelles recrues qui exerceront en contexte communautaire.

#### **6.5.4 Enseignement et formation**

En matière d'enseignement et de formation des infirmières, ma recherche souligne l'importance des contextes, lesquels façonnent les pratiques des infirmières. Tout comme elle a été utilisée dans ma recherche, l'histoire peut constituer une méthode d'enseignement pour développer l'esprit critique et la capacité d'analyse des contextes événementiels, notamment pour déceler leur impact sur les pratiques des infirmières. L'étude historique entraîne la remise en question des raisons qui expliquent la disparition ou la perpétuation de certaines pratiques infirmières. En tournant le regard vers les mouvements sociaux, les événements politiques et les transformations des systèmes de santé, une compréhension des pratiques infirmières en tant que miroir de la société se construit.

Pour développer les compétences en matière d'action politique, il est essentiel que les infirmières sachent identifier les facteurs structurels qui influencent leur pratique et comment agir sur ceux-ci. Comme mentionné par Nguyen et Blais (2007), l'efficacité de l'utilisation de situations authentiques pour favoriser ces apprentissages a été démontrée.

Puisque l'action politique est obligatoirement conditionnée par les événements, les étudiantes bénéficieraient d'être placées non pas en contexte « idéal » de pratique de soins, mais plutôt en contexte réel, lequel présente des contraintes.

Puisque les conditions pour prodiguer un soin idéal sont rarement réunies, en raison de diverses contraintes, l'action politique devrait faire partie intégrante de toute mise en situation d'apprentissage des infirmières et étudiantes. Ces situations authentiques donneraient l'opportunité aux apprenantes d'identifier les contraintes, développer des stratégies pour leur faire face ou les contourner et anticiper les conséquences de ces décisions. Dans les cours qui traitent spécifiquement de l'action politique, les étudiantes pourraient partir de situations vécues au travail ou en stage pour développer leurs savoirs.

Pour faire suite aux résultats de ma recherche, un enseignement de l'action politique incluant une diversité d'actions politiques, c'est-à-dire autant formelles qu'informelles, ainsi qu'une attention spéciale aux inégalités épistémiques et à l'action collective rendrait l'action politique accessible à un plus grand nombre d'infirmières.

### **6.5.5 Pratique infirmière**

Ma recherche rapporte l'opposition entre une téléologie de contrôle et de prédiction des soins infirmiers et le caractère imprévisible de l'action politique. Cette discordance paradigmatique de l'agir a été mentionnée par la philosophe Jetté-Soucy (1998) comme centrale à la nature « tragique » de l'action politique. Afin d'alléger le fardeau de désarroi éthique porté par plusieurs infirmières en santé communautaire, il

importe que celles-ci saisissent cette discordance. En acceptant le caractère parfois imprévisible des actions infirmières (politiques), les infirmières seraient peut-être davantage disposées à prendre des risques.

Les contextes influençant l'action politique infirmière soulevés dans ma recherche sont d'une grande importance dans la mesure où ils permettent aux infirmières qui soignent d'identifier des filons de mise en commun de leurs expériences. Par ailleurs, ma recherche signale les risques associés au camouflage de pratiques ou à la conformité aux règles. Bien que ces options puissent être privilégiées à court terme, elles présentent le risque d'accentuer la détresse morale vécue par les infirmières et potentiellement de miner les conditions de vie des bénéficiaires et les soins qui leur sont destinés. Ces résultats en main, et en tenant compte des injustices épistémiques vécues par les infirmières, la première action politique que je suggérerais aux infirmières serait de réclamer des espaces de mise en commun de leurs expériences. Ce premier pas mènerait à l'instauration d'une structure favorable aux autres actions politiques.

## CONCLUSION

Cette thèse témoigne des conceptions et des pratiques d'action politique des infirmières francophones canadiennes en santé communautaire à partir des contextes influençant leur travail. Ce faisant, la thèse a ouvert « la boîte noire » de l'action politique infirmière afin de fournir des explications contextuelles et alternatives au déficit d'habiletés des infirmières en la matière. Par la recherche historique et l'ethnographie collaborative, j'ai pu accéder à des savoirs propres aux infirmières francophones canadiennes. Les résultats montrent l'attachement des infirmières aux valeurs d'équité et de justice sociale, leurs pratiques visant à préserver la dignité humaine et leurs luttes face aux procédés de bureaucratisation et technocratisation des soins.

Cette étude rappelle que les soins infirmiers communautaires sont menacés par la dominance de la reddition de compte et la biomédicalisation des soins. Les signes de cette menace sont visibles à l'intérieur de la profession par le désarroi éthique vécu par celles qui prodiguent des soins aux personnes les plus marginalisées. Le péril est également perceptible à travers l'absence de mécanismes organisationnels permettant aux infirmières de traiter les causes systémiques des inégalités de santé. Ce déficit structurel, en plus d'inhiber l'amélioration des conditions de vie des usagers et, par le fait même, d'accroître la charge de travail des infirmières, crée un sentiment d'impuissance chez elles.

La dénonciation régulière dans les médias des piètres conditions de travail des infirmières fait poindre l'opportunité pour les infirmières de miser sur une alliance avec

les groupes de citoyens afin de faire reconnaître la dimension équitable de leurs soins. Cette alliance entre pouvoir infirmier et pouvoir citoyen pourrait représenter une voie alternative pour contrer l'injustice épistémique dont elles font l'objet. L'ancrage dans des perspectives postcoloniales et féministes représente une nouvelle avenue de conception et de pratique du pouvoir infirmier.

## RÉFÉRENCES

- Abrams, S. E. (2010). Hope, ethics, and action for sustainable change. *Public Health Nursing*, 27(1), 1-2. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00820.x
- Anadón, M. (2006). La recherche dite «qualitative» : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Ansart, P. (1996). Sociologie et histoire (1960-1990), quels paradigmes communs? Dans B. Lefebvre & N. Baillargeon (dir.), *Histoire et sociologie : positions épistémologiques et propositions pédagogiques*. Montréal, Canada : Les Éditions Logiques.
- Arcangeli, A. (2013). *Cultural history: a concise introduction*. New York, NY : Routledge.
- Association canadienne de santé publique (ACSP). (2010). *La pratique infirmière en santé publique – en santé communautaire au Canada. Rôles et activités* (4<sup>e</sup> éd.). Ottawa, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/pubs/3-2bk04214.pdf>
- Baillargeon, D., & Roy, F. (1996). Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50(1), 29-68.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : La Découverte.
- Becker, H. S. (2009). *Comment parler de la société. Artistes, écrivains, chercheurs et représentations sociales*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Benjamin, J. R. (1998). *A Student's Guide to History* (7<sup>e</sup> éd.). Boston, MA : St-Martin's Press Inc.
- Bergeron, P., Chapados, M., Lapointe, G., Lemieux, L., Poissant, J., Roberge, M. C., . . . Tremblay, J. (2016). *Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé. Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Bouchard, G. (2006). L'imaginaire de la grande noirceur et de la révolution tranquille : fictions identitaires et jeux de mémoire au Québec. *Recherches sociographiques*, 46(3), 411-436. doi:10.7202/012471ar
- Boucher, Y., Grenier, J., & Bourque, M. (2018). La mutation en groupe de médecine familiale : quel sort pour les intervenantes sociales? Dans J. Grenier & M. Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale*. (p. 59-74). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

- Bourbeau, A. (2015). *Techniciens de l'organisation sociale : La réorganisation de l'assistance catholique privée à Montréal (1930-1974)*. Montréal, Canada : McGill-Queen's University Press.
- Boutain, D. (2015). Social justice in nursing: A review of literature. Dans M. de Chesney & B. A. Anderson (dir.), *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research* (4<sup>e</sup> éd.). (p. 21-29). Burlington, VT : Jones & Bartlett Learning.
- Brinkman, A. (2017). Educating nurses for health advocacy. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 23(11), 38-38.
- Browne, A. J., Smye, V. L., & Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in Aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4), 16-37.
- Browne, A. J., Varcoe, C. M., Wong, S. T., Smye, V. L., Lavoie, J., Littlejohn, D., . . . Khan, K. B. (2012). Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 59.
- Buettner-Schmidt, K., & Lobo, M. L. (2012). Social justice: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 948-958. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05856.x
- Buxton, T. (2016). ANA and CNA Policy Advocacy: Why Do Nurses Need to Be Involved? *Colorado Nurse*, 116(2), 21.
- Calico, P. (2010). Nurses as advocates improve health status of our communities. *KBN Connection* (23), 20. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105084597&site=ehost-live>
- Canadian Nurse Association (CNA). (2017). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Récupéré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/code-of-ethics-2017-edition-secure-interactive>
- Cantor, N. F., & Schneider, R. I. (1967). *How to Study History*. New York, NY : Thomas Y. Crowell Company.
- Carnegie, E., & Kiger, A. (2010). Developing the community environmental health role of the nurse. *British Journal of Community Nursing*, 15(6), 298-305. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105031568&site=ehost-live>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carter, N. J. (2007). Perceptions of challenges and knowledge and skill for community based nursing practice. Normal, IL : Illinois State University.

- Cawley, T., & Mannix McNamara, P. (2011). Public Health Nurse Perceptions of Empowerment and Advocacy in Child Health Surveillance in West Ireland. *Public Health Nursing*, 28(2), 150-158. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00921.x
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2015). *Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en*. Antigonish (N.É.), Canada : Université St. Francis Xavier.
- Chapoulie, J.-M. (2011). À propos de la tradition interactionniste. *Recherches Qualitatives*, 30(1), i-vi.
- Charles, A., & Guérard, F. (2012). Les religieuses hospitalières du Québec au XXe siècle : une main d'œuvre active à l'échelle internationale. Dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*. (p. 79-102). Ottawa, Canada: Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Chinn, P. L., & Kramer, J. M. (2012). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing* (8<sup>e</sup> éd.). Amsterdam, Maryland Heights (MO) : Elsevier Mosby.
- Cohen, B. E., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96-107. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04154.x
- Conill, E.M., & O'Neill, M. (1984). La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale. *Canadian Journal of Public Health*, 75, 166-175.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., & Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n°10 et des avenues d'intervention souhaitables*. Montréal: Université de Montréal. Récupéré de <https://www.pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/11/MemoirePL10.pdf>
- Couturier, Y. (2017). Ajustement de la distance en situation d'observation directe des intervenants et des usagers de soins de longue durée. *Recherches Qualitatives*, 36(2), 52-62.
- Couturier, Y., Aubry, F., & Gagnon, D. (2018). La coordination de l'hôpital et de la communauté par les gestionnaires de cas dans le contexte de la nouvelle gestion publique. Dans J. Grenier & M. Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p. 115-134). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Dadzie, G., Aziato, L., & Aikins, A. D. G. (2017). "We are the best to stand in for patients": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. *BMC Nursing*, 16(61). doi:10.1186/s12912-017-0259-6
- Dallaire, C. (2008). L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. Dans *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession*. (p. 455-482). Montréal, Canada : Gaetan Morin.

- Demczuk, I. (2018). Prendre soin d'un proche, plus que jamais un enjeu féministe. Dans C. Robert & L. Toupin (dir.), *Travail invisible. Portrait d'une lutte féministe inachevée* (p. 83-102). Montréal, Canada : Remue-ménage.
- Desrosiers, G., & Roy, F. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53(1), 3-18.
- Dieleman, S. (2015). Epistemic justice and democratic legitimacy. *Hypatia*, 30(4), 794-810.
- Ducharme, F. (2018). Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses. *Perspective Infirmière*, 15(5), 51-55.
- Duderstadt, K. G. (2004). Guest editorial. Advocacy for children through activism. *Journal of Pediatric Healthcare*, 18(5), 217-218.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advance Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Équipe Épistémè (2018). *Guide d'autoévaluation des démarches participatives à la lumière des inégalités épistémiques* (version 2, 4 oct.). Montréal, Canada : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS).
- Ezeonwu, M. C. (2015). Community Health Nursing Advocacy: A Concept Analysis. *Journal of Community Health Nursing*, 32(2), 115-128. doi:10.1080/07370016.2015.1024547
- Falk-Rafael, A. (2005). Speaking truth to power: nursing's legacy and moral imperative. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012a). The primacy of relationships: A study of public health nursing practice from a critical caring perspective. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 315-332. doi:10.1097/ANS.0b013e318271d127
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012b). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "the trombone slide" of nursing. *Advances in Nursing Science*, 35(2), 98-112.
- Ferretti, L. (2000). Les agences sociales à Montréal, 1932-1971. *Études d'histoire religieuse*, 66, 69-88.
- Figueira, A. B., Barlem, E. L. D., Amestoy, S. C., Silveira, R. S. d., Tomaschewski-Barlem, J. G., & Ramos, A. M. (2018). Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 57-64.
- Ford-gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., . . . Wallace, B. (2018). How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *Milbank Q*, 96(4), 635-671.

- Frohlich, K. L. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fullam, C., Lando, A. R., Johansen, M. L., Reyes, A., & Szaloczy, D. M. (1998). The triad of empowerment: leadership, environment, and professional traits. *Nursing Economic\$, 16(5)*, 254-253.
- Gaumer, B., & Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 10(1)*, 52-70.
- Gauvreau, M. (2008). *Les origines catholiques de la Révolution tranquille*. Montréal, Canada : McGill Queens's University Press.
- Germain, R. (1985). *Le mouvement infirmier au Québec. 50 ans d'histoire*. Montréal, Canada : Éditions Bellarmin.
- Graham, M. C. (2010). Advocacy in practice. Nurses in government can shape np practice. *Nurse Practitioner, 35(9)*, 9.  
doi:10.1097/01.NPR.0000387743.66385.bc
- Grenier, J., & Bourque, M. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Guerard, F. (2000). Histoire de la sante au Quebec : filiations et specificites. *Bulletin canadien d'histoire de la médecine, 17(12)*, 55-72.
- Guérard, F., & Fortin, A. (1996). L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation. *Recherches sociographiques, 37(2)*, 203-227.
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Journal of Evidence-Based Healthcare, 4(3)*, 180-186. doi:10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x
- hooks, b. (2000). *Feminist Theory: From Margin to Center* (2<sup>e</sup> éd.). Cambridge, MA : South End Press.
- Infirmiers et infirmières en santé communautaire du Canada (IISCC). (2011). *Modèles et normes de pratiques des soins infirmiers en santé communautaire au Canada*. Midland, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (IISCC). (2019). *Modèles et normes de pratiques des soins infirmiers en santé communautaire au Canada*. Toronto, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>

- International Council of Nurses (ICN). (2008). *Promoting Health. Advocacy guide for health professionals*. Geneva, Switzerland : auteur.
- Jackson, D., & Saltman, D. C. (2011). EDITORIAL: Recognising the impact of social exclusion: The need for advocacy and activism in health care. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 40(1), 57-59.
- Jetté-Soucy, N. (1998). *L'homme tragique : nature de l'action politique*. Québec : Liber.
- Jones, J. E., & Smith, J. (2017). Ethnography: challenges and opportunities. *Evidenced Based Nursing*, 0(0), 1-3.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire? *Santé Publique*, 24(2), 165-178.
- Kalaitzidis, E., & Jewell, P. (2015). The concept of advocacy in nursing: a critical analysis. *The health care manager*, 34(4), 308-315.
- Keel, O., Desrosiers, G., Gaumer, B., & Hudon, F. (2001). Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la sante entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec. *Canadian Bulletin of Medical History*, 18(2), 205-240.
- Kirby, J. L., & LeBreton, M. (2001). *The Health of Canadians – The Federal Role. Volume One – The Story So Far*.
- Krol, P. J., & Lavoie, M. (2014). Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy*, 15(2), 112-124. doi:10.1111/nup.12025
- Lachance, M. (2010). *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIXe siècle*. Montréal, Canada : Leméac.
- Laperrière, H. (2008). Developing professional autonomy in advanced nursing practice: The critical analysis of sociopolitical variables. *International Journal of Nursing Practice*, 14(5), 391-397.
- Laperrière, H. (2009). Une pratique réflexive collective de production de connaissances dans la lutte communautaire contre le VIH/sida au Québec. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22(1), 77-91.
- Laperrière, H. (2013). Camouflage et clandestinité des pratiques informelles de soins communautaires : coopérativité, convivialité, dangerosité. Dans V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse, & E. Heurgon (dir.), *Actes du Colloque de Cerisy « Prendre soin : savoirs et pratiques »*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Larivière, C. (2018). La loi 10 : une restructuration majeure menée sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard. Dans J. Grenier & M. Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale*. (p. 34-58). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

- Lassiter, L. E. (2005). *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*. Chicago, IL : The University of Chicago Press.
- Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M., & Browne, A. J. (2018). Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research*, 18(1), 705. doi:10.1186/s12913-018-3501-3
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, O-7.2 2015. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2/>
- Maranda, J., & Lessard, L. (2017). Prendre sa place : réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45-52.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Marmot, M. G. (2003). Understanding social inequalities in health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(supplément 3), S9-23.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing Qualitative Research* (5e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martin, P., & Alderson, M. (2013). Le concept de pouvoir en sciences infirmières : une revue critique. *Dire*, 22(3). Récupéré de [https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/16261/1/Martin\\_Dire\\_2013.pdf](https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/16261/1/Martin_Dire_2013.pdf)
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches Qualitatives, Hors série*(2), 5-17.
- McElmurry, B. J., Park, C. G., & Buseh, A. G. (2003). The nurse-community health advocate team for urban immigrant primary health care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 275-281.
- McPherson, C., Ndumbe-Eyoh, S., Betker, C., Oickle, D., & Peroff-Johnston, N. (2016). Swimming against the tide: A Canadian qualitative study examining the implementation of a province-wide public health initiative to address health equity. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 129. doi: 10.1186/s12939-016-0419-4
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Meunier, M. E., & Warren, J.-P. (2002). Sortir de la grande noirceur : l'horizon personnaliste de la Révolution tranquille. Sillery, Canada : Septentrion.

- Monfette, O., & Malo, A. (2018). Apprendre à naviguer dans les eaux troubles de l'analyse inductive : les interactions au profit de l'innovation. *Recherches Qualitatives*, 37(2), 39-60.
- Monnais, L. (2016). *Médecine(s) et santé. Une petite histoire globale – 19e et 20e siècles*. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Morrissette, J. (2011). Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles. *Recherches Qualitatives*, 30(1), 10-32.
- Nedlund, A.-C., & Bærøe, K. (2014). Legitimate Policymaking: The Importance of Including Health-care Workers in Limit-Setting Decisions in Health Care. *Public Health Ethics*, 7(2), 123-133. doi:10.1093/phe/phu016
- Nguyen, D.-Q., & Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8(4), 232-251.
- Oden, L. S., Price, J. H., Alteneider, R., Boardley, D., & Ubokudom, S. E. (2000). Public policy involvement by nurse practitioners. *Journal of Community Health*, 25(2), 139-155. doi:10.1023/A:1005181724388
- O'Neill, M., Roch, G., Boyer, M., & Dallaire, C. (2011). *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. Québec, Canada : Presses Université Laval.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014a). *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière. Exemples en Soins de santé de proximité (soins dans la communauté)*. Montréal : auteur. Récupéré de <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/schema-7-soins-sante-proximite.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015a). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Montréal, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf/387e6219-e8b9-61ea-1be7-809321d37309>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014b). *Lignes directrices. Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada : auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015b). *Standards de pratique de l'infirmières. Soins de proximité en périnatalité*. Montréal, Canada : auteur. Récupéré de <https://www.oiiq.org/documents/20147/1457804/4443-perinatalite-web.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*. Montréal, Canada : auteur. Récupéré de <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-pour-linfirmiere-en-sante-scolaire-0>
- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Genève, Suisse : auteur. Récupéré de [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1986). *Charte D'Ottawa*. Genève, Suisse : auteur. Récupéré de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Palmer, J., Pocock, C., & Burton, L. (2018). Waiting, power and time in ethnographic and community-based research. *Qualitative Research*, 18(4), 416-432.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008). Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale. Dans K. L. Frohlich (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. (p. 13-36). Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?* Institut national de santé publique du Québec. Québec : Bibliothèques et archives nationales du Québec. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/778-BulletinMortaliteEvolution.pdf>
- Parr, J. R. (2015). The Role of the Advanced Practice Nurse in the Treatment of Addiction Disorders: Advocacy, Leadership, Lobbying to Influence Public Policy. *Kentucky Nurse*, 5-6.
- Pauly, B. M., MacKinnon, K., & Varcoe, C. (2009). Revisiting “who gets care?”: Health equity as an arena for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 118-127. doi:10.1097/ANS.0b013e3181a3afaf
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada : Chenelière Education.
- Perreault, I. (2012). L'intervention sociale en psychiatrie : le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, 1920-1950. Dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 205-227). Ottawa, Canada : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Peters, R. M. (2002). Nurse administrators' role in health policy: teaching the elephant to dance. *Nursing Administration Quarterly*, 26(4), 1-8.
- Piché, L. (2003). *Femmes et changement social au Québec : l'apport de la Jeunesse ouvrière catholique féminine, 1931-1966*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

- Piron, F. (2017). Méditation haïtienne : répondre à la violence séparatrice de l'épistémologie positiviste par l'épistémologie du lien. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 33-60.
- Plourde, A. (2017). CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. *Note socio-économique*. Montréal : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). Récupéré de <https://iris-recherche.qc.ca/publications/CLSC-GMF>
- Rains, J. W., & Barton-Kriese, P. (2001). Developing political competence: a comparative study across disciplines. *Public Health Nursing*, 18(4), 219-224.
- Remler, D. K., & Van Ryzin, G. G. (2011). *Research Methods in Practice. Strategies for Description and Causation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Reutter, L., & Kushner, K. E. (2010). "Health equity through action on the social determinants of health": taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280. doi:10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x
- Reyes, V. (2018). Ethnographic toolkit: Strategic positionality and researchers' visible and invisible tools in field research. *Ethnography*, 0(0), 1-21. doi:10.1177/1466138118805121.
- Rice, M. C., & Wicks, M. N. (2007). The importance of nursing advocacy for the health promotion of female welfare recipients. *Nursing Outlook*, 55(5), 220-223.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauve, M. S., & Garceau-Brodeur, M. H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montreal, Quebec. *Public Health Nursing*, 27(5), 450-458. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00878.x
- Rooddehghan, Z., ParsaYekta, Z., & Nasrabadi, A. N. (2019). Equity in nursing care: A grounded theory study. *Nursing Ethics*, 26(2), 598-610. doi:10.1177/0969733017712079
- Rosa, W. (2017). Public Health Nursing and Transnational Agendas: Local to Global Health Advocacy. *Public Health Nursing*, 34(3), 197-199.
- Ross, R. (2014). *Indigenous healing: Exploring traditional paths*. Toronto, ON : Penguin.
- Rousseau, N., & Daigle, J. (2013). *Infirmières de colonie : soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Royer, C. (2016). Parmi les questions posées par l'utilisation des méthodes qualitatives : qu'est-ce que la profondeur? *Recherches Qualitatives, Hors-série*, 18, 17-26.
- Rutty, C., & Sullivan, S. C. (2010). *La santé publique: Une histoire canadienne*. Ottawa : Association canadienne de santé publique (ACSP). Récupéré de [https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-print\\_all\\_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-print_all_f.pdf)

- Schofield, R., Ganann, R., Brooks, S., McGugan, J., Dalla Bona, K., Betker, C., . . . Slepko, M. (2011). Community health nursing vision for 2020: Shaping the future. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), 1047-1068. doi:10.1177/0193945910375819
- Smye, V., Browne, A. J., Varcoe, C., & Josewski, V. (2011). Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. *Harm reduction journal*, 8(1), 17.
- Santos, B.d.S.(2014). *Epistemologies of the South : justice against epistemicide*: Boulder, CO : Paradigm Publishers.
- Strimelle, V. (2012). Le soin des âmes : discours et programmes d'intervention des Soeurs du Bon-Pasteur d'Angers auprès des filles délinquantes et en danger à Montréal au XIXe siècle, 1869-1912. Dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*. Ottawa, Canada : University of Ottawa Press.
- Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses*. Upper Sadle River, NJ : Pearson Education Inc.
- Tardif, M. (2016). *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue: Récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec* (Mémoire de maîtrise en anthropologie). Université Concordia, Montréal, Canada. Récupéré de <http://spectrum.library.concordia.ca.proxy.bib.uottawa.ca/981798/>
- Thifault, M.-C. (2002). Derrière les murs de Saint-Jean-de-Dieu, fin XIXe début XXe siècles : illusion et désillusion. *Bulletin d'histoire politique*, 10(3), 67-76.
- Thifault, M.-C., & Desmeules, M. (2012). Du traitement moral à l'occupation thérapeutique : le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1912-1962. . Dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 229-249). Ottawa, Canada : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Thomas, K. (2015). A Student's Perspective on Nurse Advocacy. *The Tennessee Nurse*, 78(2), 4.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. Paris : Éditions La Découverte.
- Turcotte, P.-A. (1996). Méthode et méthodes en sociologie. Dans B. Lefebvre & N. Baillargeon (dir.), *Histoire et sociologie : positions épistémologiques et propositions pédagogiques*. Montréal, Canada : Les Éditions Logiques.
- Varcoe, C., Brown, H., Calam, B., Harvey, T., & Tallio, M. (2013). Help bring back the celebration of life: A community-based participatory study of rural Aboriginal women's maternity experiences and outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 26.

- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science, 17*(4), 73-86.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2013). *L'égalité, c'est mieux : pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Montréal: Écosociété.
- Williamson, D. I., & Drummond, J. (2000). Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: education is not enough. *Public health nursing (Boston, Mass.), 17*(2). Récupéré de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2000.00121.x/abstract>
- Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., . . . Tu, D. (2014). Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One, 9*(12), e114563.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage*. Genève, Suisse : auteur. Récupéré de <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer18/en/>

## ANNEXE 1 : LETTRES DE PERMISSION DES ÉDITEURS

Pour l'article « Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec », la revue Aporia stipule dans les droits d'auteurs que

Les auteurs conservent les droits d'auteur et accordent à la revue le droit de première publication, l'ouvrage étant alors disponible simultanément, sous la Licence d'attribution Creative Commons permettant à d'autres de partager l'ouvrage tout en reconnaissant la paternité et la publication initiale dans cette revue.

Les auteurs peuvent conclure des ententes contractuelles additionnelles et séparées pour la diffusion non exclusive de la version imprimée de l'ouvrage par la revue (par ex. : l'affichage au service d'archives d'une institution ou une parution dans un livre), accompagné d'une mention reconnaissant sa publication initiale dans cette revue.

Les auteurs ont le droit et sont encouragés à publier leur ouvrage en ligne (par ex. : dans la logithèque de référence ou sur le site Web d'une institution) avant et pendant le processus de soumission, car cela peut mener à des échanges fructueux ainsi qu'à un nombre accru et anticipé de références à l'ouvrage publié (Consulter les conséquences du libre accès).<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Aporia. (n.d.). Soumissions. Repéré à <https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/aporia/about/submissions#authorGuidelines>

## Article publié dans le BCHM vs thèse par articles



Aline Charles <Aline.Charles@hst.ulaval.ca>

À McCready Geneviève

Cc Erika Dyck

Assurer un suivi. Terminé le 7 février 2020.  
Vous avez répondu à ce message le 2020-01-17 12:54.

Répondre Répondre à tous Transférer

ven. 2020-01-17 12:31

Bonjour Mme McCready,

Daniel Poitras m'a fait suivre votre question à propos de l'article signé par vous et M-C. Thifault pour le *BCHM*, « Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959).

Oui, vous pourrez utiliser cet article comme partie prenante de votre thèse doctorale par articles. Erika Dyck, co-directrice de la revue, et moi-même sommes d'avis que ceci ne pose pas problème.

En vous remerciant d'avoir proposé votre article au *BCHM*, je vous souhaite bonne chance pour les dernières corrections.

Aline Charles

Aline Charles

Co-directrice du *Bulletin canadien d'histoire de la médecine / Canadian Bulletin of Medical History*

Professeure titulaire, Département des sciences historiques, Université Laval

1030 av. des Sciences Humaines

Québec (Québec) G1V 0A6

(418) 656-2131 #402137

## ANNEXE 2 : MODÈLE DU PLAIDOYER SELON LE CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (2015)

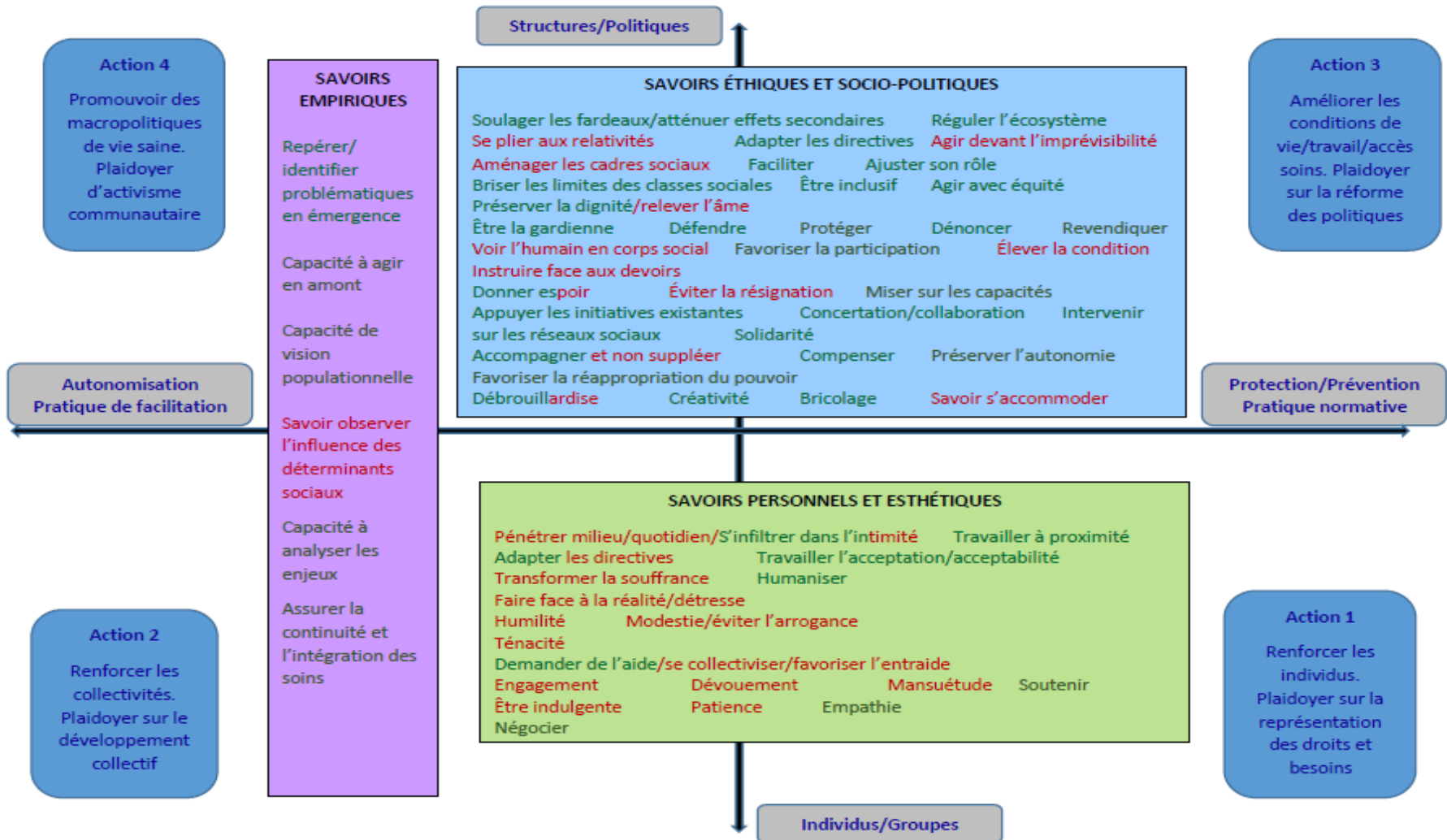
FIGURE 1 : ACTIONS ET PLAIDOYER : TYPES D'ACTION POUR RÉDUIRE LES INÉQUITÉS EN SANTÉ ET LES MODÈLES DE PLAIDOYER AFFÉRENTS



[Adaptation française de : Carlisle, 2000; Whitehead, 2007]\*\*10

## ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION POUR L'ETHNOGRAPHIE

### Ébauche de modèle conceptuel de l'advocacy en santé communautaire



Légende :

- *Advocacy* selon les écrits
- *Advocacy* selon la phase exploratoire
- *Advocacy* selon le sens social catholique

## ANNEXE 4 : APPROBATION ÉTHIQUE DU CERES

Numéro de dossier: H05-17-12

Date (mm/jj/aaaa): 08/28/2017



**Université d'Ottawa**  
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**  
Office of Research Ethics and Integrity

### Certificat d'approbation éthique

#### CÉR Sciences et science de la santé

#### Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Hélène	Laperrière	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseure
Marie-Claude	Thifault	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Co-Superviseure
Geneviève	McCready	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiante-chercheuse

Numéro du dossier: H05-17-12

Type du projet: Thèse de doctorat

**Titre:** « J'ai une histoire à raconter »: contribution des infirmières francophones œuvrant en santé communautaire pour améliorer les conditions de vie

**Date d'approbation (mm/jj/aaaa)**

08/28/2017

**Date d'expiration (mm/jj/aaaa)**

08/27/2018

**Conditions Spéciales / Commentaires:**

N/A



**Université d'Ottawa**      **University of Ottawa**  
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche      Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veillez soumettre un rapport annuel au responsable de l'éthique de la recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation éthique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca).



Responsable de l'éthique de la recherche  
Pour Daniel Lagarec, Président du CER en sciences de la santé et sciences

## ANNEXE 5 : APPROBATION ÉTHIQUE DU CENTRE DE SANTÉ

Montréal, le 8 septembre 2017

Madame Geneviève McCready  
Étudiante doctorante de l'Université d'Ottawa

**Objet : Approbation du projet de recherche (Thèse de doctorat) sur la contribution des infirmières francophones œuvrant en santé communautaire pour améliorer les conditions de vie.**

Nous vous annonçons que votre projet de recherche a été approuvé par le comité [REDACTED] qui s'est assuré que le projet était encadré par un certificat d'approbation d'éthique de la recherche.

Certaines vérifications ont été effectuées afin de s'assurer que le projet est conforme.

Nous vous rappelons que toute publication liée aux activités de recherche réalisées, en tout ou en partie, au sein de l'établissement doit mentionner la contribution de [REDACTED] que vous êtes tenue de respecter les règles de confidentialité puisque vous aurez accès à des informations jugées confidentielles.

Vous pouvez donc poursuivre votre projet au sein de [REDACTED]

Votre projet sera présenté au conseil d'administration. Nous vous contacterons sous peu afin de vous inviter au besoin.

Je vous prie d'agréer, Madame, nos salutations les plus cordiales au nom du Comité [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]