

**Infirmières issues de minorités visibles : barrières
socio-culturelles à la mobilité verticale en milieu hospitalier**

Naima Bouabdillah

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en philosophie en Sciences infirmières

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

SOMMAIRE

Le Canada a connu un changement important dans sa composition ethnique et culturelle au cours des dernières décennies. L'immigration soutenue en provenance de pays non européens a donné naissance à de nouvelles générations d'immigrants dont la langue maternelle n'est ni l'Anglais ni le Français et dont la confession religieuse n'est pas chrétienne. Cette nouvelle tendance s'est nettement reflétée en milieu hospitalier où l'effectif des infirmières issues des minorités visibles (IMV) ne cesse de s'accroître. Cependant, on note que dans le secteur de soins infirmiers, le nombre de ces IMV est particulièrement faible dans les postes de gestion.

Notre étude qualitative adoptant la méthode d'ethnographie critique et l'approche postcoloniale se penche sur les trajectoires professionnelles difficiles des IMV dans une institution hospitalière dans le Nord-est ontarien. Nous avons exploré l'expérience des IMV en matière de mobilité verticale, et avons cherché à comprendre la perception de cette population quant aux facteurs entravant ou facilitant cette mobilité.

Douze infirmières et gestionnaires ont participé à une série d'entrevues semi-structurées pour recueillir les renseignements pertinents quant à la représentativité des IMV dans les postes avancés de la hiérarchie de leur institution. En marge de ces entrevues, deux entretiens ont eu lieu avec des personnes influentes des ressources humaines de l'institution qui ont porté sur le processus de recrutement. Le cadre conceptuel *altérité* ou *othering* de Canales (2000) a été choisi pour orienter ce projet au plan méthodique.

Les résultats de cette étude montrent que les IMV sont confrontées à des obstacles, souvent invisibles qui contribuent à les maintenir à un niveau inférieur de la hiérarchie institutionnelle, notamment le processus d'embauche et de promotion qu'elles qualifient d'injuste, d'arbitraire et de discriminatoire. Elles souffrent d'un manque de soutien de leur institution en matière de formation et de mentorat ainsi que des rapports sociaux médiocres en milieu du travail. Les IMV se sentent instrumentalisées et perçoivent que la discrimination systémique et la ségrégation ont un grand effet sur leur avancement de carrière, leur institution n'étant pas proactive à réduire les inégalités.

Ce projet a le potentiel de générer de nouvelles connaissances qui serviront à produire des outils pratiques et créatifs permettant aux institutions hospitalières de mettre en place des changements qui serviront à promouvoir la représentation de la diversité dans des postes avancés de la gestion organisationnelle.

ABSTRACT

Canada has experienced a significant change in its ethnic and cultural composition in recent decades. The sustained immigration from non-European countries has given rise to new generations of immigrants whose mother tongue is neither English nor French and whose religion is not Christian. This new trend is clearly reflected in hospital environment where workforce from visible minority nurses (VMN) continues to increase. However, it was noted we that in the nursing sector, the number of these VMN is particularly low in management positions.

This qualitative study adopting the method of critical ethnography and postcolonial approach focuses on the difficult career paths of VMN in a Canadian hospital. We explored the VMN experience in regard of vertical mobility, and sought to understand the perception of this population on the factors impeding or facilitating such mobility.

Twelve nurses and managers participated in a series of semi-structured interviews to gather relevant information about the representativeness of the VMN in advanced positions in the hierarchy of their institution. In addition to these interviews, two interviews were held with human resources individuals. Canales' (2000) theoretical account regarding "othering" was used for this research.

The results of this study show that the VMN faced obstacles, often invisible, that contribute to keeping them at a lower level of the institutional hierarchy, including the hiring and promotion process that they describe as unfair, arbitrary and discriminatory. They suffer from a lack of support from their institution for training and mentoring as well as poor social relationships in the workplace. The VMN feel instrumentalized and perceive that systemic discrimination and segregation have a great effect on their career development, for their institutions are not proactive to reduce inequalities.

This project has the potential to generate new knowledge that will be used to produce practical and creative tools for hospital and institutions to implement changes that will promote the representation of diversity in managerial positions.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
ABSTRACT	iii
DÉDICACE	viii
REMERCIEMENTS	ix
LISTE DES FIGURES	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Problème de recherche	3
1.2 But de la recherche	14
1.3 Questions de recherche	14
1.4 Position épistémologique	14
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	19
2.1 Leadership et identité culturelle	20
2.2 Discrimination et profession infirmière	23
2.3 Pouvoir	25
2.4 Minorité et mobilité	28
2.5 Théories liées à l'altérité	31
Théories de la représentation sociale	31
Théorie des conflits réels de Shérif	32
Théorie de l'identité sociale	33
Théorie de la dominance sociale	34
Théorie de la représentation sociale de Moscovici	34
Théorie de l'utilitarisme et théorie de la justice	38
Théorie postcoloniale et hybridité culturelle	43
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE	46
3.1 Approche postcoloniale	46
Discrimination et exclusion	47
Approche culturaliste	49
L'approche de l'intersectionnalité	50
Construction des représentations de l'altérité et le paradigme racial	51
3.2 Stigmate et stéréotype	52

In/visibilité	53
3.3 Altérité ou <i>Othering</i>	53
3.4 Luites de classes de Bourdieu	59
CHAPITRE 4 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	64
4.1 Devis de recherche	64
4.2 Milieu de recherche	70
4.3 Population à l'étude	70
4.4 Recrutement et échantillon	70
4.5 Collecte des données	72
4.5.1 Entrevues	73
4.5.2 Questionnaire socio-démographique	73
4.5.3 Recherche documentaire	73
4.5.4 Observation	74
4.5.5 Journal de bord	75
4.6 Analyse des données	75
4.6.1 Codification	75
4.6.2 Catégorisation	77
4.6.3 Mise en relation	78
4.6.4 Intégration	79
4.7 Critères de rigueur	79
4.8 Considérations éthiques	83
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	85
5.1 Embauche et promotion	88
5.1.1 Procédures formelles et informelles d'embauche et de promotion	90
5.1.1.1 Processus codifié	91
5.1.1.2 Processus parallèles	109
5.1.2 Protectionnisme et ses effets systémiques	114
5.1.2.1 Marginalisation et exclusion	117
5.1.2.2 Effets sur la mobilité	129
5.2 Instrumentalisation	136
5.2.1 Discours inclusifs	137
5.2.1.1 Discours officiels	139
5.2.2 Processus d'instrumentalisation	150
5.2.2.1 Politique protectionniste	151
5.2.2.2 Importance de l'immigration	153

5.3 Relations interpersonnelles	155
5.3.1 Normalisation de l'altérité.....	156
5.3.1.1 Profilage ethnoculturel	158
5.3.1.2 La culture comme explication	161
5.3.2 Relations entre stigmatisés.....	163
5.3.2.1 Solidarité.....	163
5.3.2.2 Compétition	165
5.3.2.3 Violence.....	166
5.3.3 Relations entre « stigmatisés » et « blancs ».....	170
5.3.3.1 Jeux d'alliances.....	171
5.3.3.2 Stigmaphilie.....	173
5.3.3.3 Violence.....	175
5.3.3.4 Fracture interculturelle	179
5.4 Souffrances et stratégies défensives.....	181
5.4.1 Souffrances.....	182
5.4.1.1 Isolement / désocialisation.....	183
5.4.1.2 Désaffiliation institutionnelle /désengagement	186
5.4.1.3 Impuissance	188
5.4.1.4 Frustration.....	189
5.4.1.5 Épuisement	191
5.4.1.6 Obligations diverses	192
5.4.2 Stratégies défensives	195
5.4.2.1 Désaffiliation institutionnelle /désengagement	196
5.4.2.2 Résistance/résilience.....	197
5.4.2.3 Résignation	198
5.4.2.4 Anticipation	200
5.4.2.5 Rationalisation.....	201
5.5 Résumé des résultats	201
CHAPITRE 6 : DISCUSSION	204
6.1 Implications de l'étude.....	229
6.2 Limites de la recherche	232
CONCLUSION.....	234
RÉFÉRENCES	236
Annexe 1 : Cadre Théorique.....	269
Annexe 2 : Invitation à la participation au projet de recherche	271
Annexe 3 : Guide d'entrevue	273

Annexe 4 : Questionnaire sociodémographique	276
Annexe 5 : Grille d'observation inspirée de Peretz (2004).....	279
Annexe 6 : Aprobation éthique.....	281
Annexe 7 : Formulaire de consentement	283

DÉDICACE

À ma sœur Habiba, merci d'avoir sacrifié ta vie à notre famille.

REMERCIEMENTS

Tout au long de ma démarche, j'ai eu la chance d'être accompagnée par mes deux directeurs de recherche, Dr. Jocelyne Tourigny et Dr. Dave Holmes. Je les remercie de tout cœur pour leur soutien inconditionnel, pour leurs conseils judicieux, pour leurs critiques et pour la rigueur scientifique qu'ils m'ont transmise. Dr Holmes, je vous remercie pour votre indéfectible patience lors de mes périodes d'angoisse, d'avoir veillé à éliminer, autant que possible, les obstacles qui entravaient mon parcours, je vous en suis reconnaissante.

Je tiens à remercier Dr. Jean Daniel Jacob pour sa révision et sa correction minutieuse. Ma reconnaissance s'étend à la faculté des sciences de la santé et à l'IRHM qui, par leur contribution financière, m'ont permis de terminer diligemment ce travail de recherche dans les délais prescrits.

Cette thèse n'aurait pu être possible sans l'appui inconditionnel de mon conjoint Abdellah et mes enfants Leila, Yassin et Sara qui ont su m'accompagner tout au long de ma démarche et qui ont cru en ce projet.

Enfin, je suis redevable également à Dr. Amélie Perron pour ses encouragements et ses conseils ainsi qu'à tous mes amis et collègues de travail qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours.

Je tiens également à remercier chacune des gestionnaires, des infirmières et le personnel des ressources humaines qui ont généreusement accepté, sur une base volontaire, de participer à la recherche. La richesse de leurs propos se reflète dans les résultats de cette étude.

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 : Synthèse des principaux axes de la recension des écrits	17
Figure 5.1 : Principaux thèmes, catégories et sous-catégories	81
Figure 5.2 : Thème 1 – Embauche et promotion	82
Figure 5.3 : Thème 2 – Hiérarchie dans le milieu de recherche	93
Figure 5.4 : Thème 2 – Instrumentalisation	131
Figure 5.5 : Thème 3 – Relations interpersonnelles	148
Figure 5.6 : Thème 4 – Souffrances et stratégies défensives	174

Je n'aime pas le mot « racines », et l'image encore moins. Les racines s'enfouissent dans le sol, se contorsionnent dans la boue, s'épanouissent dans les ténèbres ; elles retiennent l'arbre captif dès la naissance, et le nourrissent au prix d'un chantage : « Tu te libères, tu meurs!»
Les arbres doivent se résigner, ils ont besoin de leurs racines ; les hommes pas.
(Maalouf, 2004, p.7)

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, le Canada a connu d'importants changements démographiques; il est passé d'une souche à forte prédominance européenne à une société multi-ethnique où s'intègrent différentes cultures et traditions. En 2011, les minorités visibles représentaient 19 % de la population canadienne, comparativement à 16,2 % en 2006 (Statistique Canada, 2013).

En matière d'emploi, dans la profession infirmière, les minorités visibles¹ (MV) représentent 15 % des travailleurs de la santé. Elles sont bien représentées parmi les infirmières autorisées et auxiliaires, mais largement sous-représentées dans les échelons supérieurs soit 9 % dans les postes de direction (Statistiques Canada 2006)

En tenant compte de la croissance et de la contribution substantielle des femmes issues des minorités visibles dans la profession infirmière, il devient donc nécessaire d'explorer leur expérience en matière d'avancement de carrière. Cet avancement leur permettrait certainement de développer pleinement leur potentiel et leurs capacités. Ainsi, les institutions de santé canadiennes peuvent tirer profit de leur expérience, de leurs connaissances et de leurs talents, car un personnel diversifié (culturellement) favoriserait la créativité, l'innovation et une meilleure résolution de problèmes (Kanter, 1983).

La représentativité des infirmières issues des MV dans des postes de gestion pourrait jouer un rôle dans la promotion d'un meilleur accès aux soins de qualité pour les populations minoritaires grâce à la compétence culturelle et linguistique de ces fournisseurs et des organismes de soins qui les emploient. Par conséquent, l'ascension de ces femmes à des postes

¹ Minorités visibles (MV): « personnes autres que les Autochtones qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Loi Canadienne, 1995, ch. 44, p.2)

² On entend par immigrants de première génération les personnes qui sont nées hors Canada, et par deuxième génération

de direction pourrait exercer une influence sur la culture, les thèmes et les projets des établissements de soins au Canada.

Cette étude porte sur les facteurs à l'origine de la sous-représentation des infirmières issues des MV aux postes de direction dans la hiérarchie organisationnelle des institutions de soins de santé et plus particulièrement en milieu hospitalier. La connaissance de ces facteurs pourrait contribuer à un changement positif quant à la perception du rôle que peuvent jouer ces infirmières au sein des organismes de santé.

Cette thèse comprend six chapitres. Le premier chapitre expose la problématique de la recherche et explore les facteurs qui entravent ou facilitent l'avancement des infirmières issues des minorités visibles dans leur carrière. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits sur les thèmes pertinents et le troisième chapitre est réservé au cadre conceptuel. Le quatrième chapitre est consacré aux considérations méthodologiques et éthiques alors que le cinquième chapitre comprend les résultats. Quant à la discussion et les limites de l'étude, elles font suite dans le sixième chapitre suivi par une conclusion.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre est consacré à la problématique de notre étude. Dans un premier temps, nous donnerons un aperçu sur la situation générale vécue par les minorités visibles en matière d'ascension dans la hiérarchie organisationnelle. Par la suite, nous présentons la situation vécue par les femmes en général et les femmes issues des minorités visibles en particulier, terminant par les infirmières issues des minorités visibles. Le problème, le but et les questions de recherche ainsi que la position épistémologique constituent l'essence de ce chapitre.

1.1 Problème de recherche

Au cours des dernières décennies, le Canada a réalisé d'importants progrès en matière d'égalité entre les sexes (Wagner et Mayuzumi, 2008). En dépit de la législation entérinant l'égalité entre les classes sociales, l'histoire de l'émancipation des femmes et surtout les femmes issues des minorités visibles (MV) reste à parachever (Johanne, 2010). Dans cette perspective, le gouvernement fédéral canadien a mis en œuvre des politiques et des pratiques pour accroître la représentativité des MV dans la fonction publique, conformément à la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* (Loi Canadienne 1995, L.C. - ch.44). Un exemple récent est l'initiative « Faire place au changement » (Secrétariat du Conseil du trésor du Canada, 2000), visant un taux d'embauche au Canada de 20 % pour les MV ou 1 sur 5 des nominations de la fonction publique. Cet objectif est loin d'être atteint, car le taux d'embauche ne dépasserait pas les 7.5 % (Hara et Associates, 2006).

Les MV possèdent, en général, un niveau de scolarité plus élevé et sont plus qualifiées que la moyenne de la population (Hara et Associates, 2006). En 2006, la proportion d'immigrants (nouveaux arrivants) détenteurs d'un diplôme universitaire était deux fois plus

élevée que celle des Canadiens de naissance (Frenette et Morissette, 2003; Picot, Hou et Coulombe, 2007; Statistique Canada, 2008).

Étant donné que leur niveau de qualification est plus élevé, il est difficile de comprendre pourquoi les nominations des MV dans la fonction publique sont si faibles. Quant à leur représentativité aux postes de direction, une étude menée par l'Institut de la diversité de l'Université Ryerson a révélé que seulement 131 femmes issues des MV, soit 2.6 %, font partie de tous les leaders dans la région du Grand Toronto; ces femmes représentent cependant 25 % de l'ensemble de la population de cette région. Plus encore, elles représentent moins de 1 % des dirigeants d'entreprises et 6.6 % seulement des représentants élus. Comparées aux femmes non issues des MV, celles-ci occupent 28 % des quelque 5000 postes alors qu'elles représentent 51,3 % de la population de cette région (Cukier et al. 2013; Senator Donald, 2012). Des données similaires proviennent de l'Université McGill, où les résultats d'une analyse d'un échantillon de 3025 leaders dans différents secteurs publics dans la grande ville de Montréal démontrent que 31,2 % de ces postes sont occupés par des femmes alors que celles-ci représentent 51,7% de la population; 5,9 % des hauts dirigeants provenaient de minorités visibles alors qu'ils représentent 22,5% de la population montréalaise ; les femmes issues des MV dans les fonctions de hauts dirigeants ne représentent que 1.9 % alors qu'elles composent 11,5% de la population (Cukier, Gagnon, Roach, Holmes, Khennache, Bindhani et Saekang (2013).

Les femmes blanches ont 4.5 % moins de chance de promotion que les hommes blancs, alors que les hommes issus des MV ont 7.9 % moins de chances de promotion. Quant aux femmes issues des MV, comparées aux hommes blancs, elles ont 16 % moins de chances d'être promues à des postes avancés dans la hiérarchie organisationnelle (Yap et Konrad, 2009).

Devant une telle situation, il est impératif de se poser des questions quant aux facteurs et aux mécanismes bloquant l'accès des femmes et des MV aux postes de direction. Même pendant la période de forte croissance économique de 1996 à 2000, alors que le marché du travail était favorable, la persistance du phénomène de sous-représentation de ces groupes était évidente. Dans le secteur des techniques de l'information et des communications (ICT), les groupes minoritaires race/sexe ont vécu des difficultés par rapport à leurs chances d'avancement au sein de la hiérarchie organisationnelle. On constate, dans les données sur 22 000 travailleurs à plein temps d'une société technologique canadienne opérant à l'échelle nationale, que les femmes et les minorités raciales sont moins susceptibles d'avancer dans leur carrière comparées à leurs collègues masculins de race blanche, et ce, en dépit d'un large éventail de variables avantageuses liées à l'offre (ancienneté, âge, niveau de scolarité...) et des variables portant sur la demande telle que la catégorie d'emploi et le niveau d'emploi (Yap et Konrad, 2009).

Un autre volet important sous-jacent à la problématique est le besoin d'explorer la politique décisionnelle au sein d'une culture organisationnelle qui priorise une élite masculine blanche. Nous considérons qu'il faut mettre en évidence les normes et règles organisationnelles qui se veulent « neutres », mais en fait, qui sont calquées sur des « modèles masculins » en matière d'investissement professionnel, de performance, de disponibilité et de mobilité. Ces modèles contribuent à maintenir les femmes, et particulièrement les femmes appartenant aux MV, loin du sommet de la hiérarchie organisationnelle (Laufer, 2004).

La persistance de la différence entre l'ascension professionnelle des femmes et celle des hommes cadres réaffirme l'hégémonie de la culture organisationnelle calquée sur le modèle masculin. Les femmes blanches et celles issues des MV qui aspirent à atteindre le sommet de la hiérarchie organisationnelle doivent faire face à des stéréotypes négatifs persistants et à la

discrimination tout au long de leur progression de carrière (Browne et Askew, 2005; Burke et Mattis, 2005; Burke et al, 2007; Hite, 2006). Selon Bourdieu (1979), cette hégémonie masculine amène les dominées à adopter la vision du monde des dominants et à l'accepter comme norme; on accorde aux hommes la puissance sexuelle et son exercice légitime qu'ils sont plus puissants socialement. Ainsi, « l'inégalité des rapports de genre ne procède pas de la coercition physique, mais d'un travail opéré sur les schèmes de pensée des agents sociaux » (Bourdieu, 1992, p.146-147).

Une fois embauchées, les femmes en général et celles issues des MV en particulier, sont souvent désavantagées par un manque de possibilités de réseautage et de mentorat (Linehan et Scullion, 2008; McDonald, 2011; Sabattini, 2008). Depuis les deux dernières décennies, les hôpitaux sont confrontés à des défis de rétention des infirmières, car celles-ci abandonnent le travail au chevet des patients à cause de l'insatisfaction liée à l'emploi. Elles sont, également, moins susceptibles de recevoir des affectations enrichies et des opportunités de développement et qui, à notre avis, sont essentielles aux possibilités de promotion (Powell et Graves, 2003). De ce fait Block, Claffey, Korow et McCaffrey (2005) suggèrent que la mise en place des programmes de mentorat renforcerait leur satisfaction, aidant ainsi à leur rétention et par conséquent améliorerait le service aux patients. Les caractéristiques personnelles d'un bon mentor telles que sa disponibilité, ses connaissances et l'efficacité de ses techniques d'enseignement, ses habilités de communication interpersonnelle aide ces femmes à renforcer leurs capacités de réussite dans leur carrière (Andrews et Wallis, 1999).

Quant aux femmes cadres qui sont « doublement minoritaires », lorsque l'accès aux postes de direction leur est acquis, elles doivent faire face à des traitements salariaux différents, à des relations de travail informel caractérisées par la méfiance et le dénigrement et à une

discrimination due à une double appartenance de genre et de minorité ethnoculturelle, ce qui marque leur trajectoire professionnelle (Arthur et Doverspike, 2005; Cardu, 2008, 2011; Greenhaus et al, 1990; Mitra, 2003).

L'accès au travail et à l'indépendance financière a longtemps été considéré comme un facteur d'émancipation des femmes. Avec le développement de l'intégration économique et la mondialisation, la participation des femmes et des MV à des postes de direction est devenue une question de plus en plus importante dans la structure des entreprises. Cependant, on constate que ces deux groupes sont sous-représentés dans la gestion des entreprises, et ce partout dans le monde. Cette sous-représentation varie cependant d'un pays à l'autre, ceci dû aux différences dans les traditions culturelles, les systèmes sociaux et économiques ainsi que les conditions de vie et de travail des femmes (Chen, Yu, et Miner, 1997; Adler et Izraeli, 1988).

Schein et Mueller (1992) rapportent que sur les 45,000 compagnies en Allemagne, seulement 5.9 % des positions de haute direction étaient occupées par des femmes. En Chine, alors que les femmes représentaient 78 % de la main-d'œuvre en 1988, le taux des femmes à la direction des entreprises est passé de 8.9 % (Yi-hong, 1992) à 19 % en 2012, soit le niveau le plus élevé dans le monde. La Russie, le Botswana, les Philippines et la Thaïlande ont le taux le plus élevé de femmes aux postes de direction des entreprises alors que l'Allemagne, l'Inde et le Japon en ont le moins (Grant Thornton Report, 2012). En Europe, depuis les années 1990, les femmes migrantes se sont mobilisées contre l'exposition aux inégalités, à l'exclusion sociale, au racisme et au sexisme (Boukhobza, 2005; Guénif-Souilamas, 2005). Selon Collin (1992), ces femmes ont été écartées des nouveaux pouvoirs mis en place. Pour Kergoat (2009), une action politique serait donc nécessaire si l'accès à l'activité économique par le travail ne conduit pas à l'émancipation; cette auteure affirme de plus que l'émancipation est un processus qui se traduit

par une dynamique de passage de l'individuel vers le collectif et constitue une force de changement et de transformation.

Statistique Canada (2010) estime que si l'immigration devait continuer à provenir de pays non européens, le pourcentage de minorités visibles au sein de la population canadienne née à l'étranger passerait de 54 % en 2006 à 71% en 2031. L'immigration constituera donc la source la plus importante de la croissance nette de la population active sur le marché de travail au Canada. On estime qu'un Canadien sur cinq (20 %) est membre d'une minorité visible en 2016, et que sur quatre personnes immigrantes, trois sont issues de minorités visibles (Citoyenneté et Immigration Canada, 2003). Il devient donc impératif que les entreprises créent des environnements inclusifs et favorisent un climat dans lequel tous leurs employés peuvent réussir, gravir les échelons et se réaliser.

L'importance de la diversité dans le leadership est indéniable, que ce soit dans le domaine de la santé ou toute autre activité politique, commerciale ou sociale. Les leaders assument la responsabilité de développer la vision de la société et des institutions qui nous guident (Maytree, 2007). Dans cette perspective, la diversité au niveau de la gestion des entreprises pourrait résulter en une meilleure productivité et en une meilleure performance organisationnelle étant donné que la diversité favorise l'innovation et la créativité (Richard, 2000; Richard et. al, 2007). Les équipes diversifiées sont plus susceptibles de trouver des solutions innovantes et audacieuses aux problèmes que peut rencontrer leur organisation (McLeod, 1996). Cependant, la gestion de la diversité dans les organisations n'est pas aussi facile qu'elle semble. La diversité culturelle au sein de l'entreprise peut compliquer la dynamique du groupe, engendrer des tensions et créer un clivage en fonction des origines culturelles de chacun (Chevrier, 2003).

Dans le contexte de notre recherche, nous entendons par diversité culturelle le fait que les infirmières issues des minorités visibles (IMV) et les infirmières de la majorité peuvent ne pas partager les mêmes interprétations de la réalité ainsi que les mêmes normes de référence (croyances ou valeurs). Elle signifie aussi que les deux groupes peuvent avoir des façons différentes de penser, d'agir et de réagir. Cox (1993), la définit comme une représentation dans un système donné d'individus et d'affiliation culturelle différente. La gestion de la diversité consiste en un ensemble de politiques, de pratiques formelles ou informelles, d'attitudes et de comportements dont l'interaction influence l'intégration des membres des minorités en milieu de travail (Cox, 1993). Gérer la diversité signifie que les décideurs de l'organisation savent exploiter le potentiel des employés, sans faire de discrimination, qu'il s'agisse d'ethnie, de sexe, d'orientation sexuelle, d'âge, de culture ou de capacité physique (Cox, 1993).

Dans les milieux hospitaliers, les migrants constituent une clientèle en soi qui transporte un bagage culturel, des caractéristiques (apparence physique, pratiques langagières et corporelles), des conduites sociales et des pratiques religieuses « différentes ». Les infirmières issues de la migration, en poste de direction, peuvent apporter une contribution dans la promotion de la santé à la population migrante et privilégier de plus en plus des approches de soins et d'accompagnement interculturels et transculturels; elles peuvent mettre de l'avant des démarches fondées sur une logique d'altérité, qui tiennent compte de la spécificité culturelle de la population migrante et qui sont susceptibles de comprendre l'« Autre dans toute sa complexité et dans le respect de ses assises culturelles » (Desgroseilliers et Vonarx 2010, p.19).

Le rapport de Hara et Associates (2006) mentionne que sur les 1739 nominations de la fonction publique en sciences infirmières, seulement 130, soit 7.5 %, ont été octroyées aux MV

contre 20 % prévus. Cela amène à nous poser des questions sur cette sous-représentativité : est-ce une question de disponibilité, de compétences, d'habiletés ou autres?

La diversité culturelle au sein de la profession infirmière est nécessaire afin de satisfaire les besoins de la population canadienne qui ne cesse de devenir de plus en plus pluri-ethnique (Etowa, Foster, Vukic, Wittstock, et Youden, 2005). L'accession des MV aux postes de direction dans la profession infirmière s'avère donc une question importante qui mérite qu'on s'y attarde.

Parmi les facteurs qui peuvent entraver l'ascension des infirmières issues des MV à des postes avancés dans la profession infirmière, il y a ceux liés aux infirmières elles-mêmes, aux institutions, aux processus de recrutement et de promotion, et enfin, ceux liés à l'hégémonie culturelle et à l'émancipation des minorités ethniques.

En ce qui concerne les facteurs liés aux infirmières, des obstacles de nature sociale se présentent sur le chemin de l'ascension à des postes de direction; la double charge familiale et professionnelle, les déplacements fréquents (Laufer, 2004), les longs quarts de travail sont quelques exemples de barrières qui entravent leur succès dans leur carrière (Grodent, Linckens, et Tremblay, 2011). Toutefois, ces facteurs sont considérés comme une condition *sine qua non* pour accéder à un poste de responsabilité, ce qui avantage les hommes en matière d'avancement (Cornet et coll., 2008). Au-delà des qualifications liées directement à l'emploi (formation, diplômes, expérience, etc.), plusieurs autres facteurs sont à considérer pour expliquer la faible représentativité des IMV aux postes de direction. Parmi ces facteurs, un faible réseau informel, une absence de mentorat, leur réticence à l'avancement de carrière causé par leur perception (négative) d'elles-mêmes sur le traitement qui pourrait leur être réservé dans le milieu de travail (Lemire et Des Marais, 1998) ainsi qu'une culture organisationnelle masculine, peuvent être à l'origine de la stagnation dans leur carrière. Moran, Duffield, Donoghue, Stasa et Blay (2011)

rapportent que certaines infirmières refusent des postes de direction afin de ne pas nuire à leur famille; les responsabilités familiales constituent un facteur de stress, d'isolement social et maintiennent les stéréotypes envers elles en tant que femmes, mères et épouses (Tremblay, 2004). Des Américaines d'origine chinoise ont identifié des facteurs parallèles qui ont influencé leur développement de carrière, à savoir les expériences de la vie, la culture, le genre, les barrières linguistiques et culturelles, le conflit carrière-famille, le peu de promotions et l'effet du plafond de verre (Kuo-Rice, 2005). Le phénomène du *glass ceiling* est une métaphore du verre à travers lequel on peut voir la position sans pouvoir y accéder à cause de barrière(s) visible(s) et invisible(s) « ouvrant la perspective, mais bloquant le mouvement » (Sanchez-Mazas et Casini 2005, p. 142).

Parmi les barrières invisibles identifiées, il y a aussi les attitudes discriminatoires liées au sexisme, les pratiques informelles mises en place au moment du recrutement et de la promotion (Fortino, 2003; Kergoat, 2003) ou pendant les interactions entre collègues (Huppert-Laufer, 1982) ainsi que les politiques organisationnelles (Belle, 1995).

Les facteurs liés aux processus de recrutement et de promotion dans les organismes de santé sont également à considérer dans cette problématique, car ces facteurs sont à la base même du succès dans la carrière. Les choix de recrutement et de planification sont fortement influencés par des réseaux informels et par l'adhésion à des règles tacites, mais non écrites (Bewley, 1999; Corcoran, Datcher et Duncan, 1980; Granovetter, 1995; Holzer, 1988; Ioannides et Loury, 2004; Pellizzari, 2004). Les candidat(e)s n'ayant pas accès à ces réseaux informels ratent des opportunités de succès et il leur est donc impossible de postuler sans avoir été avertis de façon informelle (Catalyst, 2010). Une autre règle tacite qui caractérise les concours est celle de la *cooptation* ou la promotion au choix, où l'on recrute un candidat même s'il ne remplit pas toutes

les conditions habituellement exigées. Certains milieux de santé peuvent avoir du mal à trouver une infirmière gestionnaire qui partage les valeurs et la philosophie de l'institution. Cette dernière, contrairement au processus classique de recrutement, recourt à l'alternative de la cooptation par le biais du réseautage; le *coopteur* pouvant être un ancien professeur, un ancien employeur ou collègue influent au sein de l'institution et qui va servir comme intermédiaire dans la recherche du candidat convenable. Cette règle constitue pour l'IMV, qui postule pour un poste de direction, un obstacle à sa nomination, bien qu'une autre ait pu en bénéficier sous l'étiquette de *discrimination positive*.

La perte de quelque 6730 postes d'infirmières gestionnaires entre 1994 et 2000 (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2007) a eu de graves conséquences pour le recrutement et la conservation des effectifs Thomson, Dunleavy et Bruce (2002) ont résumé le problème de cette façon : «Au moment où les infirmières ont besoin de plus de leadership, le groupe de gestionnaires se rétrécit » , laissant les infirmières « avec peu de soutien au jour le jour diminuant l'accès à ceux qui sont positionnés dans la hiérarchie qui peuvent plaider en leur nom »(p. 26).

Les infirmières gestionnaires qui sont restées se sont vu attribuer des tâches variées supplémentaires dépassant leur charge de travail ce qui a eu des répercussions sur les prestataires de soins; d'un côté, elles se sont trouvées dépourvues de mentorat, de l'autre, leur satisfaction professionnelle a baissé (Jeans et Rowat, 2005).

La diversité pourrait cependant apporter sa part de contribution à la résolution de cette pénurie, sachant que les Infirmières diplômées à l'étranger travaillant au Canada représentent 6,9% de l'ensemble des effectifs infirmiers (Sajan, Roy, MacDonald-Rencz, et Oke, 2007). La

diversité pourrait, en effet, se traduire par différents avantages pour les institutions de santé, notamment l'établissement de relations fructueuses avec la clientèle de leur communauté.

Cette étude est importante pour les soins infirmiers, car elle vise à identifier les facteurs à l'origine de la sous-représentation des IMV dans des postes de direction. Nous croyons qu'un tel projet favorisera l'exploration de la persistance de la sous-représentativité des IMV aux postes de gestion, facteur qui peut nuire à une meilleure compétence individuelle et une meilleure qualité de services fournis par ces infirmières dont l'institution a besoin. Nous entendons par compétence individuelle, l'aptitude des IMV à appliquer leurs connaissances, leurs jugements, leurs attitudes et leurs valeurs à une situation en milieu de soins (OIIO, 2002). Quant à la compétence culturelle, Dredhal, Canales et Shannon-Dorcy (2008) soulignent qu'il n'y a pas de données probantes qui démontrent qu'elle améliore la santé des populations. Ils soulignent aussi que la compétence culturelle relève de la compétence en nursing c'est-à-dire la capacité d'apporter les meilleurs soins à tous les patients, peu importe leur classe sociale ou leur origine culturelle.

Comme il a été discuté précédemment, la sous-représentativité des IMV, dans des postes de direction, pose un sérieux problème à deux niveaux. D'une part, ces infirmières sont incapables d'exploiter au maximum leur potentiel, d'utiliser leurs compétences, leurs talents et d'élaborer, d'analyser, et d'interpréter les politiques innovatrices des services de santé pour la population canadienne. D'autre part, elles trouvent difficile de surmonter les incompréhensions et les stéréotypes négatifs qui ressortent lors de conflits dans le milieu de travail (Chevrier, 2003). Nous croyons qu'il est pertinent d'examiner aussi la rhétorique du langage officiel en matière d'égalité des chances et de promotion de carrière. Cet examen s'ajoutera à la

construction d'un corpus de connaissances susceptible d'aider les institutions de santé canadiennes à bénéficier de l'expertise et du savoir des IMV.

1.2 But de la recherche

La présente étude a pour buts d'explorer l'expérience des infirmières issues des minorités visibles en matière de développement de carrière et de mobilité verticale et d'examiner les fondements de la culture organisationnelle dans le processus d'embauche et de promotion.

1.3 Questions de recherche

Les questions de recherche qui serviront de base dans la réalisation de ce projet sont les suivantes :

- 1- Selon les infirmières issues des minorités visibles, quels sont les éléments qui facilitent ou entravent leur développement de carrière et de promotion à des postes de direction?
- 2- Quels sont les facteurs (personnel, systémique, race, sexe, identité, compétence, etc.) qui contribuent à la sous représentativité des infirmières de MN dans les postes de direction?
- 3- Quels éléments de la culture organisationnelle empêchent ou favorisent la mobilité verticale des infirmières issues des minorités visibles au sein des organisations des soins infirmiers?
- 4- Quelles sont les stratégies mises en place par les organisations pour favoriser la mobilité verticale des infirmières issues des minorités visibles ?

1.4 Position épistémologique

L'histoire des sciences n'a pas la forme d'un progrès cumulatif, régulier et linéaire en regard des nouvelles découvertes. Elle est plutôt marquée par de profondes révolutions qui rompent le cours de ce qu'on appelle la « science normale » (Kuhn, 1983, p. 29). La science normale est fonction

du paradigme qui oriente le regard des chercheurs. En cas d'erreur de jugement ou d'anomalie, le chercheur s'efforcera de les résoudre au sein du paradigme sélectionné (Kuhn, 1983).

Pour un chercheur, qu'il soit expert ou novice, choisir une position paradigmatique signifie choisir celle qui a le plus de valeur pour lui, celle qu'il juge la plus utile pour atteindre le but de sa recherche, celle qui lui permettrait de gagner la reconnaissance de ses pairs (Riverin-Simard, Spain, et Michaud, 1997).

En tant que chercheuse novice, nous croyons que notre position paradigmatique influence notre vision sur le phénomène de la sous-représentation des IMV dans la hiérarchie ascendante de la profession infirmière. De ce fait, nous avons choisi d'adopter une position épistémologique qui est ancrée dans le paradigme de la théorie critique. Contrairement au postpositivisme qui vérifie les phénomènes scientifiques par des biais linéaires sous des formes « d'exercices mathématiques », la théorie critique cherche plutôt à contextualiser les phénomènes observables selon un certain réalisme et relativisme historique (Guba et Lincoln, 1994); les tenants du paradigme critique considèrent que le postpositivisme a cristallisé la réalité en structures qui sont prises pour une réalité et donc considérées inchangeables. Nous pensons que l'ethnographie en tant que « théorie critique en action » est une description à la fois productive et intéressante. La notion de « peuples primitifs », porteuse de connotation d'infériorité et utilisée par les ethnographes d'antan est de nos jours remplacée par l'euphémisme « ethnocentrisme ». Par ethnocentrisme, l'ethnologue contemporain cherche à se débarrasser de l'attitude dévalorisante qui juge les valeurs morales, religieuses et sociales des autres communautés. Or, chaque personne s'identifie à sa communauté dont il a assimilé les valeurs, les manières de vivre et de penser, à savoir son habitus. On a tendance à rejeter, critiquer ou dévaloriser ceux qui ne sont pas comme nous. « Si l'objet de l'anthropologie est de penser les différences et de penser l'autre,

l'altérité n'est pas facile à accepter pour les *civilisés* que nous sommes » (Rivière, 1999, p.12/13). Thomas (1993), considère la théorie critique comme une « rébellion intellectuelle ». La citation suivante souligne ce point :

The roots of critical thought spread from a long tradition of intellectual rebellion in which rigorous examination of ideas and discourse constituted political challenge. Social critique, by definition, is radical. It implies an evaluative judgment of meaning and method in research, policy, and human activity. Critical thinking implies freedom by recognizing that social existence, including our knowledge of it, is not simply composed of givens imposed on us by powerful and mysterious forces. This recognition leads to the possibility of transcending existing forces. The act of critique implies that by thinking about and acting upon the world, we are able to change both our subjective interpretations and objective conditions (p. 18).

Du point de vue ontologique, nous croyons que ce paradigme met en évidence que les résultats de l'acte de critiquer peuvent transformer (émanciper) la réalité par des facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques, et de genre. Un objectif capital de notre projet de recherche serait donc de critiquer et de transformer l'ignorance et les fausses conceptions sur les IMV en une conscience plus éclairée et de mettre en lien compréhension historique, critique et espoir (Riverin-Simard, Spain, et Michaud, 1997).

Nous jugeons donc nécessaire, avant de conclure ce chapitre, de définir les concepts de culture, race, ethnicité, racisme, ethnocentrisme afin de mieux cerner la question de représentativité des IMV dans les postes de gestion.

La culture est un concept très complexe à définir. Tylor (1871) a employé la notion de culture comme synonyme de civilisation. Il l'a définie comme synonyme de civilisation : «La culture ou la civilisation, entendue dans son sens ethnographique étendu, est cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société» (p. 1). Dans le contexte de notre étude, nous avons choisi celle de Hall qui paraît la plus

congruente. Pour Hall (1994), la culture représente « Les significations et les valeurs qui se forment au sein des classes et groupes sociaux distincts, sur la base de leurs conditions et relations historiques données » et « les traditions et les pratiques vécues à travers lesquelles ces «compréhensions» sont exprimées et dans lesquelles elles sont incarnées » (Trad lib. p.527).

La logique universaliste conçoit la *race* comme une notion construite et non une réalité. Cependant, le racisme la considère comme la différence phénotypique naturelle et incontournable transmise par le *sang*. Le concept de race a été appliqué pour distinguer les groupes humains selon des critères arbitraires, à savoir religieux, de couleur, de nationalité et d'origine ethnique. Le racisme institutionnel et systémique est véhiculé sous forme de politiques, pratiques et procédures qui, volontairement ou inconsciemment, favorisent et renforcent les avantages et les privilèges accordés à un groupe majoritaire/dominant; par exemple, la non-reconnaissance des compétences acquises à l'étranger. La confusion entre race et civilisation a créé depuis longtemps un champ fertile au racisme qui est l'expression d'une pensée antirationnelle et représente un grand défi à notre civilisation.

L'ethnicité, pour Weber (1971), consiste en des « groupes humains qui nourrissent une croyance subjective à une communauté d'origine fondée sur des similitudes de l'habitus extérieur ou des moeurs, ou des deux, ou sur des souvenirs de la colonisation ou de la migration, de sorte que cette croyance devienne importante pour la propagation de la communalisation – peu importe qu'une communauté de sang existe objectivement» (p. 416). L'ethnicité est donc conçue comme un construit social. Elle n'est pas une question périphérique, mais centrale pour penser les rapports sociaux dans les sociétés occidentales d'immigration. L'ethnicité s'applique à des groupes de personnes ayant des traits culturels communs, une origine, une histoire, une

spiritualité, une langue, des coutumes, des valeurs et des croyances communes, qui les distinguent des autres groupes (Camoroff et Camoroff, 2009).

Pour Lévi-Strauss (1952), l'ethnocentrisme est la tendance à considérer que les règles de la société (occidentale) dans laquelle on vit constituent les normes sociales absolues. Pour un ethnocentriste, plus les autres civilisations se rapprochent de la civilisation européenne plus elles sont civilisées, et plus elles s'éloignent, plus elles sont considérées *barbares*. Lévi-Strauss critique ce préjugé qui nie la diversité et dénie l'humanité de l'*autre*. L'ethnocentrisme s'entend d'une croyance dans la supériorité de sa culture ou de son origine ethnique (Omi et Winant, 1994; Smedley, 1999).

Le prochain chapitre présente la recension des écrits portant sur les principaux thèmes de la problématique à l'étude.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le but de la recension des écrits est de faire l'inventaire de ce qui a été écrit sur l'avancement vertical des infirmières issues des minorités visibles dans les institutions de santé, aussi bien au Canada que dans le reste du monde. Dans un cadre plus large, la recension a porté aussi sur des professions autres que les sciences infirmières.

Les ressources bibliographiques telles que les livres savants, les journaux scientifiques, les dissertations et thèses sur les sites de la bibliothèque de l'Université d'Ottawa ont été consultés, ainsi que les bases de données EBSCOhost, ProQuest, Books@Ovid, Cochrane Library PubMed et CINHALL. Les descripteurs utilisés étaient mobilité de carrière - infirmières appartenant aux minorités visibles - plafond de verre - altérité - avancement hiérarchique - Ségrégation verticale, relation de pouvoir, racisme et discrimination. Pour maximiser les recherches, les mots clés ont été utilisés en français et en anglais. Les textes retrouvés proviennent principalement de l'Australie, de l'Angleterre, des États-Unis, de France et du Canada, et démontrent l'état des connaissances sur les expériences vécues par les IMV quant à leur avancement dans leur carrière. Ils traitent aussi des principaux facteurs qui nuisent à leur avancement professionnel.

Nous avons regroupé les écrits sous cinq concepts principaux : leadership et identité culturelle ; discrimination raciale dans la profession infirmière ; pouvoir ; minorité et mobilité ; théories liées à l'altérité. La synthèse de notre recension des écrits est représentée dans la figure 2.1.

Figure 2.1 : Synthèse des principaux axes de la recension des écrits

① Leadership et identité culturelle

② Discrimination raciale dans la profession infirmière

③ Pouvoir

④ Minorité et mobilité

⑤ Théories liées à l'altérité

2.1 Leadership et identité culturelle

Le leadership implique un processus d'influence qui vise à faciliter l'exécution d'une tâche collective (Yukl, 2004). Son succès repose sur les caractéristiques personnelles du leader telles que sa flexibilité, son intelligence, son charisme, son intuition à cerner les personnalités de ses employés, etc. (March, 2003). Dans cette perspective, Gandz, Crossan, Seijts et Stephenson (2010) affirment que les bons leaders se vouent au bien de leur organisation et des gens qui les suivent, plutôt qu'à leur propre profit. L'occupation d'un poste de leadership n'est donc pas une chose facile, et diriger avec honnêteté, intégrité et authenticité peut être encore plus difficile. Le rôle de leader n'a pas le même attrait pour tout le monde. Les travaux de la théorie motivationnelle des rôles postulent que les personnes qui aspirent à des positions de leadership ont tendance à aimer le pouvoir, à valoriser l'autorité, la compétition, à souhaiter imposer leur volonté aux autres et à apprécier l'exécution de fonctions administratives (Chen, Yu et Miner, 1978 ; Choi et Chen, 2006). D'autres études (De Hoogh, Den Hartog, Koopman, Thierry, Van den Berg, Van der Weide, et Wilderom, 2005; Kark & Dijk, 2007) ont porté sur le pouvoir et la réussite comme force de motivation et d'aspiration au leadership. La notion de leadership n'a pas de définition absolue; elle peut être perçue comme une influence interpersonnelle par laquelle

une personne amène une personne ou un groupe de personnes à s'acquitter d'une tâche qu'on veut mener à bien. Selon House (2004), « le leadership est la capacité d'un individu à influencer, à motiver, et à rendre les autres capables de contribuer à l'efficacité et au succès de l'organisation » (p.15). Selon Daft (1992), « le leadership est l'aptitude, le talent, l'art d'influencer les hommes vers l'atteinte des objectifs fixés » (p. 494). Un poste de pouvoir est un poste décisionnel qui permet au leader de s'appuyer sur divers modes de pouvoir pour influencer ses employés; son expertise et son savoir lui permettent d'asseoir sa légitimité, son droit de récompenser, son droit de contraindre. Cependant, le *leadership* peut être confondu avec le *management*, car les deux processus sont inextricablement liés. Le management peut être vu comme un processus par lequel on administre et coordonne de manière efficace les ressources matérielles, financières, humaines, etc. pour mener à bien les objectifs de l'organisation (Daft, 2009). Le manager a tendance à contrôler les employés en les poussant dans une direction donnée; par contre, le leader les motive à avoir un sentiment d'appartenance, à être reconnus, respectés, à avoir le sentiment d'appartenance à l'institution.

Des chercheurs sont parvenus à la conclusion que la qualité d'un bon leader se situe à la croisée des trois domaines que sont le caractère, les compétences et l'engagement. La possession d'une seule de ces qualités ne permet pas d'exécuter pleinement la fonction de la position de gestion. Par contre, une fois les trois domaines intégrés, la véritable essence du leadership se dessine (Gandz, Crossan, Seijts & Stephenson, 2010); c'est ce qu'on appelle le cadre de leadership des trois « C » qui est formé du caractère, des compétences et de l'engagement (commitment).

Le leadership ne s'exerce que dans le cadre d'une certaine interaction et n'existe que par le consensus des suiveurs (Bennis, 2007). Cependant, gérer la diversité représente le cœur du

leadership organisationnel moderne (Cox, 1993); gérer la diversité, c'est savoir tirer profit et bien exploiter le potentiel que peut offrir une main d'œuvre diversifiée. En d'autres termes, gérer la diversité, c'est savoir comment faire face aux problèmes qui peuvent surgir dans un milieu de travail pluriethnique. Pour Cox (1993), l'essentiel c'est de permettre à tous les employés d'exploiter au maximum leur potentiel, dans le but de mieux contribuer aux objectifs de l'organisation et sans tenir compte de leur ethnie, culture, sexe ou âge. Ainsi le même auteur a développé un modèle conceptuel d'une organisation qu'il a baptisé *climat de la diversité*. Ce modèle repose sur trois facteurs : individuels (structures identitaires, préjugés, personnalité); groupes/intergroupes (différences culturelles, ethnocentrisme, etc.); organisationnels (culture organisationnelle, intégration structurelle, partialité institutionnelle). La gestion de la diversité culturelle nécessite une planification et une implémentation de systèmes et de pratiques organisationnels afin de maximiser la capacité de tous les employés à contribuer aux objectifs de l'institution de soins et à réaliser leur plein potentiel. Ainsi, le coaching, par exemple, représente une activité de formation et d'accompagnement qui est considérée comme un levier important de transformation de la culture de l'institution. D'autres chercheurs suggèrent que le développement d'une théorie appropriée de la diversité doit inclure les processus de motivation et de soutien qui contribuent à l'institutionnalisation de la différence; de cette façon, il serait plus facile de comprendre le leadership dans un milieu multiethnique (DiTomaso et Hooijberg, 1996; Gagnon et Cornelius, 2000; Maxwell, Blair, et McDougall, 2001; Sanglin-Grant et Schneider, 2000).

Aux défis de l'immigration et du stress causés par la nature de la profession infirmière, s'ajoutent d'autres facteurs, entre autres la discrimination raciale. Celle-ci est abordée dans la section suivante.

2.2 Discrimination et profession infirmière

Selon Lancellotti (2008), la discrimination se produit lorsque le préjudice est combiné avec le pouvoir. Elle a également été définie comme l'oppression, soit à un niveau interpersonnel / personnel, institutionnel et/ou au niveau culturel opérant à plusieurs niveaux de la société, et souvent de manière implicite (Campesino, 2008 ; Hassouneh-Phillips & Beckett, 2003).

À l'époque de l'esclavage, la personne noire était une propriété du blanc et elle était considérée au même titre qu'un cheval ; elle pouvait être fouettée et physiquement blessée. Le viol de l'esclave était une pratique courante, et son meurtre ne résultait en aucune punition. Bien que l'esclavage soit officiellement aboli, le style du racisme contemporain a pris une autre dimension et a changé du style ouvert à un style plus subtil et moins contraignant; ce racisme exercé inconsciemment par les blancs envers les Afro-Américains prend la forme de micro-agression dans le discours et les pratiques de tous les jours (Hall et Fields, 2012). À cause de leur apparence phénotypique, des personnes se font refuser la location d'appartement, des employeurs refusent de les embaucher ou de les promouvoir en écartant leur candidature, les empêchant ainsi d'être évalués sur la base de leurs qualifications et de leurs compétences. Ces personnes se retrouvent ainsi privées de chances de gagner l'expérience et le savoir qui en revanche leur procure du pouvoir (Eid, 2012). L'inégalité de traitement des personnes, même si elle est prohibée légalement, condamnée socialement et non soutenue juridiquement, reste une pratique informelle dans plusieurs domaines. Souvent, ces discriminations se font de manière tellement subtile que les victimes sont incapables de les prouver. À titre d'exemple, les compétences d'un candidat peuvent être remises en question durant l'entrevue, parce qu'il est sujet à des critères d'évaluation plus sévères ou qu'il se fait poser des questions plus exigeantes; il peut même être traité de manière moins courtoise par l'intervieweur (Eid, 2012).

L'histoire de l'insertion et de la progression des minorités visibles dans les sciences infirmières en Amérique et au Canada en particulier ne s'est pas passée sans heurts. Selon Curran (1992), la profession infirmière était réservée aux « belles femmes blanches des banlieues » pendant la majeure partie du XXe siècle, ceci à cause du coût de l'éducation; elle était donc inaccessible aux noirs et aux MV. Ce n'est qu'à la deuxième moitié du XXe siècle que les infirmières noires ont été admises aux écoles de nursing en Amérique du Nord; toutefois, trouver du travail après leur graduation était difficile pour la plupart d'entre elles. McPherson (2005) a noté que même assister à la cérémonie de graduation leur était interdit si l'hôtel ne servait pas les noirs et les autres minorités.

Aux États-Unis d'Amérique, les infirmières d'origine latino-américaine ne représentent que 1.7 % des infirmières autorisées, alors que ce groupe représente 15 % de la population américaine (U.S. Department of Health 2006). La sous-représentativité des infirmières d'origine hispanique serait due, en partie au bullying par leurs collègues ce qui pousse ces infirmières à quitter leur emploi (Johnson et Rea, 2009).

Durant les 50 dernières années, le Canada est devenu plus ouvert et plus tolérant envers les noirs et les MV, mais non sans conserver des *pratiques discriminatoires* (Villeneuve et MacDonald, 2006). Bien qu'une femme noire francophone ait été élue Gouverneure générale du Canada, et que Joan Lesmond - infirmière, originaire de St-Lucia - a fait tomber la barrière raciale quand elle est devenue la première Canadienne noire à diriger l'Association des infirmières autorisées de l'Ontario, la barrière de la *couleur* persiste dans la profession infirmière. Le fait de ne pas utiliser le terme « racisme » dans la profession infirmière provient du fait que les infirmières occupant des postes de pouvoir et d'influence ne croient pas qu'il existe (Hagey Jacobs, Turriffin et al. 2005). Cependant, des études faites à Toronto ont démontré que les

infirmières racialisées, en comparaison avec les infirmières blanches, sont sous-représentées dans les positions de gestion et sur-représentées dans des postes moins rémunérés (Collins, 2004; Das Gupta, 1996; Marshall, 1996; Doris Marshall Institute and Minors, 1994; Head, 1985). Lors d'un conflit à caractère racial, en 1990, sept infirmières noires et une Philippine ont traduit en justice l'hôpital ontarien dans lequel elles travaillaient pour congédiement injustifié et harcèlement racial (Das-Gupta, 1996). Après quatre ans de délibération, l'hôpital a payé des dédommagements et a accepté d'installer un vice-président de l'ethnoégalité raciale pour superviser les programmes de lutte contre la discrimination. D'autres études canadiennes, notamment celles de Hagey, Choudhry, Guruge, Turritin, Collins et Lee (2001) et Krinsky (2002) ont démontré que les infirmières issues des MV ont vécu la discrimination raciale dans leur milieu de travail. Selon Villeneuve et MacDonald, (2006) les infirmières qui dispensent des services cliniques directs dans les institutions, les foyers de retraites et dans la communauté appartiennent de plus en plus aux MV. Cependant, les MV sont presque absentes des postes de pouvoir et de décision dans la profession infirmière. Ces mêmes chercheurs recommandent pour 2020 qu'au moins 20 % des infirmières chefs de file proviennent des populations autochtones et des minorités visibles. Vu les statistiques actuelles, le taux qu'ils proposent semble irréaliste.

Les prochains paragraphes exposeront les écrits recensés sur le concept du pouvoir au sein de la profession infirmière en relation avec l'identité culturelle.

2.3 Pouvoir

La relation de pouvoir renvoie implicitement à deux notions intimement liées, à savoir le pouvoir d'exercer une action et le pouvoir exercé sur quelqu'un. La notion de pouvoir ne manque pas d'ambiguïté. En anglais, on la retrouve avec les notions de *power to* et *power over*. Weber (1968) la définit comme toute chance de faire triompher, au sein d'une relation sociale, sa propre

volonté, même contre des résistances. Selon Rowlands (1995), plus une personne (dominante) a de pouvoir, moins l'autre (dominée) en a. Cependant, dans une situation d'oppression, l'acteur le plus faible a toujours une certaine forme de pouvoir; l'existence de l'opprimeur en tant que telle est dépendante de l'existence de l'opprimé. Autrement dit, le pouvoir est une notion relationnelle et son exercice ne peut exister que dans une relation d'échange avec autrui (Veneklasen & Miller, 2002).

Foucault souligne que

« Le pouvoir n'existe pas. (...) l'idée qu'il y a, à un endroit donné, ou émanant d'un point donné, quelque chose qui est un pouvoir, me paraît reposer sur une analyse truquée, et qui, en tout cas, ne rend pas compte d'un nombre considérable de phénomènes. Le pouvoir, c'est en réalité des relations, un faisceau plus ou moins organisé, plus ou moins pyramidalisé, plus ou moins coordonné de relations » (Foucault, 2004, p.302).

Pour Foucault (1975), la relation de pouvoir est étroitement liée à celle des concepts de la discipline et du corps. Ils interfèrent réciproquement l'un avec l'autre et sont strictement corrélatifs. Le mécanisme disciplinaire s'impose à l'école comme il s'impose à l'hôpital ou à l'usine, tout d'abord par l'aménagement de l'espace, par la répartition des lieux sur un modèle cellulaire, ensuite par la rationalisation du temps. Le mécanisme disciplinaire utilise la force panoptique (métaphore reprise de Jérémy Bentham), comme outil de surveillance dans les prisons; le gardien au centre de la prison peut tout voir sans être vu. Cette tactique a l'avantage de réduire le nombre de ceux qui exercent le pouvoir, tout en multipliant le nombre de ceux sur qui on l'exerce. De plus, cette tactique représente une menace d'intervention continue pour le déviant, « sans autre instrument physique qu'une architecture et une géométrie, il agit directement sur les individus » (Foucault, 1975, p.204), et constitue un dispositif intensificateur de pouvoir. Exclure pour mieux corriger, dresser, subordonner, et évaluer, telle est la fonction du pouvoir disciplinaire, une formidable procédure d'individualisation. Ainsi, les pratiques de

gouvernement des individus ont conduit Foucault à développer des questions qui intéressent la recherche en management, à savoir les normes de conduite, les formes de contrôle et les façons d'orienter les conduites.

Dans l'œuvre de Michel Foucault, il est toujours question de l'autre. L'autre dans sa singularité et sa différence. Cet autre peut être le fou, le délinquant, l'homme infâme, etc. Ainsi, comme Foucault (1966) le rappelle dans l'introduction de son ouvrage *Les Mots et les choses* :

L'histoire de la folie serait l'histoire de l'autre, - de ce qui pour une culture, est à la fois intérieur et étranger, donc à exclure (pour en conjurer le péril intérieur), mais en l'enfermant (pour en réduire l'altérité); l'histoire de l'ordre des choses serait l'histoire du même, - de ce qui pour une culture est à la fois dispersé et apparenté, donc à distinguer par des marques et à recueillir dans des identités (p.15).

Françoise Collin (1992) s'est intéressée au rapport de pouvoir et de domination. Elle a souligné que l'accès à l'activité économique ou sociale n'est pas garant à un accès au politique; les femmes ont été des actrices et des innovatrices sans que cela ne se traduise pour elles en pouvoir au sein des organisations dans lesquelles elles sont impliquées, comme c'est le cas dans les organisations de la santé. Les institutions de santé sont par excellence le lieu de l'exercice du pouvoir ; elles sont le lieu stratégique qui contrôle et observe le progrès des infirmières, mais aussi leur limite l'accès aux postes de pouvoir formel. Le pouvoir formel, reflété par la position dans l'organigramme montre le degré d'implication (des IMV) dans les instances décisionnelles, soit au conseil d'administration et à l'Exécutif. En d'autres termes, les institutions de santé constituent les lieux de reconnaissance méritocratique où les infirmières accèdent aux postes supérieurs, mais aussi des lieux où se structurent les relations de pouvoir et les processus informels inégalitaires qui autorisent l'accès aux postes de pouvoir. Les paragraphes qui suivent exposeront des réalités de la mobilité verticale des femmes en général et des infirmières issues de MV en particulier.

2.4 Minorité et mobilité

Parmi les écrits qui ont attiré notre attention, le concept de réussite de carrière qui, selon Wayne, Linden, Kraimer et Graf (1999) peut être défini à la fois en termes objectifs, où le succès peut être mesuré en termes de réalisations observables, comme la progression de salaire, la fréquence des promotions, et en termes subjectifs, où l'indicateur principal de succès de carrière est la satisfaction de la personne envers sa carrière, en termes de promotions, de statut et de développement professionnel. Hall (1996) propose une distinction entre carrière interne et carrière externe. Le succès de carrière interne est basé sur des critères subjectifs, c'est-à-dire liés aux aspirations individuelles alors que le succès de carrière externe est défini en dehors de la personne, comme dans l'entreprise ou dans la société et est plus précisément lié à la progression verticale dans une hiérarchie organisationnelle. Tung (1998) indique que les gestionnaires considèrent de plus en plus une affectation internationale comme une mise en valeur de leur carrière interne, plutôt que de leur carrière externe. La carrière externe correspond à la « règle du jeu » sociétale alors que la carrière interne correspond à la « règle du je » (Cerdin 2004, p. 159).

Selon le bulletin de rendement annuel de 2012 du Conseil canadien pour la diversité administrative, une étude indépendante portant sur la diversité des sexes au sein de tous les conseils d'administration des 500 plus grandes entreprises canadiennes a révélé que le taux d'occupation des sièges par les MV est passé de 5.3 % en 2010 à 4.6 % en 2011, soit une diminution de 0.64 %.(CCDA-Conseil Canadien pour la Diversité administrative, bulletin de rendement annuel de 2012). Ces données démontrent la sous-représentativité des MV dans les conseils d'administration des entreprises canadiennes.

Étant donné que la profession infirmière est majoritairement occupée par des femmes, nous avons jugé utile de nous intéresser aux études qui ont abordé l'avancement des femmes

dans diverses carrières. Certaines recherches féministes (Colwill 1987; Field et Santucci 1983; Landry 1990) ont établi que, quel que soit le niveau hiérarchique, la culture organisationnelle est fondamentalement une culture masculine; plus on grimpe dans les échelons de la hiérarchie, plus on doit faire face au *old boys club*. Une culture masculine est composée des rôles de genre masculin qui mettent l'accent sur des valeurs telles que l'affirmation de soi, le pouvoir, la domination et le leadership. Dans son œuvre *la domination masculine - une étude ethnologique de la société Kabyle* - Bourdieu (1998) soutient que la masculinité, pour cette société, a toutes les propriétés de la noblesse c'est-à-dire le sens de l'honneur, de l'excellence et le devoir de garder la face et ce, grâce au phallus qui représente un signe de la puissance fécondante. Lors de la cueillette des olives, par exemple, l'homme frappe les branches une dizaine de minutes alors que les femmes et les enfants ramassent les olives des journées entières sous le soleil brûlant. Les hommes Kabyles diront que les femmes aiment les petites tâches, qu'elles aiment ce qu'elles sont *condamnées* à faire.

Les hommes blancs sont minoritaires dans la profession infirmière, mais sont néanmoins considérés comme le groupe le plus avantageé en matière de promotion (Pudney et Shields, 2000). Compte tenu de cet avantage, les hommes blancs sont susceptibles d'être les contrôleurs et les évaluateurs dans l'accès aux postes de direction de niveau supérieur. Shein (1973) a initié des travaux en psychologie sociale et organisationnelle qui lui ont permis de constater une forte association entre le stéréotype du leader et celui de genre masculin, phénomène qu'elle a baptisé *Think manager – think male*. Le stéréotype du genre est largement répandu dans les sociétés contemporaines (Eagly & Karau, 2002).

Les femmes, incluant celles issues des MV, se plaignent d'être dévalorisées dans les entreprises (Diversity Institute & Catalyst, 2007). Par exemple, elles rapportent avoir soulevé des

points intéressants dans des réunions d'entreprises et avoir été ignorées jusqu'à ce que ce point soit soulevé par un collègue masculin. Elles se sentent discréditées alors que leurs collègues masculins sont reconnus pour leurs idées à elles et les travaux qu'elles ont achevés (Eagly & Carli, 2007). En Europe, la Commission européenne a inscrit la question de l'accès des femmes dans le cadre de la responsabilité sociétale des entreprises. Cette initiative s'inscrit dans le cadre du déploiement du *Gender Mainstream* qui est un courant pour la construction de relations équilibrées entre les femmes et les hommes. Malgré ce déploiement, les stéréotypes négatifs persistent. La discrimination, la disqualification et les stratégies identitaires adaptées ou confrontées talonnent encore le parcours professionnel de nombreuses femmes gestionnaires dans leur progression de carrière au sein des organisations. Adam, Griffiths, Keogh, Moore, Richardson et Tattersall (2006) suggèrent que les compétences dans la technologie de l'information (IT), par exemple, sont sexuées et que les femmes sont vues comme incompatibles avec la profession. Les femmes représentent seulement 9 % des ingénieurs et 16,7 % des programmeurs comparativement à 36,8 % des analystes et 60,8 % des graphistes et illustrateurs. Les MV constituent 13 % de la main d'œuvre, mais représentent seulement 10 % des employés de l'*Information and Communications Technology* (l'Information and Communications Technology Council -ICTC-, 2007). Les MV gagnent 15 % de moins que les autres employés et 13 % de moins que leurs homologues blancs /caucasiens (Hum et Simpson, 1999; Royal Bank of Canada (RBC), 2005).

Le succès dans la carrière pour les MV ne peut être réalisé sans avoir surmonté des défis et obstacles liés à la discrimination, aux disparités économiques et sociales en plus des méthodes de recrutement discriminatoires liées aux qualifications artificielles ou arbitraires. Les minorités doivent faire face à une variété de barrières pour avancer dans leur carrière (Reitz, 2001).

Dans une étude réalisée par Mayor (2004) auprès de 88 infirmières issues des minorités qui ont réussi leur carrière de direction en nursing malgré les barrières sociales et politiques, ces femmes ont déclaré qu'il y a une relation claire entre la race, la classe sociale, le genre et les caractéristiques personnelles qui ont façonné le développement de leur carrière. En raison de cette relation, l'auteur a recommandé que l'éducation et la formation soient offertes au niveau individuel, professionnel et organisationnel pour « éradiquer le racisme » (p.104). Une autre étude qualitative menée par Obrey, Vydelingum, & Robbins (2006) auprès de 12 infirmières de MV dans un hôpital en Angleterre montre que les participantes ont vécu un grand choc et une frustration résultant de l'inégalité des chances. Pour mieux saisir le concept des inégalités des chances nous avons fouillé dans quelques théories liées à l'altérité, à savoir 1. la théorie de la représentation sociale, 2. la théorie des conflits réels de Shérif, 3. la théorie de l'identité sociale, 4. la théorie de la dominance sociale, 5. la théorie de la représentation sociale de Mascovici, 6. la théorie de l'utilitarisme et la théorie de la justice et enfin, 7. la théorie postcoloniale et hybridité culturelle.

2.5 Théories liées à l'altérité

Théories de la représentation sociale

L'ethnocentrisme et l'intolérance envers les minorités ethniques ont fait l'objet de plusieurs recherches au Canada (Berry, Kalin & Taylor, 1977; Altermeyer, 1987), et ont démontré que les Canadiens les plus ethnocentriques sont ceux qui expriment les attitudes les moins favorables envers les minorités ethniques et envers les immigrants en général. Les résultats de ces recherches ont montré aussi que plus on est ethnocentrique, plus on évalue positivement son endogroupe et moins l'évaluation des minorités ethniques et des immigrants est positive. Au début des années soixante, Sherif (1961,1966) a donné des explications au préjugé et à la

discrimination et les a inscrits pleinement au niveau « intergroupe » aboutissant à la théorie des conflits réels. D'autres théories ont alors suivi, telles que la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1978) et par la théorie de la dominance sociale de Sidanius et Pratto dans les années quatre vingt dix.

Les conflits d'intérêts entre individus ou intergroupes surviennent chaque jour et à des occasions multiples. La théorie de l'identité sociale s'inscrit dans la perspective de l'étude de ces conflits. Dans les conflits intergroupes, cette théorie postule que la catégorisation en deux groupes distincts est la source de discrimination à l'encontre de l'exogroupe (eux). Par contre, s'accorder des attributs positifs à la différence des attributs négatifs du groupe adverse, donnent ainsi une comparaison favorable à l'endogroupe, le (nous). Quant à la théorie des conflits réels, qui va suivre, elle concerne la répartition des ressources.

Théorie des conflits réels de Shérif

Selon la théorie des conflits réels de Shérif (1966), les répartitions inégales des ressources rares et valorisées comme le pouvoir et la richesse entre les groupes d'une société sont souvent source de différends, voire de conflits et entraînent une rivalité et un ethnocentrisme entre groupes privilégiés et groupes désavantagés. Les relations entre groupes peuvent être soit compétitives, soit coopératives; quand elles sont coopératives, elles sont caractérisées par l'entente et l'harmonie alors que quand elles sont compétitives elles sont caractérisées par la dissension, le conflit et la lutte. Cette théorie soutient que la concurrence entre groupes pour des ressources limitées est donc la cause fondamentale de l'antagonisme sociétal et est génératrice de préjugés de et discrimination. Ainsi, les groupes dominés se sentant vulnérables, ils tendent à intérioriser les valeurs des groupes dominants et à dénigrer les membres de leur groupe d'appartenance. Les

recherches de Sherif (1966) ont souligné une plus grande cohésion et solidarité intragroupe chez les membres du groupe dominant/gagnant alors que chez les perdants ce sentiment a diminué.

Les résultats des études de terrain de Sherif (1966) ont démontré l'impact de la compétition et de la coopération intergroupes sur le recours aux préjugés et à la discrimination. Quant à la théorie de l'identité sociale, comme on va le voir, elle soutient les effets négatifs sur la cohésion et l'estime de soi des dominés.

Théorie de l'identité sociale

Tajfel et Turner (1986) ont défini le groupe comme :

Une collection d'individus qui se perçoivent comme membres de la même catégorie sociale, partageant quelques engagements émotionnels dans cette définition commune d'eux-mêmes, et atteignent un certain degré de consensus à propos de l'évaluation de leur groupe et de leur appartenance à celui-ci (p. 15).

Tajfel et Turner suggèrent deux extrêmes dans un continuum qui concerne le système de croyances des individus dans les relations intergroupes. Le premier étant « le pôle de la mobilité sociale » (p.10), qui permet à tout membre insatisfait de son appartenance à son groupe de changer de camp dans le groupe qu'il juge valorisant, les frontières entre groupes sont perçues comme étant perméables. Ce détachement du groupe peut avoir des conséquences négatives sur l'homogénéité du groupe et les membres risquent de ne plus considérer les différences d'intérêts entre le groupe endogène et exogène; d'autre part, cela pourrait entraver les actions collectives servant les intérêts du groupe. Turner (1984) suggère que les échecs répétés des minorités sociales désavantagées les placent dans une situation de *perdants* face aux classes dominantes, ce qui résulte en une réduction de la cohésion sociale et une diminution de l'estime de soi de ces minorités.

Le deuxième extrême est celui qu'ils appellent *changement social*, caractérisé par la croyance en une zone liminale impossible à franchir tout seul et à s'extraire de son groupe

d'appartenance. Ainsi, en cas de conflit intergroupe, il est très difficile, voire impossible pour un membre, de pouvoir trahir son groupe et se joindre au camp adverse.

D'autre part, Tajfel et Turner (1979) ont défini la catégorisation sociale comme un outil cognitif qui divise et classe l'environnement social, permettant ainsi aux individus d'entreprendre des actions sociales; cet outil nous permet de découper et de classer notre environnement social. La catégorisation définit la place de chacun dans la société sur la base d'une identité sociale qui résulte de la conscience des membres du groupe, ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à l'appartenance au groupe. Dans des contextes de conflits intergroupes, les membres de chacun des groupes antagonistes vont agir en tant que représentants fidèles à leur catégorie, laissant de côté leurs différends interpersonnels.

Théorie de la dominance sociale

Cette théorie se veut comme synthèse des théories antérieures en lien avec les attitudes et relations intergroupes. Elle postule que chaque société est composée d'une hiérarchie sociale constituée de groupe(s) dominant(s) au sommet et de groupe(s) dominé(s) en bas de l'échelle sociale. Les dominants sont privilégiés, ils possèdent l'autorité, le pouvoir, la richesse, l'accès facile à la santé et à l'éducation, en d'autres termes, un statut social élevé. Par contre, les plus démunis ont une valeur sociale négative, ce qui implique un pouvoir faible, un faible niveau de revenu et d'éducation, une santé précaire caractérisée par un accès limité aux soins en l'absence d'assurances maladie. Selon Sidanius et Pratto (1999), cette hiérarchisation, catégorisation et stratification sociale est à l'origine de toutes les formes d'oppression sociale.

Théorie de la représentation sociale de Moscovici

Dans son œuvre *Représentations individuelles et représentations collectives*, Durkheim (1998) avance que les représentations collectives sous l'influence des facteurs sociaux prennent la forme

de mythes et de légendes. Moscovici, s'inspirant de ces travaux, a remis à jour le concept proposé par Durkheim en l'adaptant aux rapports symboliques de la société moderne profondément influencée par le développement de la science et l'intensification des échanges intergroupes, par la pluralité et la mobilité sociale.

Dans leurs sens primaires, les représentations sociales se rapportent aux « idées, pensées, images, connaissances que les membres de la société partagent ; elles sont des univers consensuels, socialement créés et communiqués, qui aident les membres de la société à construire la réalité sociale » (Augoustinos et Walker, 1995 p.135).

Une définition exacte du concept de la représentation sociale est difficile due à son caractère polysémique, une représentation pouvant avoir lieu dans le domaine politique, artistique, syndical, etc. Moscovici (1976), définit la représentation sociale comme :

Système de valeurs, notions et pratiques relatives à des objets, aspects ou dimensions du milieu social, qui permettent non seulement d'établir le cadre de vie des individus et des groupes, mais constituent également un instrument qui aide à l'orientation de la perception d'une situation et à l'élaboration des réponses. (p. 42)

D'autre part, Jodelet (1989), définit les représentations sociales comme,

Une forme de connaissance élaborée et partagée socialement, qui a une finalité pratique et recourt à la construction d'une réalité commune pour un groupe social. C'est une forme de connaissance au niveau du sens commun, même une forme de connaissance naïve, distincte de la connaissance scientifique (p. 36).

D'après Jodelet, la représentation sociale comprend les caractéristiques fondamentales suivantes : il n'existe pas de représentation en l'absence d'un objet et d'un sujet, l'objet peut être de nature abstraite comme un état de maladie ou une catégorie de personnes telles que les minorités visibles. La représentation est le processus par lequel s'établit la relation entre l'objet et le sujet qui s'influent l'un l'autre.

Abric (1994) l'a défini comme « produit et processus d'une activité mentale par le truchement desquels un individu ou un groupe reconstitue la réalité à laquelle il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (p.13). Il propose que c'est grâce aux productions discursives qu'on accède aux représentations ou que c'est dans les discours que va être formulée une représentation; il semble donc poser l'existence d'un lien direct entre discours et représentations. Pour Abric (1993), cela passe alors par des processus de communication;

Les représentations sociales ne sont pas fondées sur les choses et les situations dont elles parlent, mais sur les communications à propos de ces choses et de ces situations. En ce sens, elles sont partagées socialement, avant d'être saisies individuellement et ceci fait clairement comprendre pourquoi les processus de communication façonnent et transforment les représentations partagées (p. 167).

De là on peut se demander dans quelle mesure le processus de communication façonne et transforme les représentations.

Le rôle de la représentation sociale ne se limite pas à refléter la réalité, mais aussi à s'organiser en fonction du contexte social et du but que les individus poursuivent. Conçues comme une forme de connaissance, les représentations sociales ne se superposent ni sur la pensée objective, ni sur la réflexion affective de la réalité. Trois dimensions constituent le contenu de la représentation sociale à savoir, l'attitude, l'information et le champ des représentations (Herzlich, 1972). L'*attitude* étant « l'orientation générale, positive ou négative à l'encontre de l'objet de la représentation » (Herzlich, 1972. p.311), l'*information* étant les connaissances déjà acquises à propos de l'objet et la troisième est le *champ des représentations* qui est l'organisation et la hiérarchisation de l'information. Moscovici (1984) considère la représentation sociale comme une stratégie pour intégrer ce qui n'est pas familier à ce qui l'est en le transformant et en le modifiant selon les nécessités dans le but de maintenir le groupe à l'abri de la peur de l'inconnu.

Representations are created as a means of transferring what disturbs us, what threatens our universe, from the outside to the inside, from far off to near by. The transfer is effected by separating normally linked concepts and perceptions and setting them in a context where the unusual becomes usual, where the unknown can be included in an acknowledged category (p. 27).

Les membres des groupes sociaux ont besoin de transformer leur milieu en un espace plus ordonné, prévisible et contrôlable et recourent à la représentation sociale. Cette dernière se trouve au niveau de la conscience individuelle sous forme d'idées, de concepts et de catégories qui sont propres à la cognition sociale. Par ce processus, les personnes perçoivent le monde et les objets sociaux de la façon dont ils traitent les informations liées à cette réalité. Quant à la catégorisation, elle permet de classer les objets et les personnes en groupes distincts, en fonction de leurs caractéristiques communes pour faciliter la compréhension des comportements du groupe, qu'il soit endogène ou exogène (Jaspar & Hewstone, 1982). Pour Abric (1994), « toute réalité est représentée c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégré dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (p. 12). Selon ce même auteur, la représentation ne peut être un « reflet de la réalité » seulement; elle est plutôt une « organisation signifiante », laquelle dépendra de facteurs « contingents » et « contextuels » (p. 13). Quant à Herzlich (1972), « Cette signification n'est pas le reflet dans l'esprit d'une réalité externe parfaitement achevée, mais un remodelage, une véritable construction mentale de l'objet conçu comme non séparable de l'activité symbolique d'un sujet, elle-même solidaire de son insertion dans le champ social » (p. 306).

Dans son œuvre *la psychanalyse, son image, son public*, Moscovici (1976) a fait mention du contexte de l'immigration, un sujet dont l'importance est reconnue par les médias. Dans un effort de donner une image de la réalité qu'elle décrit, la presse contribue à la construction de

cette réalité en la déformant pour qu'elle soit plus conforme aux attentes de l'opinion du public qu'elle sert. Pour atteindre cet objectif, la presse utilise tout un dispositif de matériel pour réaliser sa mission qui est plus qu'un transfert de message, mais plutôt sa déformation et sa traduction conformément aux normes et aux valeurs sociales. Moscovici, (1976) a écrit à ce sujet :

Chaque opinion ou représentation sociale reçoit une signification par les expressions socialisées. Une représentation est le langage, parce qu'il signifie des actes ou des situations sociales. Dans le processus de communication, on observe la genèse des images et des modèles sociaux et de leurs interférences avec les règles et les valeurs existantes, avant que celles-ci deviennent langage déterminé, discours social. (p.42)

La représentation sociale est une façon d'expression de l'image de l'altérité (ou la figure de l'« Autre ») dans la presse quotidienne d'un pays où « la population majoritaire/noyau » forme un groupe se comportant différemment de ceux de l'exogroupe, de la périphérie/les *différents* à cause de l'ethnie, race, orientation sexuelle ou autre. La psychologie sociale décrit davantage les mécanismes sociocognitifs qui participent à l'élaboration de l'altérité. En ce qui concerne les médias, journaux et télévision, on dit qu'ils dépassent le problème de la *représentation des faits comme tels* et que le discours médiatique est conçu de façon à se conformer et à répondre aux attentes du public (Preston, 2006).

Théorie de l'utilitarisme et théorie de la justice

Le bonheur est une aspiration universelle. Il s'agit d'un état de plénitude, de satisfaction, de sérénité et d'équilibre durable du corps et de l'esprit où il n'y a pas de place au stress, à l'inquiétude et aux troubles; en d'autres termes, c'est un état de plaisir, de joie de vivre et de béatitude. Dans la doctrine utilitariste, « la recherche du bonheur de tous ou du plus grand nombre » est l'essence de la pensée, comme l'écrit Bentham (1996), « le plus grand bonheur du plus grand nombre est la mesure du juste et de l'injuste » (p. 86). Pour cette doctrine, le bonheur

est la fin ultime de nos actions. Cependant, Kant sans nier qu'il est l'aspiration de tout un chacun, excluait que le bonheur soit le principe de la morale, car il est empirique, subjectif et dépend de l'expérience personnelle de chaque personne. L'utilitarisme considère *utile* tout ce qui contribue au bonheur de la personne, richesse, beauté, poste avancé, promotion, etc. L'utilitarisme se veut scientifique et rationnel et prend en considération les conséquences d'un acte, et évalue son impact sur le bien-être du plus grand nombre de personnes possible. Sa valeur suprême est donc l'augmentation du bien-être, *welfare*, la satisfaction des attentes personnelles et la diminution de la souffrance d'où l'impératif moral : maximiser les plaisirs et minimiser les peines. Dans cette perspective, Bentham estime que les lois promulguées doivent inciter les personnes à agir dans le but d'accroître le bonheur général et non seulement individuel. Mill (1988) a écrit : « Entre son propre bonheur et celui des autres, l'utilitarisme exige d'être aussi impartial qu'un spectateur désintéressé et bienveillant le serait » (p.98).

Une telle affirmation démontre le caractère impartial quant au respect de l'égalité de tous, quel que soit le rang social de la personne. Le calcul de l'utilité de l'action est en fonction de ce qu'elle présente comme excédent maximal des plaisirs sur les déplaisirs dans le respect des valeurs individuelles et collectives et dans le produit du *plus grand bonheur du plus grand nombre*.

Par sa théorie de la justice, John Rawls, moraliste et philosophe américain, offre une alternative à la doctrine utilitariste qui, selon lui, ne donne pas de statut satisfaisant à la question de la justice. Pour Rawls, cette doctrine présente plusieurs faiblesses, elle déduit le concept de justice de celui du bien et définit le juste comme ce qui maximise le bien. L'altruisme constitue une exigence difficile à respecter, car demander aux gens qu'ils soient généreux et informés semble excessif; la quête du bien-être collectif comme finalité donne à la doctrine un caractère

téléologique. Rawls a choisi une approche contractualiste axée sur les notions d'éthique et de justice inspirée du contrat social de Rousseau par lequel les citoyens acceptent une limitation de leur liberté en échange de lois garantissant la pérennité du corps social. Deux principes liés à la notion d'égalité et deux principes liés à la liberté occupent une place prépondérante dans la philosophie de Rawls. Les deux principes sont la juste égalité des chances et le principe de la différence. Le premier est l'équivalent du principe d'accessibilité qui est au cœur des débats liés à l'éducation, à la formation à l'immigration, etc., le second admet que certaines différences socio-économiques sont justes dans la mesure où elles produisent une richesse pouvant être transférée aux plus démunis. Ainsi, ce principe vise à augmenter le gain des moins fortunés, pour assurer une justice socioéconomique. Rawls suggère qu'un minimum de satisfaction des besoins de base tels que la santé, le logement, la sécurité au travail et le bien-être social doivent être assurés à tous les citoyens, il prône aussi l'égalité des chances dans l'accès à l'éducation et par conséquent aux postes de pouvoir sur la base critères méritocratiques. Rawls (1999) a écrit :

L'égalité des chances est un ensemble d'institutions qui assure une éducation égale, de même qu'un accès à la culture pour tous et qui laisse ouverte la concurrence pour les postes sur la base des qualités raisonnablement liées à la performance, et ainsi de suite. Ce sont ces institutions qui sont mises en péril lorsque les inégalités et la concentration de la richesse atteignent une certaine limite (p.143).

Rawls constate que les modèles égalitaires sont minés par la concentration des richesses et des pouvoirs dans les mains d'une minorité ce qui affecte le principe de juste égalité des chances. Il avance que les personnes douées et qui ont du talent doivent avoir les mêmes chances de succès sans tenir compte de leur classe sociale. À ce sujet, il a écrit :

Ceux qui ont des capacités et des talents semblables devraient avoir des chances semblables dans la vie. De manière plus précise, en supposant qu'il y a une répartition des atouts naturels, ceux qui sont au même niveau de talent et de capacité et qui ont le même désir de les utiliser devraient avoir les mêmes perspectives de succès, ceci sans tenir compte de leur position dans le système

social. Dans tous les secteurs de la société, il devrait y avoir des perspectives à peu près égales de culture et de réalisation pour tous ceux qui ont des motivations et des dons semblables. Les attentes de ceux qui ont les mêmes capacités et les mêmes aspirations ne devraient pas être influencées par leur classe sociale (p.104).

Dans le principe de juste *fair* égalité des chances, Rawls insiste sur le fait que l'accès à l'éducation et à l'emploi doit être basé sur la qualification – toutefois, Rawls rejette une approche exclusivement fondée sur le mérite – et que toute personne talentueuse peut avoir accès à une carrière sans discrimination sur la base de la couleur de sa peau, de son appartenance ethnique ou sa classe sociale. Autrement dit, aucun facteur arbitraire ne doit s'interposer vis-à-vis de l'emploi et de l'éducation de ces personnes. Un autre élément important dans le principe de la juste égalité des chances est la nécessité de l'intervention de l'État pour assurer, dans la mesure du possible, une égalité de traitement en matière de financement dans l'éducation. Un financement égal peut être insuffisant pour les plus démunis chez qui certains facteurs peuvent nuire à leur santé et à leur développement cognitif. Les plus démunis requièrent, le plus souvent, de l'aide et de l'assistance. Sans une telle intervention en faveur des plus vulnérables, l'égalité des chances ne saurait être réalisable. À titre d'exemple, l'État pourrait intervenir en accordant un quota pour assurer la représentativité des groupes défavorisés, sous forme d'action positive, ou mettre en place des stratégies pour combattre les discriminations et les préjugés à leur encontre.

Au cours des vingt dernières années, plusieurs travaux philosophiques se sont inscrits dans le sillage des théories égalitaristes inspirées de Rawls, développant ainsi une importante littérature dans le domaine des théories de la justice, tels que les travaux de Brighouse et Swift (2009). Cependant, des philosophes ont adopté certains principes de Rawls et se sont opposés à d'autres. Satz (2007), appuie l'idée démocratique que tous les gens ont les mêmes droits et

libertés et ne doivent pas être discriminés sur la base d'appartenance ethnique ou classe sociale.

Elle a affirmé que ce principe :

Ressemble aussi au principe que Rawls appelle *l'égalité équitable des chances* : ce principe stipule que les personnes ayant des potentiels similaires nées dans les différentes classes sociales devraient avoir les mêmes chances d'occuper des positions sociales. Néanmoins, le développement égal des potentialités de l'enfant entre les différents groupes sociaux n'est pas un principe directeur plausible de la politique éducative. (p.631)

Cependant, elle soutient que le principe rawlsien est inapplicable. D'une part, le développement égal des potentialités des personnes n'est pas un principe directeur de la politique éducative, d'autre part aucune société n'est capable d'offrir aux plus démunis les mêmes possibilités dont disposent les plus aisés. De plus, aucun État n'est disposé à dépenser toutes ses ressources à l'éducation. Satz (2007) souligne que l'alternative à l'égalité des chances est la garantie d'un minimum d'éducation : « l'alternative à l'idée d'égalité des chances est l'approche fondée sur l'idée d'adéquation. De telles approches mettent généralement l'accent sur la garantie d'un certain seuil d'éducation qui doit être atteint pour tous les enfants » (p. 635). L'idée de mesures préférentielles et l'introduction de quotas en faveur des démunis, *discrimination positive* ou *affirmative action*, peu importe comment on l'appelle, a été jugée comme discriminatoire à l'égard d'une minorité de la majorité dominante. Aux É.U., certains blancs de la classe moyenne, qui forment eux-mêmes une minorité, poursuivent en justice leur employeur pour discrimination raciale. Des étudiants blancs qui poursuivent aussi leur université de les avoir refusé aux profits d'étudiants de couleur ayant des moyennes inférieures aux siennes.

Malgré les conceptions et les interprétations divergentes des principes rawlsiens, nous trouvons que le principe d'un seuil minimum d'éducation des démunis - quoi qu'il soit difficile de le définir - et le principe de différence qui garantit le transfert des richesses pour soutenir ces vulnérables vont de pair. L'accès égal à une éducation de valeur est indispensable pour faire

sortir les démunis de l'ignorance et de la précarité. L'accès à une éducation de qualité et l'intervention de l'État en matière de programmes de formation et de sponsoring sont les garants de leur développement et de leur succès professionnel qui leur permettront de grimper les échelons dans la hiérarchie organisationnelle.

Théorie postcoloniale et hybridité culturelle

Le concept de l'hybridité, dans le contexte postcolonial, est défini par Bhabha (1994) comme un espace *third space/ in between* (interstice ou espace interstitiel) ou un lieu de rencontre d'une diversité de cultures dans un but de dialogue. L'hybridité est une stratégie culturelle pour la cohabitation de divers groupes ethniques dans un *troisième espace* qui est un lieu de communication, d'échange où se négocient la différence et la pluralité culturelle. Plutôt que d'insister sur les dichotomies blanc/noir, centre/marge, Occident/Orient, Moi/l'Autre, maître/esclave, Bhabha suggère de surmonter les difficultés en se plaçant à un niveau où les oppositions s'effacent. Dans ce *troisième espace*, on négocie la relation de pouvoir entre le *centre* et la *périphérie* pour développer un discours capable de corriger la perception et le regard du plus fort, du dominant, de l'ex-colonialiste. Dans un dialogue à la fois critique et créatif, le dominé cherche à mettre en évidence la rupture et le rejet du colonialisme et à développer de nouvelles perspectives dans le rapport de pouvoir et de coexistence. Ainsi, l'émergence d'un courant académique a vu le jour dont les représentants, issus de la migration contemporaine, revendiquent une rupture avec l'idéologie colonialiste eurocentrique en mettant en cause les relations de pouvoir et de domination occidentale. Saïd avec l'« Orientalism » (1978), se basant sur la théorie des discours de Foucault, explique comment les discours scientifiques sur l'Orient ont justifié l'impérialisme occidental. Bhabha dans *The Location of Culture* (1994), se basant sur Lacan, Foucault et Derrida, nous sensibilise sur l'importance du *troisième espace* qui rend

possible l'émergence d'autres positions et établit de nouvelles structures d'autorité et de nouvelles initiatives politiques. Bhabha (2007) décrit l'importance de l'hybridité comme suit :

[...] si l'hybridité est importante, ce n'est pas qu'elle permettrait de retrouver deux moments originels à partir desquels un troisième moment émergerait; l'hybridité est plutôt pour moi le *tiers-espace* qui rend possible l'émergence d'autres positions. Ce tiers-espace vient perturber les histoires qui le constituent et établit de nouvelles structures d'autorité, de nouvelles initiatives politiques, qui échappent au sens commun » (p.3).

Spivak dans *In other Worlds. Essays in Cultural Politics* (1988), s'inspirant de la déconstruction derridienne, de Marx et du féminisme, nous sensibilise à la confiscation de la parole, à la réduction au silence et à l'acculturation des peuples dominés, ce que formulait déjà Aimé Césaire dans son *Discours sur le colonialisme* et Fanon dans *Peau noire et masque blanc*. Tous ces penseurs affirment que l'histoire n'est pas un fait empirique, mais une construction. Si l'usage de la force colonialiste est la forme la plus déshumanisante dans la relation de pouvoir dominant/dominé, l'hybridité est au contraire le métissage qui en résulte, sans coercition, que ce soit en littérature ou en art. Roy (2006), définit le colonialisme comme un pouvoir nécessitant la mise en place de règles et techniques pour discipliner et assujettir les populations. Pour les auteurs maghrébins, par exemple, le français est la langue de l'occupant d'antan; celle-ci est un facteur, à la fois d'aliénation et d'émancipation, car elle a servi comme moyen d'expression et de communication, consolidant ainsi le rapport dominant/dominé. Le français conçu comme territoire des langues, un *entre-deux/tiers-espace*, *Langue de sang*, *butin de guerre* selon certaines expressions maghrébines, a permis de remettre en cause le rapport de force, de critiquer les pratiques de l'occupant, l'influencer à négocier avec lui les revendications *indigènes*. Dans le monde artistique, l'hybridité est omniprésente dans l'art musical, le Rai chanté par Cheikha Rimitti dans *Nouar* et le Rap chanté par Chadia Mansour dans *Keffiyeh* sont des exemples très signifiants. Il s'agit d'un métissage de rythmes, de cadences et de mélodies occidentales avec des

mots arabes chantés à l'occidentale, créant ainsi un espace singulier où les différentes cultures se rencontrent et finissent par se comprendre, s'apprécier et jouir du plaisir de la musique avec le même degré d'intensité dans un rapprochement entre le *nous* et *eux* .

En somme, la recension des écrits effectuée nous a permis de faire un tour d'horizon résumant l'essentiel de ce qui a été documenté par rapport aux thèmes principaux qui sont à la base de notre projet. Vu l'augmentation du nombre des MV dans la profession infirmière au Canada et la présence de la structure pyramidale, dont le sommet est occupé par les Caucasiens, il serait utile de se pencher sur la problématique de l'avancement de ce groupe qui est vu comme *Différent, Autre*.

Afin de permettre au lecteur de bien comprendre et saisir la logique de ce projet, nous avons choisi le cadre conceptuel qui nous paraît le plus congruent avec notre sujet de recherche, à savoir l'*Othering*. Le chapitre qui suit sera consacré au cadre conceptuel et décrit son historique et les attributs qui s'y rattachent à savoir : stigma et stéréotype, In/visibilité, discrimination et exclusion et approche postcoloniale (Annexe 1 - Cadre théorique).

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Pour cette étude, le concept de l'altérité ou *Othering* a servi de base dans l'explication de la relation de pouvoir au sein de la hiérarchie organisationnelle en milieu hospitalier. De plus, ce concept nous a permis de mieux saisir la construction sociale des catégories de l'altérité *nous/eux* et une meilleure analyse des résultats. Ce chapitre présente l'approche postcoloniale, le stigmatisme et le stéréotype, le concept de l'altérité ainsi que les luttes de classes de Bourdieu. Ces thèmes nous ont paru cohérents non seulement pour leur consistance intrinsèque, mais aussi pour leur pertinence avec notre problématique.

3.1 Approche postcoloniale

L'approche postcoloniale est une perspective critique dont l'objectif est de corriger les biais eurocentriques en réintroduisant au centre de l'analyse des sujets/acteurs souvent marginalisés, invisibles ou subalternes (O'Meara et McLeod, 2010). Cette approche propose de voir le monde d'un œil différent et d'inclure des acteurs à la marge du système social. Elle met en relief le caractère néfaste que représente l'effet du racisme dans la vie quotidienne de ces acteurs à savoir la discrimination et l'exclusion. Cette approche tel que décrite par Racine (2003) :

Vise à perturber les relations de pouvoir qui réduisent au silence les voix de ceux qui sont culturellement Autres, à l'intégration des connaissances subjuguées, au dévoilement de relation de pouvoir asymétrique, au développement des connaissances transformatrices et à la réalisation de la justice sociale en corrigeant les inégalités engendrées par les écarts sociaux qui touchent les immigrants non-occidentaux (traduction libre, p. 96).

Cette approche promeut des mesures radicales de justice et d'égalité qui mettent un terme aux discriminations et à l'exclusion des IMV non seulement dans l'accès au travail, mais à l'accès aux postes avancés de la hiérarchie organisationnelle.

Discrimination et exclusion

L'étymologie du mot « discrimination » vient du latin *discrimen* signifiant « point de séparation » ce qui implique « séparation par jugement », alors que le terme « exclure » signifie mettre dehors, ceci implique qu'une chose ou une personne n'appartient pas à l'espace où elle se trouve. La Cour suprême du Canada a défini la notion de discrimination dans l'article 15 de la charte canadienne des droits et libertés dans la citation suivante :

La discrimination peut se décrire comme une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs reliés à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, obligations ou désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et avantages offerts à d'autres membres de la société (Andrews, 1989 p.174).

La discrimination est une forme de hiérarchisation raciale, d'exclusion ou d'ostracisme, voire d'élimination à l'égard des minorités infériorisées (Anderson et Seltzer, 2001). Dans la relation de travail, la discrimination peut être au niveau de l'embauche, du salaire, de la formation et de la promotion, des tâches, comme au niveau du licenciement. Pour un immigré, la discrimination à l'embauche peut avoir des conséquences psychologiques et financières désastreuses, car le travail représente sa source principale de subsistance, le lieu privilégié où il peut tisser des relations sociales et réaliser un succès de carrière. Le travail, en fait, représente pour l'immigré le lieu de légitimation de sa présence dans son pays d'accueil (Sayad, 1991).

Au Canada, la discrimination à l'embauche est officiellement interdite en vertu de la Charte des droits et libertés (art. 15). Cependant, des statistiques démontrent, selon nous, la persistance des inégalités sur le marché du travail, surtout quand il s'agit de MV (Statistiques Canada, 2006). Ces MV d'immigration récente connaissent des difficultés d'intégration et subissent des marginalisations en terme d'emploi, quoique leur niveau d'instruction soit plus haut et qu'ils soient sélectionnés sur des critères les qualifiant des plus *performants*. Il est

communément admis que ces inégalités sont imputées à la non-reconnaissance des diplômes et de l'expérience acquise à l'étranger d'une part (Chicha et Charest, 2008; Chanoux, 2009), d'autre part à la « déficience » de certaines personnes ou groupes de personnes en matière de capital humain et social. Cependant, la notion de discrimination reste souvent occultée, voire ignorée pour justifier les difficultés d'insertion (Eid, 2012). D'autant plus, les sociologues sont réticents à imputer à la discrimination les inégalités sur des bases ethnoraciales, car le phénomène est difficile à démontrer socialement (Ducharme et Eid, 2005), et juridiquement (Bosset, 2005).

La race, la culture et l'ethnicité sont souvent utilisées pour désigner la *différence*, dans un sens d'infériorité. La race, qui à l'origine portait sur des caractéristiques biologiques et phénotypiques, est aujourd'hui comprise comme un construit social manipulé pour définir et organiser la relation entre dominant et dominé (Henry, Tator, Mattis, et Rees, 2005). La racialisation, terme inventé par Fanon (1952), est définie par Robert Miles (1989) comme un processus idéologique qui délimite des frontières entre groupes de personnes selon leurs caractéristiques phénotypiques. La perspective postcoloniale suggère un besoin de reconnaissance exprimé par les acteurs dominés et exclus de la normativité majoritaire et victimes du racisme et de la stigmatisation dans leurs expériences quotidiennes. Fanon (1952) dans une satire de la bourgeoisie antillaise face à l'usage du créole, évoque une anecdote drôle et révélatrice du complexe éprouvé par l'Antillais débarquant en France et soucieux de dissimuler son accent (signe extérieur de sa peau noire) par un masque sous forme d'une articulation à *la parisienne*. Il part d'un constat: le rapport dominant (Europe, civilisation blanche) et dominé (la race noire déportée d'Afrique vers les colonies d'Amérique) installe forcément un complexe d'infériorité. Ce complexe se traduit par un respect abusif pour le langage du colon et peut

conduire à la *mise au tombeau* ou la mise en sommeil de la spécificité culturelle de tout un peuple et de ses traditions.

Approche culturaliste

La perspective culturaliste se focalise sur les liens entre culture et personnalité. Elle vise à expliquer les phénomènes sociaux en faisant le lien avec la culture. Ainsi la culture est devenue métonymie de « différence », dans le sens où elle est interprétée comme l'identification à une appartenance ethnique ou religieuse particulière. Le pluralisme culturel ou multiculturalisme, en tant qu'idéologie de la différence, est une conception socio-culturelle qui représente un ensemble pluriel formé de groupes définis par la couleur de la peau, la religion, la langue et l'origine nationale. Les groupes ethniques qui morcellent la société sont libres d'adapter leur mode de vie aux normes communautaires (Gordon, 1981). L'essence du pluralisme culturel réside dans la coexistence harmonieuse des groupes culturels ou ethniques qui diffèrent dans une société pluraliste (Cashmore, 1996). Cependant, la classification des personnes comme appartenant à un groupe culturel ou ethnique défini, ou les percevoir comme exotiques et différents, est en soi une racialisation de la culture et peut contribuer au renforcement et à la pérennité de la domination et des inégalités (Solomos et Black, 1996). En sciences infirmières, des études canadiennes récentes ont cherché à révéler les limites de l'approche culturaliste et à identifier les moyens par lesquels des processus socio-politiques et historiques peuvent marginaliser et créer la vulnérabilité des populations avec des répercussions sur la santé et sur l'accès aux soins (Lynam, Looch, Scott et Khan, 2008 ; Anderson, Khan, et Reimer-Kirkham, 2011).

L'avènement de *l'Orientalisme* d'Edward Saïd (1978) marque la construction de l'altérité comme un thème récurrent des études postcoloniales. S'inspirant de Michel Foucault, Saïd établit une étroite relation entre le pouvoir et la production de savoir de/sur l'*Autre*. Le

discours de l'*Occidental* contribue à essentialiser l'Autre (*Oriental*) dans une position d'infériorité. Prasad (2003), voit l'orientalisme comme un ensemble d'énoncés permettant à l'Occident de gérer l'Orient, à la fois politiquement, socialement, idéologiquement que scientifiquement. Par nature *différent*, l'Autre est incité au mimétisme des habitudes, valeurs, discours et culture d'un colonisateur narcissique et ethnocentrique (Priyadarshini, 2003).

L'approche de l'intersectionnalité

La naissance de l'intersectionnalité se situe au tournant du 20^è siècle dans les œuvres de Cooper (1892) et Du Bois (1903,1920). Leurs écrits ont porté sur les défis que rencontraient les personnes noires aux É.U. Du Bois décrit la race, la classe et l'identité en tant que hiérarchies sociales qui déterminent l'Afro-Américain et limitent son accès au pouvoir et aux ressources. Plus tard, l'intersectionnalité a évolué autour de l'idéologie qui problématise les groupes minoritaires à savoir les femmes immigrantes et leur appartenance ethnique. Ainsi, les rapports sociaux de sexe, de « race », de classe sont devenus le centre d'intérêt des défenseurs des droits humains dans leur lutte pour une meilleure justice sociale basée sur l'équité et le respect de la personne.

Crenshaw (2000) définit l'intersectionnalité comme:

[...] a conceptualization [...] that attempts to capture both the structural and dynamic consequences of the interaction between two or more axis of subordination. It specifically addresses the manner in which racism, patriarchy, class oppression and other discriminatory systems create background inequalities that structure the relative positions of women, ethnicities, classes and the like. Moreover, it addresses the way that specific acts and policies create burdens that flow along these axes constituting the dynamic or active aspects of disempowerment (p.8).

L'approche intersectionnelle souligne que les femmes racisées subissent plus de discrimination que leurs homologues blanches, ces dernières bénéficient de privilèges et de ressources que les premières n'ont en pas à cause des effets subséquents de cette discrimination, à savoir leur statut

socio-économique précaire, leur isolement, leur dévaluation professionnelle, etc. (Sokoloff et Dupont, 2005). L'intersectionnalité rejette le cloisonnement et la hiérarchisation des catégories genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle. Elle soutient qu'il peut y avoir des discriminations multiples, une multiplicité de systèmes d'oppressions simultanées qui reproduisent les inégalités sociales (Brah et Phoenix, 2004; Collins, 2000 ; Crenshaw, 1989).

L'intersectionnalité peut être utilisée pour comprendre comment le genre interagit avec la race, l'origine ethnique et la classe pour saisir les expériences des IMV en regard aux inégalités quant à leur accès aux postes de gestion. Ainsi, une infirmière peut subir une discrimination multiple en raison d'au moins deux dimensions, son origine ethnique, son genre, ses traits phénotypiques (apparence physique, couleur de sa peau), sa nationalité, sa religion, etc.

Construction des représentations de l'altérité et le paradigme racial

Dans son œuvre *La République raciale*, Paligot (2006) a évoqué le rôle joué par l'anthropologie française dans le développement de la pensée raciale durant la seconde moitié du XIXe jusqu'aux premières décennies du XXe siècle. Dans son analyse du discours et usage de la pensée des anthropologues raciologues de l'époque tels que Gobineau ou Vacher de Lapouge, elle a examiné la *construction des représentations de l'altérité*. L'auteure a fait état d'un consensus au sein de la communauté savante sur l'essence du paradigme racial, à savoir la supériorité de la race blanche, l'importance de l'hérédité et l'inégalité quant à la perfectibilité des races humaines. Ce paradigme traduit une vision dépréciative de l'altérité; il a été vulgarisé aussi bien dans les revues non spécialisées que dans les ouvrages académiques et scientifiques, ceci dans le but de diffuser des thèses raciologiques. Ainsi, l'hérédité raciale définit la vision coloniale des indigènes; la race jaune bénéficie d'un discours plus positif que la race noire et les politiques d'enseignement en Indochine ou Afrique du Nord différents de celles en Afrique

noire, car cette dernière, selon ces auteurs, est résistante, voire récalcitrante à l'enseignement. Cette conception inégalitaire des races a limité l'accès à l'enseignement des indigènes qui relève de la mission dite « civilisatrice » du projet colonial (Paligot, 2006).

3.2 Stigmate et stéréotype

Pendant que les travaux de Goffman (1963) constituent le fondement de la conceptualisation de la stigmatisation, le modèle de Link et Phelan (2001) marque l'étape critique de cette conceptualisation en la définissant comme un processus social. Selon ces auteurs, la catégorisation des différences entre personnes ou groupes de personnes (selon des caractéristiques phénotypiques) donne lieu à un étiquetage à connotation négative. S'opère ainsi sur les personnes étiquetées des stéréotypes négatifs conduisant à leur distanciation comme personnes « à part ». Cette distanciation engendre chez les personnes stigmatisées et stéréotypées un sentiment de perte de statut social. De ce fait, ils intériorisent souvent leur sentiment d'exclusion. Le processus de stigmatisation, pour Link et Phelan (2001) comme pour Scambler (2006), s'inscrit alors dans une relation de pouvoir économique, social et politique.

Les personnes stigmatisées sont soit perçues comme une menace pour l'ordre social existant où leur comportement est considéré comme contradictoire avec les mœurs de la société. En conséquence, la personne stigmatisée a une identité qui est entachée par un attribut discréditant (Goffman, 1963). En fait, la stigmatisation est un concept qui rejoint le préjugé, la discrimination et la représentation sociale. Elle peut être considérée comme un marqueur de la différence et de l'altérité.

Stanfield (1994), utilise le terme d'ethnicité racialisée pour décrire le processus de catégorisation des populations. Selon lui, l'ethnicité racialisée est un processus politique et socioculturel de la catégorisation des populations culturellement spécifiques qui lie les attributs

réels ou imaginaires phénotypiques des qualités humaines telles que les capacités intellectuelles, la fibre morale et la personnalité. De tels liens génèrent souvent des stéréotypes. Ces stéréotypes sont des perspectives communes de la majorité dominante qui sont produites et maintenues à travers des canaux de communication verbale, visuelle et technologique (McIntosh, 1992; Winkler, 1996). Aux É.U., certains films présentaient les femmes chinoises comme des prostituées extrêmement vénales, au point que des lois (1903, 1907, 1917) ont été instituées, qui leur interdisaient l'entrée au territoire états-unien et les rendaient passibles de la déportation (Koshy, 2004). Ces stéréotypes faisaient donc partie des normes établies par les membres du groupe dominant.

In/visibilité

L'altérité d'exclusion est souvent influencée par la visibilité de la différence de l'« autre » *visibility of one's Otherness* comme la couleur de la peau, l'accent, la langue, les capacités physiques, le sexe ou l'âge. Ce sont là les attributs « discrédités » de Goffman, ces caractéristiques stigmatisantes qui sont immédiatement visibles aux autres (Goffman, 1963). Elles peuvent inclure aussi le surnom, le langage, l'accent, etc. Stevens (1988), Goffman (1963) et Collins (1991) reconnaissent que c'est à cause de leur *visibilité* comme *autres*, qu'ils sont exclus de la société.

3.3 Altérité ou *Othering*

Le concept d'*Othering* a été développé et utilisé dans la théorie féministe et remonte au début des années 1950 avec Simone de Beauvoir et ses travaux sur le genre. Les chercheurs contemporains ont utilisé la notion de l'altérité pour examiner les questions de racisme, de l'identité et de la différence (Ahmad, 1993; Fine, 1994; S. Hall, 1991; Weis, 1995). Ces travaux ont instauré de nouvelles façons d'examiner les relations inégales dans la société. *Othering*,

altérité, altérisation, altériefaction ou altération se définit en français comme la notion de différenciation, dans le sens où elle implique une vassalisation de l'autre, une déformation de son image, un dénigrement de ses capacités, voire un anéantissement de son être (Shurmer, Pamela and Hannam, 1994). Il s'agit d'une attitude égocentrique reposant sur le principe de la priorité de soi en tant que différenciateur d'un « autre » et en lui attribuant une identité susceptible de le dégrader, de le montrer inférieur à soi. Sökefeld (1999) suggère qu'il s'agit d'un courant de pensée occidental qui considère l'*autre* non occidental comme dépourvu de soi à l'opposé du soi occidental à la fois glorifié et exhaussé. Weis (1995) a défini l'altérité comme « le processus qui sert à marquer et nommer les pensées qui sont différentes de soi-même » (p.18). Charon (1992), quant à lui, suggère que c'est à travers les autres qu'on arrive à se voir et à se définir soi-même, et c'est notre capacité de prendre ce rôle qui nous permet de nous voir à travers les autres.

Le choix du cadre conceptuel de l'altérité s'est arrêté sur celui de Canales (2000), qui a synthétisé et raffiné les concepts précités. Cette auteure présente le concept d'*Othering* comme deux processus opposés, mais non dichotomiques, d'inclusion et d'exclusion.

Ce cadre théorique aborde les pratiques d'inclusion et d'exclusion à plusieurs niveaux, que ce soit au niveau familial, communautaire ou au niveau de la société dans son ensemble. L'altérité sous la forme de l'exclusion utilise souvent le pouvoir dans les relations de domination et de subordination, alors que l'altérité sous la forme de l'inclusion utilise le pouvoir dans les relations de transformation et de construction de coalitions. Canales a adopté le concept de Charon (1992) selon lequel la *prise de rôle* que nous interprétons par l'incarnation dans la personne de l'autre, c'est imaginer le monde du point de vue de l'autre « When persons take the role of the other, and attempt to view the world from the other's perspective, they begin to understand the meaning of the other's world » (Canales 2000, p. 104). Cette façon de concevoir

l'*Autre* est alors essentielle à l'empowerment. Lorsque des personnes ne parviennent pas à prendre le rôle d'autrui – se mettre à la place de l'*Autre* - ou résistent à saisir les occasions de rôle, elles sont souvent incapables de voir le monde du point de vue des autres personnes ou groupes de personnes. Par conséquent, elles sont souvent incapables d'interagir, ou elles interagissent sur la base de préjugés ou de stéréotypes.

Les écrits multiculturels, féministes et critiques présentaient souvent l'aspect négatif de l'altérité, à savoir le processus d'exclusion avec ses conséquences désastreuses. Les conséquences pour les personnes qui souffrent de cette forme d'altérité sont souvent l'aliénation, la stigmatisation, la marginalisation, la diminution des chances de réussite, l'oppression intériorisée, et l'exclusion (Lincoln 1994; Madrid 1992; Weis 1995).

Contrairement à l'altérité de l'exclusion, Canales (2000) a incorporé à son cadre conceptuel le processus inclusif de l'*Othering*. Le processus de l'inclusion est basé sur la reconnaissance de l'Autre et de vivre ensemble avec nos différences (Touraine, 1997). Dans sa théorie de reconnaissance, Honneth (2004), un disciple d'Habermas, estime que les luttes pour la reconnaissance sont devenues centrales pour l'épanouissement des personnes, car cette lutte est essentielle pour leur identité. Ces luttes se déroulent sur trois dimensions : au niveau de l'amour (en tant que personne digne d'affection), du droit (égalité en matière de droit) et de la solidarité (reconnaissance de la valeur sociale de la personne). Dans une réflexion qu'il a intitulée « Visibilité et invisibilité : sur l'épistémologie de la reconnaissance », Honneth (2004), affirme que la question de la visibilité sociale est centrale, car elle met en jeu la reconnaissance des MV. En fait, il critique les stratégies exclusives qui cherchent à pasteuriser, stériliser voire gommer les différences ethno-religieuses dans les espaces publics. Les défenseurs de la laïcité et certains critiques du multiculturalisme insistent sur le fait que les identités culturelles relèvent du privé et

ne devraient en aucun cas être prises en charge par l'État; ils privilégient la *neutralité* de l'espace public comme meilleure stratégie d'inclusion. Toutefois, la *déethnisation* et l'absence de reconnaissance de certains groupes (comme les MV) nient leur contribution sociale.

Dans une autre perspective, les défenseurs de la laïcité confondent égalité (formelle) et équité, alors que le droit humain a reconnu que le traitement identique peut conduire à des inégalités sérieuses comme dans le cas des handicapés et des groupes ethniques (Wallace et Moore Milroy, 1999). En d'autres termes, une société juste et inclusive donne priorité à l'équité plutôt qu'à l'égalité de traitement.

Le concept d'*Othering* a été utilisé dans plusieurs études, notamment au Danemark, pour contrecarrer le discours des médias qui ont problématisé à un haut degré les jeunes adolescents appartenant aux minorités ethniques et au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud pour explorer l'expérience vécue par des personnes atténuées par une double infection de tuberculose et de sida et la stigmatisation qui en résulte.

Au Danemark, le discours médiatique rejette tous les problèmes sociaux, violence, crime, agression sexuelle et autres violences sur les jeunes adolescents issus des minorités au point que tout ce qui n'est pas caucasien (blanc) est stigmatisé sauvage, incontrôlable et délinquant. Jensen (2011) a utilisé le cadre d'*Othering* comme une tendance à refuser la catégorisation négative imposée sur ceux qui réclament la normalité et insistent qu'ils ne sont pas différents. Cette réclamation de la normalité a été soutenue dans une autre étude en Afrique du Sud où Daftary (2012), a analysé la signification subjective de l'expérience de la double infection et la construction de l'identité associée par la Tuberculose (TB) et le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Dans cette étude, il fait allusion au préjudice causé par l'*Othering* du TB-HIV sur ces malades au point que ces personnes cherchent à passer comme « normales ». Le VIH

étant le plus stigmatisant, certains malades ont voulu se distancer du TB-HIV en mettant l'emphase sur le TB afin de s'aligner avec ceux qui sont atteints du TB. Dans une autre étude, Reitmanova et Gustafson (2012) ont examiné la relation entre les discours des politiques de lutte contre la tuberculose en vigueur au Canada et la santé des immigrants tel que décrite par les médias. Les conclusions de Reitmanova et Gustafson ont montré que la tuberculose a été associée au fait d'être un immigrant d'origine asiatique, et que la maladie a été localisée dans le corps d'immigrant et non les facteurs sociaux économiques et politiques qui influent sur le risque de la maladie. Ainsi, l'association ethnoculturelle (être asiatique) a été le risque présumé pour la tuberculose plutôt que le fait d'être pauvre.

Dans un article publié par Jacob, Gagnon et Holmes (2009), les auteurs ont mis en exergue les retombées de l'altérité sur la relation infirmier-patient dans les milieux de soins en psychiatrie légale. Ils ont souligné que « l'établissement de frontière entre ceux qui sont étiquetés différents "autres" et ceux qui appartiennent au courant dominant peut-être décrit comme un processus d'altérité » (trad. Lib. p. 155). Par conséquent, les pratiques d'altérité sont inévitablement ancrées dans les relations de pouvoir. Foucault (1996) suggère que le comportement et les interactions sont influencés par la relation du pouvoir; l'altérité ainsi est un construit social par tous les partis impliqués dans cette relation.

Il n'est pas rare de voir les infirmières et autres professionnels de la santé dépersonnaliser leurs patients, dans le but de se distancer d'eux. Par exemple, l'utilisation d'un vocabulaire péjoratif pour désigner les contrevenants souffrant de troubles mentaux est fréquente chez les infirmières qui travaillent en psychiatrie légale (Holmes, Perron, & O'Byrne, 2006). Dans ce domaine de pratique, le langage adopté dépersonnalise leurs patients en les étiquetant comme prisonniers, menteurs, personne dangereuse, monstres, personnes manipulatrices, etc. (Holmes &

Federman 2003; Perternelj-Taylor, 2005). Ces appellations à connotation péjorative évoquent des images négatives de leurs patients. L'utilisation de l'altérité est ainsi conçue comme une forme négative d'engagement et contraire à une pratique infirmière respectueuse. Dénier l'humanité des malades mentaux contrevenants en les étiquetant comme menaçants et dangereux est un stigma qui réside dans le subconscient des groupes dominants (Holmes et al., 2006). En psychiatrie médico-légale, cette forme d'action d'exclusion perturbe la capacité des infirmières à s'engager dans une interaction réciproque avec les patients en se focalisant sur l'aspect de surveillance plutôt que sur celui de la thérapeutique (Holmes & Federman, 2003). Pour Holmes et Federman (2003), la langue est un outil puissant dans la construction du contrevenant malade mental comme « autre », par conséquent le langage est susceptible d'influencer les interactions infirmière-patient. Emmanuel Lévinas a souligné que « seule l'altérité enseigne » (Lamarre, 2006, p. 69); par cette citation il se posait la question : ce qui est autre n'est-il pas logé en soi plutôt qu'en autrui? Autrement dit, l'Autre en soi conduit le sujet à changer de perception envers les autres. Ceci dit, nous pensons que les infirmières issues des MV sont encore victimes de préjugés, stéréotypes, stigmas et ont de la difficulté à accéder à des postes de gestion.

L'*Othering*, à notre avis, est le cadre conceptuel le mieux adapté à notre sujet d'étude, car il nous a servi comme outil dans l'analyse et l'interprétation des données. Canales avec ses concepts d'inclusion et d'exclusion, Bourdieu avec ses « luttes de classement » ainsi que l'approche postcoloniale forment un ensemble homogène de perceptions qui nous ont aidés à élucider le phénomène de sous-représentativité des IMV.

3.4 Luttes de classes de Bourdieu

Dans notre cadre théorique, nous nous sommes inspirés également des écrits de Pierre Bourdieu, particulièrement sur la lutte des classes sociales *luttes de classement* - selon Bourdieu - et de l'approche postcoloniale pour cerner la représentation sociale de l'*Autre*.

Pour présenter la construction et l'expression de l'altérité, nous nous sommes basés sur cinq postulats tels que formulés par Poggia Mileti (2001), à savoir la connaissance/vision du monde, le contexte social et historique, le langage comme outil de construction sociale, l'autre comme fruit de rapports sociaux et la relation pouvoir/domination. L'œuvre sociologique de Pierre Bourdieu est dominée par l'analyse des mécanismes de reproduction des hiérarchies sociales. Pour lui, les facteurs culturels et symboliques sont importants dans cette reproduction. Il souligne que les groupes en position de domination ont la capacité d'imposer leurs *productions culturelles et symboliques* et que cette capacité joue un rôle essentiel dans la reproduction des rapports sociaux de domination, ce qu'il appelle la *violence symbolique*. Il l'a définie comme « tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force » (Bourdieu 1972, p.18). En d'autres termes, c'est la capacité à faire méconnaître l'arbitraire de ces productions (culturelles et symboliques), et donc à les faire admettre comme légitimes (Bourdieu, 1991). Au cours des dernières années, les travaux de Pierre Bourdieu ne cessent de nourrir la recherche en sciences infirmières. Selon Lynam, Browne, Reimer-Kirkham et Anderson (2007), Bourdieu attire l'attention sur les caractéristiques tacites de la culture, souvent prises pour acquies, qui sont incarnées et vécues dans l'habitus et soutenues à travers des processus sociaux et organisationnels. Pour ces auteures, tandis que l'habitus est durable, il est également capable de changer pour accueillir de nouveaux contextes et environnements. Alors que les professionnels de la santé pourraient

trouver *utile* à comprendre les pratiques et comportements de différents groupes, la vraie question est que cette approche présente la culture comme étant statique, ce qui tend vers l'*altérisation* et met l'accent sur la *différence*. Ces auteurs font appel à ce que la souffrance des vulnérables (MV) soit transparente et d'inscrire l'inégalité et son impacte sur l'agenda des praticiens et décideurs.

De prime abord, il nous paraît à la fois banal et anodin de concevoir l'existence d'un *autre*. Toutefois, lui donner un nom paraît moins évident; nommer quelqu'un *tiermondiste*, par exemple, peut avoir une connotation raciste; par contre, l'appeler Algérien-Canadien sonne plus convenable. Une appellation à connotation péjorative ou raciste laisse donc entendre la production d'une catégorie sociale de l'altérité (Bourdieu, 1991).

Le premier postulat à la base de la construction sociale des catégories de l'altérité, c'est la connaissance ou la vision -construite- que l'on a du monde social. Cette vision contribue à la construction même de ce monde. Ce postulat affirme le rôle de la connaissance, les schèmes de pensée et de langage dans le processus de la construction sociale de la réalité. Le deuxième postulat suppose que les catégories sociales prennent naissance dans un contexte social et historique. La connaissance étant le produit d'interactions sociales historiquement et socialement situées. Les présentations, classifications -visions du monde- constituent des enjeux de luttes sociales (luttes symboliques). Le langage (troisième postulat) participe à la construction de la réalité sociale; en tant que système de signes le plus élaboré de la production humaine, il contribue à définir, maintenir et à légitimer la réalité sociale (Fradin, Quere et Widmer, 1994). Les noms désignant des catégories sociales sont une objectivation du système de signes que constitue le langage. Le nom traduit une vision du monde; donner un nom c'est dire ce qu'est la catégorie par rapport aux représentations et constructions sociales ainsi qu'aux stéréotypes qui

lui sont attachés. En d'autres termes, c'est à travers la langue qu'on attribue une propriété à un groupe ou à un de ses membres et des adjectifs négatifs ou péjoratifs qui sont considérés comme emblématiques à ce groupe (Oesch Serra et Py, 1995). Dans le quatrième postulat, il s'agit de la production de l'altérité par les rapports sociaux. On n'est pas né « autre », on le devient (Simone de Beauvoir, 1949). La dimension construite, relationnelle de la catégorie « autre » est parfaitement incarnée par les minorités visibles (noire, arabe, asiatique, etc.), les homosexuels, les femmes, etc. C'est au sein des relations interethniques qui sont avant tout des relations sociales qu'on identifie les processus de catégorisation, de classification et de stigmatisation qui sont à la source de l'altérité. Cette création de l'altérité est circonstanciée, car elle est toujours située dans un contexte historique de rapports entre les ensembles sociaux (Poglia Mileti, 2001). Le dernier postulat est celui des rapports de force qui sont enracinés dans la structure sociale. Les personnes et groupes qui composent une société n'ont pas tous le même pouvoir de dire, de faire reconnaître une vision du monde. La position de force qu'occupe un groupe dominant dans une structure sociale lui permet d'imposer ou non sa conception du monde. Cette imposition du dominant reconnue par le dominé relève de la lutte de classes sociales et lui affirme (au dominé) la réalité sociale et les mécanismes qui la gouvernent (Bourdieu, 1979).

Les structures sociales dans les sociétés contemporaines apparaissent à Bourdieu comme divisées en ce qu'il nomme des champs. Il y a le champ artistique comme il y a le champ politique. Ces champs sont hiérarchisés et leur dynamique provient des luttes et compétitions que se livrent les différents groupes (agents/acteurs) pour parvenir à imposer leur domination. Bourdieu qualifie la violence symbolique de coercition qui ne peut s'établir que par l'adhésion du dominé à la domination en l'admettant comme naturelle. Dans sa définition de la domination masculine, Bourdieu écrit :

J'ai toujours vu dans la domination masculine, et la manière dont elle est imposée et subie, l'exemple par excellence de cette soumission paradoxale, effet de ce que j'appelle la violence symbolique, violence douce, insensible, invisible pour ses victimes mêmes, qui s'exerce pour l'essentiel par les voies purement symboliques de la communication et de la connaissance ou, plus précisément, de la méconnaissance, de la reconnaissance ou, à la limite, du sentiment (Bourdieu, 1998a, p.7).

De plus de la violence symbolique, Bourdieu propose un autre concept important, à savoir l'habitus comme principe d'action des agents. En termes plus simples, l'habitus désigne une manière d'être, une allure générale, une disposition d'esprit; il s'agit d'un ensemble de dispositions sociales qu'inculque un groupe à ses membres et qui, une fois acquis, va guider « naturellement » et de façon inconsciente les personnes dans leur perception des choses, leurs opinions et leurs actions. Cet habitus permet à la personne de faire des choix corrects, c'est-à-dire conformes à la culture du groupe (son éthos). Par habitus, Bourdieu veut mettre en évidence les mécanismes d'inégalité sociale permettant à une personne de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter d'une manière propre à lui et qui d'autre part est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient. Les personnes de même classe peuvent ainsi voir leurs comportements, leurs goûts et leur style de vie se rapprocher, créant ainsi un habitus de classe (Bourdieu, 1979). L'habitus est donc l'essence de tout comportement individuel, et influence tous les domaines de la vie, à savoir les loisirs, l'alimentation, le travail, etc., un « système de schèmes acquis fonctionnant à l'état pratique comme catégories de perception et d'appréciation ou comme principes de classement en même temps que comme principes organisateurs de l'action » (Bourdieu, 1987, p.24).

En conclusion, les œuvres de Bourdieu nous ont permis de mieux saisir la construction sociale des catégories de l'altérité, comme illustré dans les paragraphes précédents, et de

comprendre la dimension construite et relationnelle des catégories sociales pertinentes pour la catégorie *autre*.

Dans le chapitre suivant, nous allons nous attarder aux considérations méthodologiques.

CHAPITRE 4

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente le devis utilisé pour cette étude ainsi que le milieu de recherche, la méthode de recrutement et le choix de l'échantillon ainsi que le processus de collecte des données. La stratégie d'analyse des données la description des critères qui ont été choisis pour assurer la rigueur de cette étude ainsi que les considérations éthiques sont aussi présentées.

4.1 Devis de recherche

L'ethnographie est une approche méthodologique qui a évolué au fil du temps (Atkinson et Hammersley, 1994). À son début, elle a été utilisée par les anthropologues dont l'objectif était de présenter une analyse descriptive de cultures lointaines (Van Maanen, 1995). Mauss et avant lui Levy Bruhl, ont eu le mérite de montrer la richesse de l'étude des sociétés dites primitives, sur le plan de la sociologie, mais c'est Mauss qui, sur le plan des sciences humaines en général, montra la nécessité d'étudier l'homme total, aussi bien dans son aspect technologique que biologique (Mauss, 1929). Avec Mauss, la description des peuples exotiques devint une matière étudiée dans les universités et non plus présentée en tant que simples récits, romans ou contes de voyages. Définie comme l'étude des peuples primitifs, l'ethnologie a d'abord été destinée à aborder ces « autres » n'appartenant pas à la modernité occidentale. Plus tard, elle a été appliquée à l'Europe et se centrait sur ceux qui semblaient éloignés de la modernité, à savoir les paysans et les ruraux.

Même si l'ethnographie n'a pas pris naissance sur le sol américain, c'est là du moins qu'elle a grandi et prospéré. Au XIXe siècle, Lewis Henry Morgan fut considéré comme le fondateur de l'anthropologie, car il fut le premier à *aller sur le terrain* pour décrire la vie sociale et culturelle des Indiens Iroquois. Les vocables anthropologie sociale/culturelle, ethnographie ou

encore ethnologie suscitent une certaine confusion. L'anthropologie physique s'intéresse à l'étude comparée des variations anatomiques et physiologiques de l'espèce humaine pendant que l'anthropologie sociale et culturelle telle que conçue par Lévi-Strauss (1983) s'intéresse à l'étude des institutions, des productions culturelles et des relations qu'elles entretiennent les unes avec les autres, tandis que l'ethnologie s'intéresse au classement des populations. Quant à l'ethnographie, elle vise à décrire et à classer sous forme de monographie les aspects de la société étudiée, à savoir le milieu, les coutumes, les croyances, etc. Dans notre étude, l'ethnographie traditionnelle ne permettrait pas de souligner pleinement les enjeux socio-politiques contenus dans le discours en lien avec le confinement des infirmières de MV aux postes inférieurs de la hiérarchie organisationnelle des milieux hospitaliers.

L'ethnographie critique, quant à elle, a pour objectif d'aborder les processus d'iniquité et d'injustice comme une responsabilité éthique pour diminuer les souffrances. C'est dans cette perspective que nous avons choisi l'ethnographie critique comme outil qui orienterait notre regard et nous pousserait à poursuivre l'objectif de comprendre les règles de la construction de l'altérité liée à l'ascension professionnelle dans des postes de gestion dans le milieu hospitalier. Comme le suggère Madison (2005), l'ethnographie critique pousse la réflexion un peu plus loin en assumant une responsabilité « morale » d'apporter des changements pour que les groupes sociaux accèdent tous à une certaine équité et liberté. En d'autres termes, émanciper est une caractéristique fondamentale de l'ethnographie critique.

Les études utilisant l'ethnographie critique en nursing gagnent en popularité, particulièrement au Canada et en Australie. Street (1992), a mené une étude dans un hôpital général de Melbourne en Australie qui avait pour but d'aider les infirmières et les travailleurs de la santé à développer « des pratiques de soins de santé plus éclairés et libératrices » (p. 5). Street

considère le nursing comme « site in which the intersection of power, politics, knowledge, and practice give rise to a contested terrain of conflict and struggle » (p. 2).

Au Canada, il y a une forte tradition d'études de l'ethnographie critique. Les études de Baumbush (2010), Harrowing, Mill, Spiers, Kulig, et Kipp (2010), Elliott, Berman, et Kim (2002) sont un exemple de l'intérêt que donnent les chercheurs canadiens à l'ethnographie critique.

Vu la nature de la problématique et les questions de recherche qui portent sur l'avancement de carrière des infirmières issues de minorités visibles au sein des institutions de soins de santé canadiennes, l'ethnographie critique a été privilégiée afin de mieux cerner et expliquer la stagnation des infirmières issues des minorités visibles dans des postes au bas de l'échelle hiérarchique. De plus, cette méthodologie résonne très bien avec une approche qualitative - type d'étude que nous avons choisi pour ce projet - où le chercheur étudie les phénomènes dans leur milieu naturel, en essayant de donner un sens, ou d'interpréter ces phénomènes en termes de significations que les sujets leur donnent (Denzin et Lincoln, 1994). En effet, cette approche permet de donner une voix au sujet qui possède une connaissance et une expérience personnelle quant au phénomène à l'étude (Denzin et Lincoln, 2005). Creswell (2002) soutient que la recherche qualitative se concentre sur l'exploration et la compréhension d'un phénomène unique ainsi que l'examen des multiples forces externes qui le façonnent. Cette compréhension se fait à travers le sens, la signification et l'interprétation que les personnes donnent à leurs expériences. Les tenants de la théorie critique (Adorno, 1976; Benjamin, 1989; Habermas, 1987, 1990, 1992; Horkheimer, 1978; Marcuse, 1964) de l'École de Francfort ont défendu l'idée que la recherche doit faire la critique des aspects politiques, sociaux et culturels afin d'apporter un changement social. Ainsi, les recherches féministes dans leur lutte contre les

rapports de domination du genre masculin et des recherches enquêtant sur la justice sociale (situations des populations vulnérables et marginales, chômeurs, minorités, etc.) ont pris racine dans ce courant sociocritique. Ces chercheurs ont considéré la question de pouvoir et d'oppression patriarcale comme le centre de leur préoccupation.

L'ethnographie critique a été préférée à l'ethnographie conventionnelle, puisqu'elle est historiquement descriptive (Denzin et Lincoln, 2003). Schwandt (1997) définit l'ethnographie critique comme « études ethnographiques qui se livrent à la critique culturelle en examinant les grandes questions politiques, sociales et économiques qui mettent l'accent sur l'oppression, les conflits, la lutte, la puissance et la praxis » (Trad. libre. p.22). L'ethnographie critique ne se contente pas de décrire les choses, mais questionne son rôle dans la production du savoir. En d'autres termes, si les ethnographes conventionnels étudient la culture pour la décrire (ce qui est), les ethnographes critiques l'étudient pour la changer (ce qui devrait être), en dévoilant les intentions cachées *hidden agendas* (Bransford, 2006; Madison, 2005), le but étant de faire entendre la voix des personnes. Plutôt que de se concentrer sur la création d'une description de « l'Autre », comme dans l'ethnographie traditionnelle, l'ethnographie critique se concentre sur le développement d'une relation dialogique entre le chercheur et les participants dans le but ultime d'une transformation sociale (Brown et Dobrin, 2004). Ce processus comprend l'analyse de l'influence des éléments socialement et historiquement situés dans la vie quotidienne (Thomas, 1993), des éléments qui contribuent souvent à des déséquilibres qui mènent à des relations de pouvoir inéquitables et, éventuellement, à la marginalisation. Madison (2005) postule que l'ethnologue critique nous « amène sous les apparences de surface », perturbe le statu quo et déstabilise à la fois la neutralité, les règles normatives « prises pour acquies » (p.5), et met en lumière les opérations sous-jacentes et obscures du pouvoir et du contrôle. Par conséquent,

l'ethnographie critique résiste à la domestication et va de ce qui est à ce que serait (Carspecken, 1996; Thomas, 1993).

La critique principale des ethnographes (critiques), c'est que les ethnographes traditionnels contribuent simplement à reproduire le statu quo, car ils n'explicitent pas la manière dont les contextes locaux qu'ils étudient sont situés dans les grandes structures sociales et historiques y compris les relations asymétriques constitutives du pouvoir. La posture de l'ethnographie critique est liée davantage au désir de changement, au désir d'une plus grande équité, au désir de valoriser les apports de chacun (Fortin et Houssa, 2012).

Les pratiques traditionnelles ethnographiques sont donc, en général, impliquées à leur insu dans la reproduction des systèmes de classe, de race, de genre et de l'oppression (Kincheloe et McLaren, 2000). L'ethnologue critique résiste à l'assujettissement et à la domestication en assumant sa responsabilité éthique de faire face aux iniquités et aux injustices; en exprimant un sentiment irrésistible de devoir et d'engagement fondés sur des principes moraux de la liberté humaine, du bien-être et de la compassion pour la souffrance du vulnérable. Il y a bien d'autres courants théoriques qui sous-tendent la théorie critique tels les marxistes et les féministes, qui ont trouvé dans l'ethnographie une façon de mieux comprendre les rapports de force existant dans la société.

Historiquement, l'ethnographie critique émerge en partie comme une conséquence de l'interaction entre les structures sociales existantes et les possibilités de l'action humaine ou *human agency*. Dans les sciences sociales, *agency* se réfère à la capacité des personnes à agir de façon indépendante et de faire librement leurs propres choix. En revanche, les structures sont les facteurs d'influence (comme la classe sociale, la religion, le sexe, l'appartenance ethnique, etc.)

qui déterminent ou limitent les décisions d'une personne (Agent). Anderson (1989) décrit cette relation succinctement:

...On the one hand, critical ethnography has grown out of dissatisfaction with social accounts of "structures" like class, patriarchy, and racism in which real human actors never appear. On the other hand, it has grown out of dissatisfaction with cultural accounts of human actors in which broad social constraints like class, patriarchy, and racism never appear. (p. 249).

D'autant plus, l'ethnographie critique se base sur un ensemble d'hypothèses spécifiques; Grbich (1999) en a nommé trois : 1) le public a une conscience erronée au sujet des hiérarchies du pouvoir; 2) le public est insatisfait, car la société est en état de crise; et 3) la structure de la société est inéquitable et dominée par des pratiques hégémoniques puissantes qui créent et maintiennent la continuité d'un travail particulier. Les ethnographes critiques soutiennent que l'ethnographie des groupes locaux ou sociétés doit être analysée dans un contexte plus large du point de vue historique, politique, économique et du point de vue fonctionnement du pouvoir dans la société. Ainsi, l'utilisation de l'ethnographie critique dans ce projet est en mesure de changer les conditions matérielles de l'existence des groupes opprimés de façon émancipatoire en favorisant l'empowerment. « The source of this emancipatory action involves the researchers' ability to expose the contradictions of the world of appearances accepted by the dominant culture as natural and inviolable » (Kincheloe et McLaren, 2000, p. 292). L'ethnographie critique favoriserait des changements capables de modifier les rapports de force et de pouvoir existants dans la culture des institutions et organisation de santé et permettrait de rendre visible l'invisible. Elle contribuerait à la production de connaissances émancipatrices et au discours de justice sociale. L'ethnographie critique permettrait aussi de reconnaître les déséquilibres et les injustices présentes au sein des milieux de travail des infirmières, désavantageant certains groupes sociaux au profit d'autres. La culture et les conditions de la vie sociale étant source de difficultés pour

certaines personnes plutôt que d'autres (Thomas, 1993). L'ethnographie critique s'avère donc le choix idéal pour mener cette étude qui a pour objectif de remettre en question le statu quo et les idéologies existantes. L'ethnographie critique a une responsabilité éthique, un engagement fondé sur des principes moraux, le sens du devoir et la compassion pour la souffrance de l'« Autre ». Cela revient à dire que nous cherchons à savoir ce qui se dit et se vit dans les institutions de santé en matière de la mobilité hiérarchique des infirmières immigrantes. Dans cette perspective notre but est d'exposer les politiques maintenues dans les institutions comme moyen d'autonomiser les participants à faire entendre leur propre autorité de faire des changements.

L'ethnographie critique nous a non seulement permis de saisir les réalités sociopolitiques qui existent dans la culture de la profession infirmière, mais nous a aidée à retracer et comprendre la stratification du pouvoir dans les milieux de travail.

4.2 Milieu de recherche

L'étude s'est déroulée au sein d'une institution de soins de santé dans une zone urbaine en Ontario, au Canada; cette institution dessert une clientèle diversifiée et compte aussi une diversité marquante dans la mosaïque ethnoculturelle des employés en général et des infirmières en particulier.

4.3 Population à l'étude

La population à l'étude était constituée d'infirmières issues de minorités visibles qui travaillent au chevet dans différentes unités de soins de l'établissement susmentionné ainsi que de gestionnaires de soins ou de services dans ce même établissement.

4.4 Recrutement et échantillon

Nous avons commencé d'abord par les méthodes traditionnelles de négociations d'accès au terrain : les lettres d'introduction, les conversations téléphoniques, les rendez-vous pour des

entretiens avec les personnes responsables de divers services dans cet établissement et avec la directrice des soins.

Suite à l'approbation de la directrice de soins, une invitation par courriel a été envoyée à l'ensemble des infirmières et des gestionnaires de l'établissement, indiquant les critères d'éligibilité à l'étude (Annexe 2 - Invitation à la participation). Des affiches expliquant le but, le déroulement et les critères d'éligibilité à l'étude ont été mises sur les babillards réservés aux annonces, dont un se trouve à l'entrée des employés et l'autre devant les ascenseurs menant au stationnement des employés. Une présentation de la recherche a été faite lors de réunions de service auprès d'infirmières et de gestionnaires dans plusieurs unités et à différents quarts de travail. Par la même occasion, des invitations contenant nos coordonnées et de l'information sur l'étude ont été distribuées. Les gestionnaires et les informateurs importants des ressources humaines ont été aussi recrutés pour participer à l'étude.

L'objet de notre étude étant la sous-représentation des infirmières appartenant aux minorités visibles dans des postes de gestion, il convenait de sélectionner un échantillon d'infirmières de diverses nationalités travaillant dans diverses unités de soins. Pour la sélection de l'échantillon, Fetterman (1989) recommande de procéder par une approche qu'il appelle « big net approach » (p. 42), où le chercheur, dans un premier temps, s'intègre dans le milieu pour identifier les intérêts qui vont émerger de la part des sujets, en fonction du contexte et des questions de recherche. En ce qui a trait à notre projet, nous avons fait un échantillonnage souple basé sur une approche de boule de neige; en premier lieu, nous nous sommes adressés aux participants immédiats qui nous ont recommandé d'autres personnes intéressées en recherche, lesquels nous ont recommandé d'autres personnes. Connaissant les limites liées à l'utilisation d'une telle approche, qui risque que le biais se traduise par une grande ressemblance, une

variation d'échantillonnage a été utilisée pour sélectionner un échantillon hétérogène et d'observer les points communs dans leurs diverses expériences (Patton, 2002). L'hétérogénéité parmi les participantes à l'étude a été reflétée par un certain nombre d'indicateurs, y compris l'unité de travail, leur tranche d'âge.

Bien qu'il n'y ait pas de règles spécifiques pour la taille de l'échantillon dans la recherche qualitative (Baum, 2002 ; Patton 1990), celui-ci est généralement de petite taille afin de mener une étude détaillée et en profondeur (Miles et Huberman 1994; Patton, 1990). Le nombre de participantes visées était de 8 pour les infirmières issues des minorités visibles et de 4 pour les gestionnaires. L'infirmière qui désirait faire part de l'étude devait être immigrant(e) de première ou de deuxième génération², avoir au moins un baccalauréat en sciences infirmières et devait avoir occupé un poste à temps plein ou à temps partiel pendant au moins un an.

Pour participer à l'étude, la gestionnaire devait être infirmière, détentrice d'un baccalauréat et devait avoir occupé le poste de gestionnaire pendant au moins 6 mois. En prenant considération la sensibilité du sujet, nous avons eu recours à ce dernier critère dans l'espoir de maximiser le nombre des participantes.

Une fois notre échantillon identifié nous avons été en mesure de discuter des différents sous-groupes qui composent notre échantillon et nous avons pu ainsi les catégoriser selon leur appartenance à la majorité caucasienne ou aux minorités visibles. Au total 12 entrevues ont eu lieu dont 4 avec des gestionnaires et 8 avec des infirmières.

4.5 Collecte des données

Les méthodes utilisées pour la collecte des données comprenaient : des entrevues avec les

² On entend par immigrants de première génération les personnes qui sont nées hors Canada, et par deuxième génération les personnes qui sont nées au Canada et dont l'un des parents est né à l'étranger (Statistique Canada, 2013).

infirmières immigrantes et les gestionnaires, un questionnaire socio-démographique, une recherche documentaire, des observations de terrain ainsi que la tenue d'un journal de bord.

4.5.1 Entrevues

Vu l'emploi du temps généralement chargé des participantes, les entrevues ont été menées selon le jour et le lieu qui leur convenait le mieux, dans un endroit privé et calme de l'institution ou l'un des bureaux de l'Université d'Ottawa.

Des entrevues semi-structurées d'environ soixante minutes ont débuté par la question suivante : « Décrivez-moi vos expériences de travail en tant qu'infirmière en relation avec votre avancement de carrière » (voir Annexe 3 - Guide d'entrevue).

Le nombre d'entrevues au total était de 12; 4 gestionnaires et 8 infirmières. En moyenne, 60 min était la durée des entrevues aussi bien pour les gestionnaires que les infirmières. Ces entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données (Guest, Bunce et Johnson 2006). Ces entrevues ont été enregistrées au moyen d'un enregistreur numérique. La transcription a été faite par une personne indépendante experte en transcription d'entrevues.

4.5.2 Questionnaire socio-démographique

Les participantes étaient appelées à remplir un questionnaire sociodémographique comprenant des questions sur les caractéristiques de l'échantillon, à savoir l'appartenance à la catégorie des MV, l'expérience, etc. (Annexe 4 - Questionnaire sociodémographique). Vu la petitesse de l'échantillon, nous nous sommes abstenues d'utiliser les informations collectées du questionnaire sociodémographique ; le risque de révéler l'identité des participantes était évident.

4.5.3 Recherche documentaire

Les documents portant sur les politiques et procédures de recrutement et d'embauche de

l'établissement ont été examinés et analysés. Dans ces documents l'institution, objet de notre recherche s'engage à favoriser un milieu sain, inclusif et accessible, où tous les employés sont appréciés, respectés et soutenus

4.5.4 Observation

L'observation est d'une importance capitale pour les ethnographes, car elle permet de repérer les séquences d'interaction les plus intéressantes et de répertorier les dimensions au travers desquelles peut s'opérer la description de celles-ci. De plus, il est nécessaire de comprendre le contexte où les personnes interagissent et d'observer ce qui échappe aux personnes de l'établissement. L'observation dans quelques unités et durant au moins deux différents quarts de travail (jour, soir ou nuit) a été effectuée. En moyenne, une centaine d'heures a été consacrée à ce propos. De plus, nous avons assisté à des présentations dans des conférences scientifiques et à des midi-causerie qui ont eu lieu dans le milieu de recherche, au cours desquelles une observation attentive et minutieuse a eu lieu. Nous étions plutôt intéressée par le taux de participation des infirmières de MV et par leur interaction avec les présentateurs. Outre ces présentations, des discussions ont eu lieu avec des informants-clé du département des ressources humaines. À cette fin une grille d'observation (Annexe 5 - Guide d'observation), inspirée de l'outil de collection de données de Peretz (2004), nous a aidées dans le processus de collecte de données. L'observation est d'une grande importance dans la recherche ethnographique. Dans la préparation de cette période nous avons construit nos schémas d'entrevue et nos grilles d'observation. L'observation permet de repérer les séquences d'interaction. De plus, il est nécessaire de comprendre le contexte où les personnes interagissent et d'observer ce qui échappe aux personnes de l'établissement. J'ai visité à différents moments afin d'observer les dynamiques de groupe, les interactions entre les

membres, la composition de l'effectif infirmier etc. J'ai assisté à des réunions de changement de quart, à des conférences de recherche organisées par l'institution. J'ai partagé leur repas afin d'observer les discussions entre les infirmières. J'ai bien remarqué que les deux groupes (blanches/IMV) ne se mélangent que très rarement, pour ne pas dire jamais, lors de leurs repas. Durant leur pause, les IMV se parlent beaucoup dans leur langue maternelle, alors que les infirmières blanches utilisent leur téléphone intelligent.

4.5.5 Journal de bord

Un journal de bord a été utilisé pour indiquer les événements pertinents relatifs aux entrevues avec les infirmières et les gestionnaires de même qu'à l'observation des présentations et des discussions informelles. Ce journal a servi aussi à noter nos réflexions personnelles, nos réactions, nos idées. Nous l'avons également utilisé pour noter les avis d'une gestionnaire qui n'a pas voulu être enregistrée, ainsi que les propos d'une infirmière qui a suspendu brièvement l'enregistrement.

4.6 Analyse des données

Pour procéder à l'analyse des données, nous nous sommes inspirée de quatre des six stades de la méthode d'analyse qualitative de Paillé (1994), à savoir : la codification, la catégorisation, la mise en relation et l'intégration. Les deux dernières étapes de cette méthode n'ont pas été retenues, car le devis de notre étude n'est pas la théorisation, mais plutôt la compréhension des facteurs à la base de la sous-représentativité des infirmières des minorités visibles aux postes de direction.

4.6.1 Codification

Il a fallu donc écouter, transcrire, prendre des notes, lire, ordonner le matériel, l'organiser, le regrouper, lui donner une forme, tel a été l'essence de notre analyse. La revue de ces documents nous a permis d'assigner des codes. Nous avons été appelée à étiqueter l'ensemble des éléments

présents dans le corpus initial. Dans notre processus d'analyse des données, la toute première étape que nous avons entreprise était de passer en revue les enregistrements audio, les notes de terrain et les notes du journal de bord en tant que documents primaires. Une fois des pseudonymes ont été créés pour les participantes et les données transcrites, la première chose que nous avons faite était de lire et relire les transcriptions pour en saisir les messages apparents. L'une des caractéristiques principales du codage qualitatif est constituée par son enracinement dans les données; ce codage étant développé dans l'interaction avec les données particulières analysées et conçues en fonction de la compréhension obtenue. À partir des verbatim relevés dans la collecte nous avons construit des relevés de thèmes (Paillé et Muchielli, 2010), sous forme d'arbre thématique regroupant les entrevues ce qui nous a permis de comparer les divergences et les convergences. Pour ce qui est des entrevues, nous avons été appelée à pratiquer un travail de codification ligne par ligne, paragraphe par paragraphe. Les codes que nous avons choisis étaient reliés entre eux de manière cohérente, en prise directe avec notre sujet de recherche. Par la suite, nous avons été obligée de retourner à la question de recherche afin de relier les codes à cette question de recherche. À titre d'exemple, le code « minorité ethnique », « défis d'avance en carrière » ou « famille » nous a permis de trier les codes en différentes catégories. Ainsi, nous avons maintenu les codes liés « aux données dont ils sont issus pour ne pas perdre le contexte original à partir duquel ils ont été développés, un point souvent appelé la contextualisation » (Maxwell 1999, p. 143-144). Notre processus d'analyse consistait donc à rassembler les extraits des entrevues qui exprimaient des similitudes thématiques que nous avons élaboré en un système de codes, sous forme de différentes couleurs et signes, pour faciliter un repère visuel. Cette étape d'organisation et de classification des données nécessitait d'être à la fois méthodique et ordonnée. Nous avons commencé l'analyse dès la réalisation du premier entretien et nous l'avons poursuivi

tout au long de la recherche plutôt que seulement après que toutes les entrevues aient été effectuées. Cela nous a permis de focaliser progressivement les entretiens (Maxwell 1999). Une fois le repérage thématique achevé, nous avons procédé au regroupement des thèmes qui vont ensemble. Cette opération permet d'amorcer la catégorisation, car elle vise la formulation de concepts afin de regrouper des thèmes apparentés. Une fois les données codifiées, nous avons dégagé les catégories afin de les structurer selon leurs propriétés et leurs dimensions (Savoie-Zajc 2000).

4.6.2 Catégorisation

Le passage de la codification à la catégorisation a marqué la deuxième étape de l'analyse; après avoir transcrit puis codifié minutieusement chaque entrevue, on est passé à un nouveau codage du corpus, cette fois « avec un outil beaucoup plus riche : la catégorie », (Paillé 1994, p.151). Cette étape n'est toutefois pas isolée de la première, d'où il a été pertinent de montrer le passage de l'une à l'autre. Comme l'a formulé Mucchielli (2007), lorsque les choses se ressemblent, l'esprit humain essaie de les catégoriser, de les nommer, de généraliser. Nous avons repris chacun des épisodes d'observation pour identifier le thème qu'elles reflèteraient. Il s'agirait de l'analyse de contenu qui a permis un premier niveau d'analyse par thèmes. Paillé et Mucchielli, (2010), qualifient l'analyse thématique comme un travail où le chercheur procède aux lectures des transcriptions pour faire un travail de synthèse des propos, « toute forme d'analyse qualitative passe par une certaine forme de thématisation », (p.161).

Ainsi, nous avons procédé au repérage, au regroupement et à l'examen des thèmes abordés dans les verbatim et dans les notes d'observation (Paillé et Mucchielli, 2010). Des thèmes tels que le plafond de verre (PLAF), satisfaction dans la profession (SATIS), minorités ethniques dans la sphère des gestionnaires (ETHN), histoire de la profession en nursing (HIST PROF) ont été

cohérents aussi bien avec la question de recherche, qu'avec le devis, la collecte et l'analyse des données. Nous sommes passé à nommer les aspects les plus importants du phénomène à l'étude en différentes catégories. Le pareil est nommé. Cette nomination est un premier pas vers la recherche du sens, mais cette première nomination n'est pas encore une assignation de signification Mucchielli (2007). C'est sur cette catégorisation que va reposer l'analyse proprement dite c'est-à-dire, sur un ensemble d'étapes visant à distinguer et nommer différentes classes d'éléments présentant une certaine homogénéité. Paillé et Mucchielli (2003), définissent la catégorie comme une production textuelle qui se présente sous forme d'une brève expression qui permet de dénommer « un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche [...]. À la différence de la rubrique ou du thème, elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification » (p.147-148). La catégorisation utilise certaines procédures de l'analyse de contenu et se réfère aux critères de définition des catégories choisies par l'analyste lorsqu'on débute la catégorisation. « C'est pourquoi la définition de chaque catégorie facilite l'attribution d'une catégorie aux segments de la transcription pouvant être décrits par cette définition » (Comeau, 1994, p.18).

4.6.3 Mise en relation

L'étape suivante, la mise en relation est l'étape cruciale où commence vraiment l'analyse. Il s'agit de la phase de l'analyse des données qui consiste à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées. Il peut s'agir de relations de continuité, de causalité, de concomitance, de coexistence ou d'imbrication (Letrilliart, Bourgeois, Vega, Cittée, et Lutsman, 2009). Il s'agit de l'établissement de relations entre les catégories conceptuelles dégagées pour rendre compte, dans un premier temps du phénomène étudié et de définir, aussi fidèlement que possible, leurs priorités, et d'en préciser les caractéristiques et le contenu en vue d'établir des liens entre elles. Mucchielli

(2007), précise que le processus de la catégorisation est fondé sur la recherche de points communs et passe par la mise en relation. L'esprit humain essaie de repérer des choses qui vont se ressembler ou avoir des différences, il est en quête de mise en relation des choses peuvent se rapprocher. Dans notre projet, il a été, par exemple, question de faire des rapprochements entre suprématie blanche et absence de mixité aux postes de pouvoir, ou bien la relation entre ethnicité et avancement de carrière, etc.

4.6.4 Intégration

Quant à l'intégration, c'est le moment central où l'essentiel du propos doit être cerné. En d'autres termes, une fois la mise en relation complétée, il serait question d'amorcer l'intégration. Selon Paillé (1991), l'intégration des composantes multidimensionnelles permet de délimiter l'objet de l'analyse en répondant à la question : qu'avons-nous trouvé? Selon lui « l'intégration fait appel à des questions bien précises au regard du corpus : Quel est le problème principal? ... Mon étude porte en définitive sur quoi? » (Paillé, 1994, p.172).

4.7 Critères de rigueur

Dans la communauté des scientifiques, la question de rigueur qui correspond à la scientificité de la recherche qualitative a longtemps fait l'objet de débats (Guba et Lincoln, 2005). Le but ici n'est pas de rentrer dans les détails de ces débats, mais plutôt de discuter des critères applicables à l'évaluation de la validité des résultats de notre recherche. Lincoln et Guba (1985) suggèrent quatre facteurs qui doivent être pris en compte dans la rigueur de la recherche qualitative, notamment la crédibilité, la fiabilité, la consistance interne et la transférabilité. Étant consciente de notre appartenance ethnique et de la problématique à l'étude, nous jugeons impératif d'ajouter un autre facteur qui est la réflexivité.

Crédibilité

La *crédibilité* fait référence à une « adequate representation of the constructions of the social world under study » (Bradley, 1993, p.436). Les techniques qui ont été adoptées pour assurer l'amélioration et la crédibilité des résultats de notre recherche sont : premièrement, nous avons passé environ cinq mois dans le milieu qui est considéré du temps suffisant pour observer différents aspects existants dans les milieux et parler avec un éventail de personnes et développer des relations avec les participants et les informateurs (Lincoln et Guba, 1985). En outre, le temps que nous avons passé dans les milieux nous a permis de faire l'observation persistante qui selon Lincoln et Guba (1985) : « If prolonged engagement provides scope, persistent observation provides depth » (p. 304). Enfin, la multitude et les diverses sources de données à savoir l'observation, la recherche documentaire, les entrevues des deux catégories de participantes ont enrichi et augmenté la crédibilité de notre étude.

Fiabilité

La *fiabilité*, comme critère d'évaluation de qualité des données dans une recherche qualitative, renvoie à l'uniformité des données à travers le temps et dans différentes situations (Loiselle 2007). Elle renvoie aussi à l'énoncé clair par le chercheur de sa position épistémologique et de ses biais. La chercheuse étant elle-même issue de minorités visibles, elle a fait preuve, autant que possible, de neutralité et d'objectivité sans laisser son expérience personnelle ni ses émotions interférer lors de l'analyse des données. Comme l'a souligné Lincoln et Guba (1985), l'objectivité existe lorsqu'une méthodologie est employée afin de maintenir une distance adéquate entre l'observateur et l'observé. Une attention spéciale a donc été portée tout au long du processus de collecte et d'analyse des données sur l'identification et l'élimination de tout biais qui pourrait contaminer celui-ci ainsi que lors de l'interprétation de nos résultats.

Consistance interne

Pour Lincoln et Guba (1985), la notion de consistance correspond au concept de fidélité ; cette fidélité est démontrée quand des processus d'investigation similaires sous des conditions identiques produisent des résultats analogues. Pour satisfaire ce critère de rigueur, nous nous sommes servi du journal de bord en parallèle avec nos sources d'informations, que ce soit dans la période d'observation, d'entrevues (formelles et informelles) ou lors de l'étude documentaire, afin de noter tous les détails qui nous ont aidée à valider nos résultats.

Transférabilité

La transférabilité concerne la généralisation des résultats obtenus à d'autres contextes ou échantillons que ceux analysés. Les échantillons qualitatifs sont généralement restreints, sélectionnés de façon plutôt intentionnelle que de manière aléatoire (Savoie-Zajc, 2000), sachant que le but de l'échantillonnage est de produire le maximum d'informations. Par conséquent, pour que la transférabilité des résultats soit envisageable, il faut échantillonner le milieu et les acteurs en fonction de la pertinence de leurs caractéristiques par rapport à l'objectif de la recherche. Lincoln et Guba (1985) indiquent que la *transférabilité* signifie l'applicabilité des résultats dans d'autres contextes. Ainsi, il était essentiel de fournir suffisamment de données descriptives dans notre rapport de recherche pour que les pairs puissent évaluer si les résultats seront en mesure d'être applicables à d'autres contextes.

Réflexivité

« To be 'reflexive' means to turn back on our self the lens through which we are interpreting the world » (Goodall, 2000, p.137). Une prise de conscience de nos assises épistémologique, méthodologique et idéologique a été nécessaire dans notre cas pour pouvoir minimiser ou limiter les influences qu'elles peuvent avoir sur notre interaction avec notre objet à l'étude.

Lincoln et Guba (1985) affirment qu'il est indispensable pour le chercheur de signaler le mieux possible, dans le rapport de sa recherche, comment ses idées préconçues, ses croyances, sa position et ses valeurs peuvent agir tout au long du processus de recherche. La réflexivité se conçoit comme *rapport à soi* fondé sur l'introspection. C'est ce que Schön (1996) nomme la réflexion-en-cours-et-sur-l'action; c'est-à-dire que l'agent va expliciter ses réflexions en les modélisant pour en faire émerger le savoir pratique inscrit dans son action.

Dans mon journal, avant le processus de collecte des données, je me suis demandé à quel point mes expériences, mes sentiments et mes opinions pouvaient influencer mon choix dans la sélection des thèmes à analyser et des données à interpréter, voire la conception/design de la recherche. Moi-même, je suis une femme, et je suis une infirmière issue de minorités visibles. J'étais donc particulièrement préoccupée par mon rôle en tant qu'*instrument* principal de collecte de données ; dès le départ, je n'étais pas une participante neutre dans cette recherche. Une partie de mes lectures portait sur le rôle du chercheur comme enquêteur. Des textes de méthodologie qualitative présentent le processus de recherche comme linéaire et sans problème si le chercheur suit les règles et fait attention à la fiabilité, à la validité et l'objectivité (Glensne & Peshkin, 1992; Patton, 1990). Pendant l'entrevue, je devrais surveiller mes réactions afin d'augmenter la fiabilité des réponses des IMV interviewées, de façon à ce que les mêmes réponses soient obtenues si les questions étaient posées à un autre moment, dans un autre endroit même par un autre enquêteur (Glensne & Peshkin, 1992). Compte tenu de mon investissement personnel et professionnel dans le projet de recherche, je ne me sentais pas à l'aise avec cette approche, chose que j'ai bien mentionnée dans mon carnet de bord. Cependant, je devais faire preuve, autant que possible, de neutralité et d'objectivité sans laisser mon expérience personnelle ni mes émotions interférer lors de l'analyse des données. On peut se demander pourtant comment on peut faire

une recherche inspirée de la théorie critique tout en clamant une neutralité épistémologique. En fait, le but de notre recherche n'était pas de rester neutre par rapport à la stagnation des IMV dans les postes *subalternes* mais de leur donner la parole et d'explorer leurs expériences en matière d'avancement de carrière.

Afin de faire preuve de transparence, j'ai organisé des sessions de débriefing avec mes directeurs de recherche pour partager avec eux mes préoccupations et avoir leurs rétroactions et ainsi d'améliorer la fiabilité de ma recherche.

4.8 Considérations éthiques

En concordance avec notre position épistémologique discutée plus haut et notre approche critique, nous avons collaboré étroitement avec les participantes et leurs milieux de travail de sorte que la recherche ne nuit en aucun cas aux sujets à l'étude. Une demande d'approbation éthique a été accordée par l'établissement où l'étude s'est déroulée. Ensuite, comme toute recherche auprès des êtres humains, une approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de recherche des sciences de la santé de l'université d'Ottawa (Annexe 6 - Approbation éthique). La considération éthique dépasse le fait d'avoir ces certificats, mais notre responsabilité en tant qu'étudiante chercheuse nous a obligée à protéger l'anonymat des participantes et à respecter leur confidentialité. Tout au long du déroulement de cette recherche, nous avons assumé aussi la responsabilité de respecter le milieu de recherche, le code déontologique universitaire et celui des infirmiers et infirmières de l'Ontario. Les infirmières participantes aux entrevues ont été invitées à signer un consentement éclairé (Annexe 7 – Formulaire de consentement) qui indique qu'elles sont bien informées de l'aspect de l'étude et des risques et bénéfices. Elles avaient l'option de se retirer à tout moment et sans condition préalable dans l'éventualité qu'elles trouvaient émotionnellement difficile de discuter de certains aspects de leurs expériences. Les

participantes avaient, aussi, le droit de décliner toute question à laquelle elles ne voulaient pas répondre pour des raisons d'inconfort psychologique ou autres et d'arrêter l'enregistrement quand elles le jugent nécessaire.

Les mesures nécessaires ont été prises pour préserver l'anonymat à la fois des participantes et de l'organisation. Les participantes avaient le choix d'être interviewées dans leur milieu de travail ou dans un bureau privé à l'extérieur de l'institution. Les enregistrements numériques et toutes autres données ont été verrouillés dans un cabinet, accessibles à la chercheuse et aux directeurs de thèse seulement et ils seront détruits cinq ans après la thèse.

Nous nous sommes engagée à faire preuve d'intégrité; à respecter l'interdiction de falsifier, fabriquer ou inscrire de fausses informations. Nous nous sommes engagée à déclarer les conflits d'intérêts, veiller à la sécurité des participantes. Les observations, tout comme les récits de vie quotidienne ont été inscrits dans un journal de terrain; le journal de terrain, une sorte de calepin, que nous avons conservé en tout temps avec nous pour y consigner nos notes et placé en toute sécurité afin d'éviter toute violation de la confidentialité. En conclusion, les principes qui ont guidé nos rapports avec les participantes se résument en un consentement libre et éclairé, au respect de leur dignité et à la confidentialité de leur vie privée (Van Der Maren, 1999).

CHAPITRE 5

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de l'analyse des données empiriques liées aux entrevues effectuées avec les gestionnaires et les infirmières des minorités visibles (IMV), ainsi que les données liées à la recherche documentaire, à l'observation et aux notes de terrain. Notre analyse s'est faite en trois étapes, la première étant la phase de préparation de terrain incluant la transcription des entrevues et la mise au propre des notes prises sur le terrain. La deuxième concerne le processus de codage des données qui consiste à organiser le matériel en segments (unités de codage) en les attachant à leur catégorie correspondante. Cette analyse permet au chercheur, selon l'Écuyer (1990), à classer les éléments du matériel analysé de manière à permettre au chercheur de mieux connaître les caractéristiques et la signification. La troisième phase étant l'analyse qui consiste à préparer l'interprétation en essayant de dégager les thématiques à travers les catégories de codage. Après un premier tri du matériel recueilli, nous avons délimité le corpus sur lequel l'analyse prendra appui en fonction des questions de recherche.

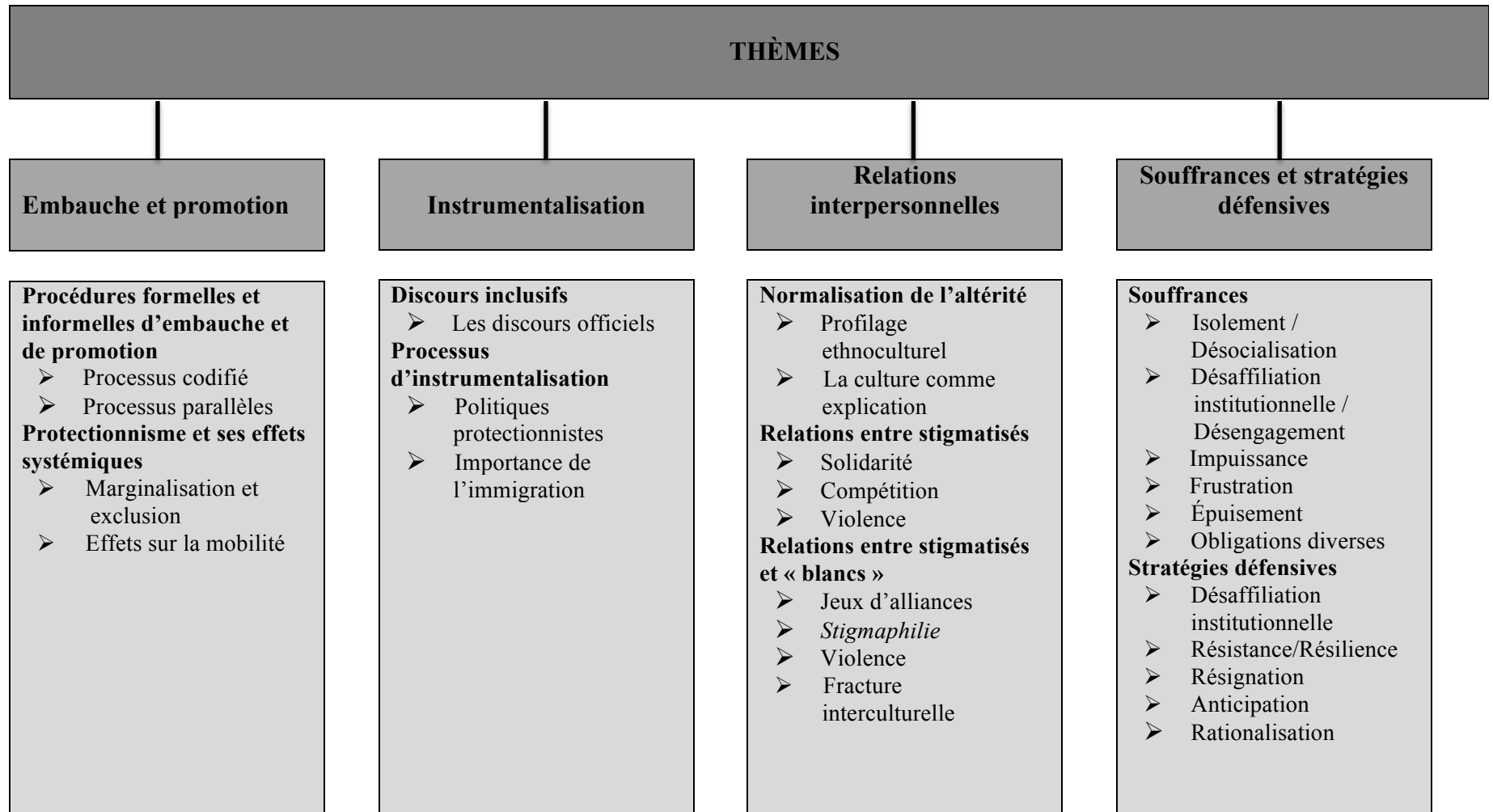
Quatre grands thèmes ont émergé à partir des codes attribués aux expressions significatives extraites des verbatim des participantes (IMV et gestionnaires) soit :

1- embauche et promotion; 2- instrumentalisation des IMV; 3- relations interpersonnelles et 4- souffrances et stratégies défensives. Pour une meilleure précision et clarification conceptuelle, des sous-catégories ont été dégagées et structurées selon leurs propriétés et leurs dimensions. Cette opération a permis de regrouper des thèmes apparentés suivis d'une organisation méthodique pour la classification des données.

L'analyse des données recueillies nous a ainsi permis de faire ressortir la signification en ce qui a trait aux questions de notre recherche et de rendre compte de l'expérience des IMV en matière de promotion et d'ascension professionnelle. Ensuite nous avons procédé à la synthèse des résultats avant de nous attarder sur l'interprétation des données.

Les principaux thèmes, catégories et sous catégories sont récapitulés dans la figure 5.1.; par la suite chacune de ces catégories est présentée dans une figure synthèse.

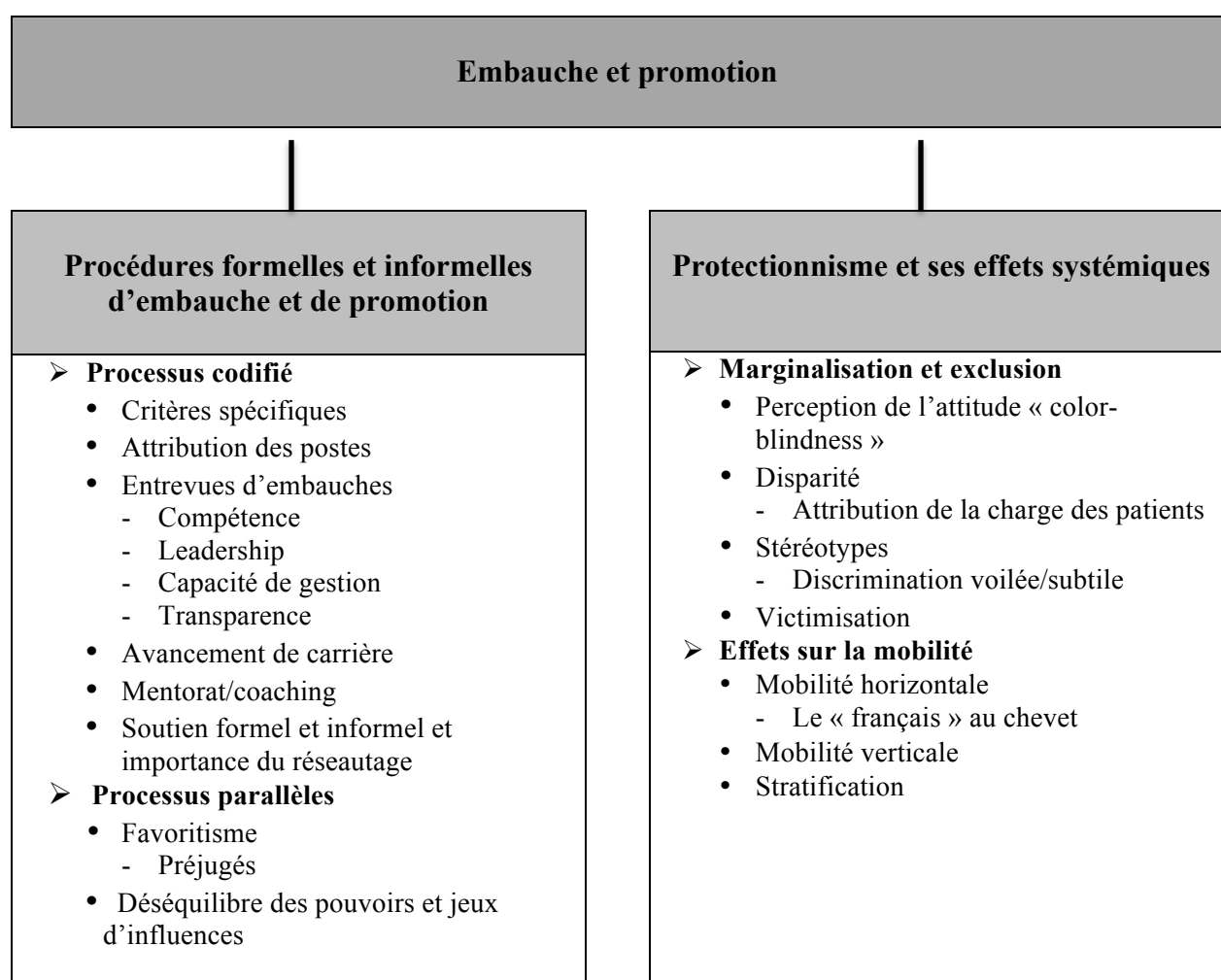
Figure 5.1 : Principaux thèmes, catégories et sous-catégories



5.1 Embauche et promotion

Le thème n°1 est présenté dans le tableau ci-dessous. Nous avons jugé nécessaire de la diviser en deux grandes sous catégories conformément aux propos des informant : 1) les procédures formelles et informelles d'embauche et de promotion 2) protectionnisme et ses effets systémiques. Dans un souci de précision, les sous-catégories sont, elles aussi, divisées en sous-catégories souvent suivant les termes des participantes.

Figure 5.2 : Thème 1 – Embauche et promotion



Dans une institution de soins de santé où la flexibilité est impérative, la mobilité verticale est un véritable enjeu stratégique, car elle permet à un effectif infirmier de s'adapter à ses différentes variations et de garantir sa pérennisation grâce à leur employabilité. Cette mobilité permet aussi de fidéliser les infirmières grâce aux possibilités de promotion, d'évolution dans la carrière et de développement de leurs compétences. Cependant, l'embauche et la promotion du personnel infirmier restent un véritable casse-tête pour les institutions de santé en quête d'infirmières expérimentées pour occuper des postes de gestion. Les institutions de santé qui se soucient de la valorisation de la diversité culturelle doivent s'assurer que leurs pratiques de recrutement et de promotion donnent une chance aux minorités visibles, en plus de reconnaître qu'il y a des barrières auxquelles se butent les IMV.

Une IMV trouve que les personnes issues des minorités visibles sont facilement et immédiatement identifiables lors d'une entrevue. Elle pense qu'une IMV pourrait être victime de la discrimination dès le premier contact sur la base de ses traits phénotypiques ou simplement trahi par son nom à consonance étrangère. Selon cette IMV la candidature pourrait être ignorée et rejetée à priori, sans même bénéficier d'une réponse concise quant aux raisons du rejet :

On te dira pas qu'on t'embauche pas parce que t'es une minorité visible il y aura toujours d'autres raisons pour tourner autour du pot. (P1, p.7).

Une telle perception de la discrimination par les IMV est susceptible d'engendrer de la frustration, une perte de motivation et une sous-estime de soi qui finirait par une « auto-exclusion » en milieu de travail. Une IMV l'explique ainsi :

Le fait que l'autre qui n'est pas aussi qualifiée que toi soit plus reconnue, ça a émotionnellement un effet sur toi. Je suppose ça doit être une des raisons pour laquelle on ne s'investit pas émotionnellement. Alors tu ne risques pas d'être blessée si tu ne t'impliques pas au travail. (P6, p.5)

Ainsi, cette IMV croit que le manque d'équité au travail est l'une des raisons qui les poussent à ne pas s'impliquer au travail, car elles ont peur d'être affectées émotionnellement de cette inéquité.

5.1.1 Procédures formelles et informelles d'embauche et de promotion

La gestion de l'emploi dans les institutions de soins de santé est souvent caractérisée par une réglementation bureaucratique des procédures internes. Elle est souvent influencée par la présence de syndicats qui représentent tout le personnel en général et le personnel infirmier en particulier. La gestion de l'emploi dépend donc de procédés standardisés, planifiés, facilement compréhensibles et équitables émanant d'un consensus entre employeurs et syndicats. L'institution objet de notre recherche n'échappe pas à cette règle. Selon cette gestionnaire, l'institution assure à tous ses employés des conditions d'emploi favorables notamment en ce qui concerne la sécurité de l'emploi et les chances égales de promotion selon le degré de qualification de l'employé :

Que le poste administratif soit au niveau gestionnaire ou directeur, ce qui est important, c'est rencontrer les critères. On a des critères très spécifiques, peu importe si la personne est homme, femme, Asiatique, Arabe, Africaine ou Haïtienne, l'important c'est de rencontrer les critères et puis tout dépendant aussi de l'entrevue. La porte est ouverte à tout le monde. (P3, p.1)

La carrière des infirmières au sein de l'établissement hospitalier repose sur des procédures formelles, stages de perfectionnement et concours internes, ou des procédures informelles, basées sur la constitution d'un réseau interpersonnel ou capital social. Pour accéder à un poste avancé, selon cette IMV :

Il faut que quelqu'un te vende, faut que quelqu'un fasse ta publicité auprès de gens hautement placés pour que tu aies ce poste-là. Aussi arrivée au poste, il faut que tu fasses preuve de tes compétences. (P1, p.3)

Les infirmières en quête d'avancement de carrière mobilisent leur réseau et les ressources dont elles disposent dans une tentative de négociation avec l'institution qui les emploie. Elles restent ainsi vigilantes quant aux ouvertures de postes et les chances de promotion. Ceci dit, les résultats de notre étude montrent un écart de perception entre les gestionnaires et les IMV quant aux chances d'embauche et de promotion. Nous débutons cette partie de la description de la présentation des résultats par les deux sous-catégories : processus codifié et processus parallèles, desquelles découlent des ramifications sous-jacentes qui permettront une meilleure explication des résultats.

5.1.1.1 Processus codifié

Le rôle des critères de sélection dans le processus d'embauche est de définir les caractéristiques individuelles du candidat à savoir ses compétences, ses connaissances, ses aptitudes et tout autre attribut requis pour assurer au mieux le poste à pourvoir. Cependant, certains critères non liés directement avec les compétences et les aptitudes professionnelles peuvent contribuer à augmenter ou à réduire le risque de discrimination. Dans le cas où ils augmentent la discrimination, ces critères seraient considérés comme en infraction avec les principes d'équité en matière d'emploi.

Une gestionnaire a qualifié le processus de recrutement d'une transparence sans équivoque; toutefois, certains facteurs peuvent entrer en jeu dans la réussite ou l'échec de la candidate :

C'est vraiment de la transparence, quand on affiche pour un poste de gestionnaire; une candidate de minorité visible et une autre blanche qui ont une maîtrise qui appliquent, les critères sont les mêmes. Toutefois, on n'a aucune idée sur ce qui se passe en coulisse, sur ce point-là, on n'a pas beaucoup de contrôle. (P1, p.12)

Quant aux IMV, elles ont une opinion différente; l'une d'elles a rapporté manifestement :

C'est tellement flagrant en ce moment à l'institution qu'il y a certains postes qui sont occupés par des non minoritaires, mais ces gens n'ont pas les critères ou

l'éducation requise pour occuper ces postes, tandis qu'il y en a d'autres infirmières de minorités qui travaillent sur le plancher, qui ont des maîtrises et qui ont tous les critères, mais ne peuvent pas occuper ces postes parce qu'ils sont des minorités visibles. (P6, p.1)

En analysant les deux perspectives décrites ci-haut, celle d'une gestionnaire et d'une IMV, on constate qu'il y a une disparité entre la version de la gestionnaire qui semble tenir le discours de l'institution et l'IMV qui, elle, n'est pas du tout d'accord avec ce discours. Ainsi, on peut d'ores et déjà constater que les perceptions du personnel administratif et celles des IMV ne sont pas les mêmes.

Plus la gestionnaire se situe au niveau supérieur de l'organigramme de l'institution, plus elle se voit confier de l'autorité et déléguer des pouvoirs décisionnels importants. Elle constitue une précieuse ressource au sein de la direction. Elle joue un rôle important par le partage de son expertise, par ses avis et conseils autant pour les IMV que pour la direction elle-même, car elle est amenée à se prononcer à partir d'une vision plus globale favorisant l'intérêt de son institution. Cette vision ne devrait, toutefois pas être au détriment de l'intérêt des IMV. C'est du moins ce que pense cette dernière :

Il y a des infirmières qui sont là depuis dix ans, ce sont des infirmières autorisées; elles ont leur bac. puis des infirmières blanches qui viennent tout juste de graduer auxquelles on va donner le poste de chef d'équipe, alors que les autres étaient là pendant tout ce temps et qu'on ne leur propose jamais. (P7, p.2)

Cet extrait suggère que le processus de recrutement ne satisfait pas les aspirations des IMV en matière de promotion.

Critères spécifiques

Les processus d'entrevues et de sélection sont basés sur des critères spécifiques à remplir par l'infirmière candidate qui veut devenir gestionnaire; ces processus comprennent des éléments sur le savoir-être (critère identitaire) et sur le savoir-faire (critères de connaissances et de compétences). Selon une des gestionnaires, le système d'embauche et de promotion interne est

basé sur des règles précises et facilement identifiables : le niveau d'éducation et les diplômes, l'expérience et la séniorité, les capacités de gestion, l'esprit d'analyse et de synthèse, la communication verbale et non verbale, pour n'en citer que quelques-unes, et surtout la réussite à l'entrevue sont des conditions préalables pour aboutir au succès du concours, peu importe l'origine ethnique, raciale ou religieuse :

Les critères sont très spécifiques : l'éducation, les expériences puis, qui serait la meilleure personne pour être capable d'occuper un poste, soit de gestionnaire ou de directeur (P3, p. 1).

Cependant, les IMV sont unanimes pour dire que le processus n'est pas tout à fait équitable :

Il arrive que l'infirmière noire qui travaille à l'institution X, malgré son expérience et ses connaissances, ils ne vont jamais la reconnaître, dans le sens qu'ils vont prendre une blanche récemment graduée et inexpérimentée, ils vont la mettre comme chef d'équipe, se disant que l'infirmière X (IMV) est là disponible pour aider en cas de besoin (P10, p.5/6).

Ce verbatim traduit la perception de l'IMV quant à sa chance au regard de la promotion. Les IMV déplorent leur « exclusion » des réseaux organisationnels et professionnels informels ainsi que l'absence de parrainage et de soutien à leur égard. Pour cette IMV l'accès aux postes de gestion passe par le soutien social des gestionnaires et du personnel administratif :

Pour avoir une position supérieure, il faudrait que je ne sois pas d'une minorité visible, que j'aie un contact dans l'administration, que je sois amie avec une des gestionnaires ou que je sois amie avec quelqu'un dans l'administration, ce qui n'est pas mon cas. Je n'ai aucune relation de la sorte (P6, p.1).

Dans un autre verbatim, une IMV décrit que ses chances à l'accession aux postes avancés sont minimales en l'absence d'un réseau social. Le processus d'embauche et de promotion est perçu par l'IMV qu'on vient de citer comme biaisé. Une autre IMV voit que ce biais peut être causé par l'ignorance de la gestionnaire recruteuse vis-à-vis des effets subtils des différences culturelles comme le style de communication, l'interaction sociale ou les différences de coutumes :

À cause de nos expériences de vie et à cause de plusieurs facteurs, on agit différemment. Alors, juste juger quelqu'un ou un groupe par rapport à quelques observations, je trouve eux autres sont allés trop loin ... je trouve qu'on est culturellement différent (P6, p.7).

Par ce verbatim, l'IMV revendique que la reconnaissance des différences culturelles doit être prise en compte lors du processus de recrutement.

Attribution des postes

Le recrutement interne du personnel infirmier pour occuper des postes de gestion vacants donne à l'institution plusieurs avantages. Elle identifie non seulement les infirmières les plus performantes de par leurs connaissances et leurs compétences, mais aussi les connaissances et le savoir qu'elles pourraient développer après une formation. Il faudra donc évaluer le potentiel de l'infirmière dans la gestion et non seulement les compétences qu'elle détient déjà. Un poste de gestion exige un savoir particulier pour gérer l'ensemble des activités ou tâches que l'infirmière serait appelée à réaliser pour accomplir la mission qui lui serait confiée et de remplir pleinement le rôle qui lui serait délégué. L'attribution d'un poste, éthiquement parlant, doit être basée sur des règles objectives et neutres, non biaisées, qui suppriment toute entrave discriminatoire directe ou indirecte.

Les gestionnaires rencontrés croient en l'impartialité de l'administration quant aux chances d'avancement de carrière de tous les employés :

Si on fait une entrevue et puis la personne caucasienne a le plus de séniorité elle a le poste; mais si la personne qui a plus de séniorité est d'une autre culture c'est elle qui va avoir la position (P3, p.4).

Une IMV quant à elle, souligne :

Le poste est donné, pas question de séniorité, ils vont pas faire de compétition, parce qu'ils savent que les infirmières noires ont des chances d'accéder au poste. On ne peut pas comparer une infirmière qui a travaillé au plancher quinze ans avec celle qui vient juste d'obtenir son bac. Pour éviter la concurrence, on va juste donner le poste (P10, p.34).

Une fois de plus, on constate deux perceptions différentes quant à l'attribution des postes; l'IMV n'est pas convaincue de l'impartialité en matière d'attribution de postes.

Cependant, une autre gestionnaire confirme le fait que la sélection du candidat pour le poste de gestion s'effectue par la reconnaissance des compétences, du savoir, du savoir-faire et de savoir-être :

Il y a certaines (personnes) qui se démarquent plus que d'autres; les Caucasiennes ont tendance à se démarquer beaucoup plus de certaines personnes. La dernière embauche que j'ai faite, la personne qui s'est démarquée, c'était la personne qui était non caucasienne et cette personne a eu la position (P3, p.14).

L'ancienneté constitue un élément important, voire un thème majeur dans les relations du travail en milieu de soins qu'il soit syndiqué ou non. Elle est considérée comme une valeur importante, un principe de justice et un principe de référence pour attribuer un avantage ou une promotion. Les IMV croient que le facteur de l'ancienneté ne s'applique pas à elles, ce qui se traduirait selon elles par leur sous-représentation dans la hiérarchie organisationnelle de l'institution :

Le poste est donné, pas question de séniorité ... ils vont jamais faire la compétition (P10, p.34).

Par ce verbatim l'IMV cherche à donner son point de vue sur l'égalité des chances et son impact sur l'avancement de carrière. La notion de carrière est très importante aussi bien pour l'IMV que pour l'institution de santé. Une gestion équitable des postes permet à l'institution de faire face aux défis sociaux et de promouvoir l'égalité des chances au sein de son effectif ethniquement diversifié à commencer par les entrevues lors du processus de recrutement.

Entrevues d'embauche

Les entrevues d'embauche sont utilisées par toute institution qui cherche à combler un poste et l'institution étudiée ne fait pas exception à cette règle. Pour cette institution, il s'agit d'établir des entrevues équitables servant à évaluer les connaissances et les compétences professionnelles en

concordance avec le poste à pourvoir sans que la désirabilité sociale n'affecte le processus de recrutement.

Pour les ressources humaines de l'institution, l'entrevue est le premier examen réel pour connaître en profondeur l'infirmière. On cherche à évaluer ses connaissances, ses compétences en matière de leadership, ses capacités de gestion et son potentiel à plus long terme, en lien avec l'exigence du poste. En d'autres termes, on cherche à faire un choix éclairé quant à la personne qui va occuper le nouveau poste. Pour les gestionnaires, les entrevues se déroulent en toute transparence :

Les entrevues c'est un triage au niveau des ressources humaines basé sur la description des tâches. Quand on fait une application pour une position, c'est montrer comment se distinguer des autres personnes par l'expérience, par les compétences, par l'intérêt, par l'engagement et par l'implication dans le but d'améliorer les soins. À l'entrevue c'est transparent la façon dont ils répondent aux questions. On a des questions très bien identifiées et c'est de là qu'on peut avoir des impressions (P3, p.3).

Quant aux IMV, l'entrevue peut être perçue comme un moyen d'élimination du processus de promotion et comme non exempte de biais culturel. Une IMV qui s'est vu refuser un poste de gestionnaire commente :

Même si tu ferais un grief parce que tu sais que tu réponds aux critères, ils vont dire oh à l'entrevue on a jugé que tu n'étais pas qualifiée; tu ne nous as pas démontré ça et ça, t'as rien pour couvrir par rapport à ça, tu sais ce que je veux dire? (P6, p. 12).

Une autre IMV soutient que la déqualification et la sous utilisation des compétences sont bien réelles sous forme de rigidité institutionnelle à l'égard des IMV qui dénigrent leurs compétences et ne reconnaît pas leurs qualifications :

Quand tu prends quelqu'un (IMV) qui a quinze années d'expérience avec une autre (infirmière caucasienne) qui vient juste de finir son bac, elles travaillent sur le plancher, tu vas faire une compétition? mais franchement! alors, pour bloquer ça, ils vont juste donner le poste (à l'infirmière caucasienne), puis avec plein d'excuses qui va avec (P10, p.34).

Lors de l'accès d'une nouvelle graduée (infirmière caucasienne) à un poste de responsabilité sur le plancher où travaille l'IMV, cette dernière conteste le fait que la nouvelle recrue soit en mesure de mieux gérer le poste qu'une IMV qui a travaillé dans cette position pendant très longtemps. Il se peut que l'IMV croit que la personne qui mène l'entrevue soit portée à placer la dimension ethnique avant la dimension individuelle. Nous ne savons pas si l'IMV, dans cette situation, est encline à croire que les préjugés résultant d'une aversion ou d'une peur de l'*Autre* peuvent avoir des conséquences néfastes sur le recrutement des IMV.

Compétence

Être gestionnaire dans une institution de soins implique qu'on doit assurer un échange constant avec les différents professionnels qui gravitent autour de l'unité de soins. Communiquer, motiver, gérer les conflits, assurer un rôle de leader, de mentor, développer les compétences de ses collaborateurs, ce ne sont là que quelques-unes des compétences requises d'une future gestionnaire. L'institution concernée est intéressée par des candidats ayant un haut niveau de compétences aussi bien professionnelles qu'interprofessionnelles, des candidats qui cherchent toujours à améliorer leurs connaissances, qui ont une ouverture d'esprit et font preuve de charisme. Selon les ressources humaines, les candidats se distinguent par leur respect envers les autres. Les compétences comportementales et les habiletés sociales sont appréciées chez le candidat aussi bien que ses compétences de gestion et de leadership. Une gestionnaire a présenté sa vision sur les stratégies et les objectifs que doit observer un candidat à un poste de gestionnaire :

De nos jours, il faut avoir des stratégies. Il y a beaucoup de compétition, alors si on veut être une personne qui veut aller au niveau de gestionnaire, au niveau de directeur, alors on doit avoir une stratégie. On doit se demander comment on va être capable de rencontrer les critères puis se différencier des autres personnes. Pour y arriver, il faut des plans professionnels, des objectifs professionnels (P3, p.5).

Pour cette gestionnaire, une candidate à un poste de gestionnaire doit avoir une stratégie pour développer son capital humain afin de faire face aux défis de la compétitivité et être capable de gérer des situations complexes, car ce sont souvent les compétences qui font la différence.

Cependant, si on reprend le verbatim de la participante 6 :

Le fait que l'autre qui n'est pas aussi qualifiée que toi soit plus reconnue, ça a émotionnellement un effet sur toi. Je suppose ça doit être une des raisons pour laquelle on ne s'investit pas émotionnellement. Alors tu ne risques pas d'être blessée si tu ne t'impliques pas au travail. (P6, p.5)

On constate la présence d'un cercle vicieux. Les IMV ont une perception d'inégalité, d'où le manque d'investissement, alors que ce manque d'investissement diminue les chances de promotion; or, la diminution des chances de promotion augmente la perception d'inégalité.

Les qualités requises d'une gestionnaire sont ses compétences et ses diverses habiletés qui nécessitent un recours à l'imagination tel que la résolution des problèmes, ainsi que sa rigueur intellectuelle et sa maîtrise de la langue, outil indispensable à une meilleure communication qu'elle soit écrite ou orale. Cependant, même quand une gestionnaire développe ses compétences en matière de communication, il arrive que ces compétences ne suffisent pas quand il s'agit de négociations en contexte de diversité interculturelle. C'est du moins ce que souligne cette IMV:

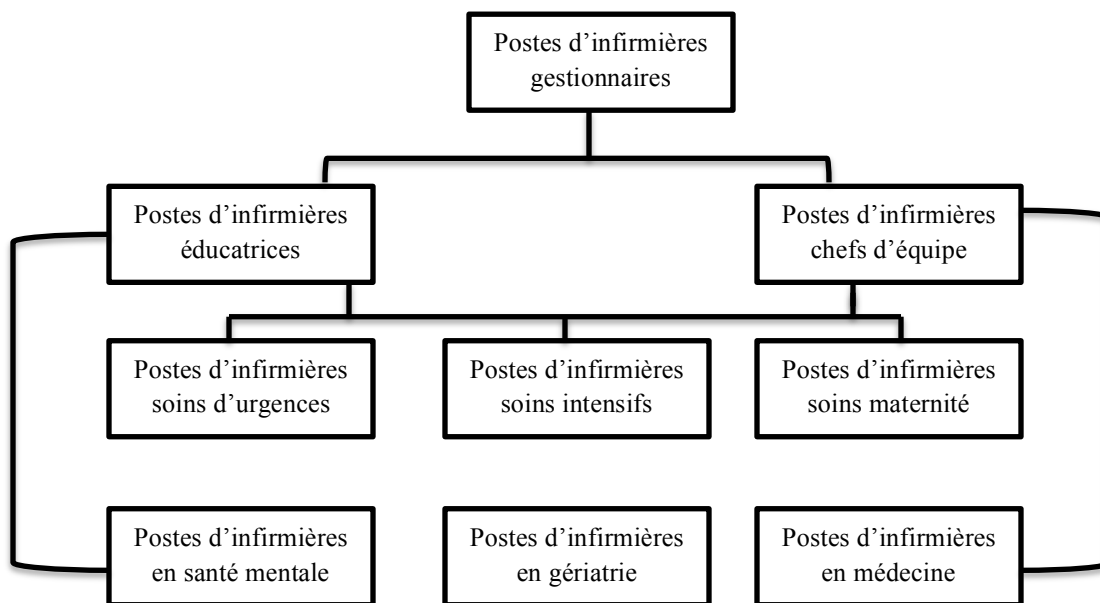
Je trouve qu'on est culturellement différents; il semble que les minorités visibles doivent accepter certaines choses des personnes blanches, mais qu'eux ne sont pas nécessairement obligés d'accepter de nous. (P6, p.6).

Cette IMV essaie d'expliquer que quelles que soient les compétences de communication d'une gestionnaire, des difficultés relevant de la différence culturelle peuvent survenir et qu'une communication interculturelle mal interprétée peut avoir des conséquences négatives sur leurs interactions.

Leadership

Dans l'institution où la recherche est effectuée, les gestionnaires, en leur qualité de leaders, ont manifesté leur désir de soutenir les IMV pour atteindre des postes de responsabilité, ou des postes de prestige, de les encourager à prendre des initiatives pour améliorer leur trajectoire de carrière, surtout celles qui ont prouvé qu'elles ont du talent. Par poste de responsabilité, nous entendons un poste dont le rang hiérarchique se situe au-dessus du rang de l'infirmière au chevet à savoir le poste d'infirmière chef d'équipe, poste d'infirmière éducatrice, et sous la hiérarchie du poste d'infirmière gestionnaire, etc. Les postes de prestige sont considérés comme des postes sur des unités privilégiées comme l'urgence, les soins intensifs, etc.

Figure 5.3 : Hiérarchie dans le milieu de recherche



Cette figure se réfère à la fois à l'aspect organisationnel présent dans toute institution tel que présenté à la partie supérieure et à l'aspect de pouvoir qui identifie et délimite les unités de

prestige appelées aussi les soins spécialisés comme soins intensifs, urgence, maternité, etc. et les unités moins convoitées où travaillent plus que 90% d'IMV.

La gestionnaire connaît l'organisation générale de son institution, ses ressources, ses forces et faiblesses, sait comment donner les bonnes directives et sait comment conduire et motiver ses subordonnés. Le leadership est une relation composée de la triade gestionnaire, infirmière et le but commun à atteindre. Aucun de ces trois éléments ne peut fonctionner sans l'autre. La future gestionnaire sera appelée à favoriser le développement professionnel, à animer l'équipe de soins, à fixer les objectifs, à optimiser les compétences de ses collègues et à les impliquer dans toutes les activités susceptibles d'améliorer la qualité des soins afin d'améliorer la performance de l'institution.

La promotion au poste de gestionnaire demande de la candidate d'excellentes qualités de leadership. Elle est une représentante officielle de l'institution, et sera appelée à veiller sur le respect des règlements, à orienter les conduites, à résoudre les conflits, à prendre et à assumer les décisions qui s'imposent.

L'extrait suivant est d'une gestionnaire qui affirme vouloir s'intéresser à l'avancement de carrière des IMV à devenir gestionnaires :

Il y a des gens ... qui ont vraiment du leadership alors on les détecte, et puis on les approche, on leur demande s'ils ont de l'intérêt. Il y en a qui disent oui, il y en a qui disent ... non (P3, p.8).

Une autre gestionnaire souligne que toutes les infirmières ont la capacité de leadership; cependant, pour développer cette compétence, elles ont besoin d'encadrement et de soutien, sans quoi elles risquent d'être qualifiées d'incompétentes, d'être dépréciées ou dénigrées. Une autre gestionnaire a déclaré que les IMV ont le potentiel de devenir des leaders à condition de recevoir l'aide nécessaire :

Pour moi le leadership, elles (IMV) ont le leadership; elles vont se rendre au même niveau que quelqu'un qui est Canadien ou d'ici, mais c'est le début qui est la phase critique. Si au début elles sont bien appuyées, bien encadrées et reçoivent la formation nécessaire, le leadership va super vite, mais si elles rentrent la tête basse, on dirait qu'elles ne sont pas capables de s'intégrer (P4, p.5).

Nous jugeons très pertinent le verbatim de cette gestionnaire, car il semble difficile pour une IMV de réussir à influencer ses collègues sans que le leadership ne lui soit enseigné et sans qu'il y ait de mentorat durant la transition d'un poste d'infirmière soignante à un poste de gestionnaire. Chez une IMV qui possède une identité en dehors de la norme dominante et dont les caractéristiques phénotypiques et culturelles sont différentes, il est probable que ces caractéristiques peuvent influencer sa façon de parler et de raisonner, sa manière d'être, d'agir et de communiquer voire ses capacités de gestion.

Capacité de gestion

En marge des entretiens menés avec les gestionnaires et les IMV, nous avons eu un entretien avec l'un des responsables du département des ressources humaines qui nous a expliqué les qualités requises lors du recrutement d'une gestionnaire. En plus de l'expérience professionnelle, ce qui veut dire un important capital de connaissances et de savoir-faire, les ressources humaines sont intéressées dans le savoir-être. L'informant clé soutient que savoir gérer nécessite du gestionnaire le savoir de bien communiquer avec l'institution, avec ses pairs et avec les employés, être capable d'exprimer ses attentes, de saisir les attentes des autres, qu'elles soient positives ou négatives, et de savoir comment les communiquer au reste de l'équipe. Le gestionnaire qu'on cherche est celui qui est facilement accessible à l'ensemble du personnel de l'institution, leur accorde toute son attention et cherche à comprendre leurs préoccupations. Par son caractère empathique, il est sensible aux aspirations de ses employés et manifeste son intérêt à les aider à réaliser leurs objectifs professionnels. Par son authenticité et son intégrité, il inspire

confiance. Il connaît ses limites et ses forces et assume la responsabilité dans le choix des décisions qu'il prend. Il noue des relations solides à tous les niveaux de la hiérarchie organisationnelle. Il est visionnaire, sait comment résoudre les problèmes, établit des programmes et sait comment les implanter au sein de l'institution. Telles sont, selon l'informant, quelques-unes des qualités requises du gestionnaire que l'institution cherche à recruter.

Une participante (IMV) souligne qu'il est difficile pour une IMV gestionnaire de gérer une équipe surtout si celle-ci est issue de la « majorité »; les préjugés et la discrimination rendent la tâche de gestion difficile à réaliser en l'absence de la coopération de toute l'équipe :

Arriver là (poste de gestionnaire), j'ai entendu parler qu'on leur a créé beaucoup de problèmes, ils ont dû changer tu sais, juste retourner à leur petit (poste), leurs affaires de tous les jours (P1, p5.).

Quelques IMV croient en l'existence d'attitudes discriminatoires et pratiques informelles lors d'attribution des postes de gestion; en voici un exemple :

Dans notre institution il y a des infirmières (IMV) qui ont une maîtrise, mais ces infirmières-là n'occupent pas les postes de gestion, alors qu'on a souvent eu des gestionnaires qui n'avaient même pas leur bac. ... Ça dépend juste de la volonté de la gestionnaire ou celle que la chef d'équipe préfère (P6, p.2).

À croire cette IMV, les postes sont attribués de façon arbitraire, selon la volonté des gestionnaires. Notre recherche documentaire révèle que lors de l'affichage des postes à pourvoir, il y a des critères bien spécifiques auxquels doit répondre le candidat; diplômes, expériences, compétences, etc. Cependant, l'IMV soutient que les critères requis ne sont pas garants de l'accession au poste.

Transparence

Tel que souligné par l'une des gestionnaires, le triage des candidats se fait de façon transparente au niveau des ressources humaines. Cette transparence est considérée par l'institution comme

une qualité qui montre clairement et sans ambiguïté son fonctionnement et ses pratiques, ses valeurs et sa mission :

Les entrevues, c'est un triage au niveau des ressources humaines qui se fait de façon transparente. Il est basé sur la description des tâches; on a des prérequis qui sont de base (P3, p.3).

L'institution s'attend à ce que la candidate fasse connaître en toute honnêteté et sincérité ses capacités, son expérience, son savoir, ses réalisations et ses objectifs de carrière.

À l'entrevue, c'est transparent la façon dont ils doivent répondre aux questions. On a des questions et puis les réponses désirées sont très bien identifiées (P3, p.3).

Toutefois, les IMV remettent en question la transparence de l'institution et affichent leur méfiance à l'égard de cette de transparence :

On va afficher le poste sur le site puis tout le monde va appliquer. Les Noires eux, ils ne vont même pas considérer leur application. Ils ne vont même pas les appeler pour des entrevues. Même si tu passes l'entrevue, tu ne vas pas avoir une réponse. Quand tu demandes des explications, on va te dire qu'une telle infirmière qui occupait le poste temporairement a pris le poste puis, plus question de séniorité là. Si tu vas voir le syndicat, on va te dire, mais, le poste c'est à la discrétion de l'employeur. Donc ça veut dire que l'employeur donne le poste à qui il veut (P10, p.9).

On peut tirer de ce verbatim que les IMV ne sont pas tout à fait convaincues de la transparence en matière de recrutement et de promotion, même quand le poste est syndiqué, alors que la régulation du processus de promotion interne et l'encouragement de l'avancement de carrière professionnelle sont considérés par l'institution comme un important vecteur de transparence.

Avancement de carrière

Dans l'institution où s'est effectuée la recherche, la diversité du personnel a connu une évolution constante (d'après nos observations et nos entrevues avec les personnes de ressources humaines); les IMV sont de plus en plus nombreuses sur le registre du personnel.

Elles sont nombreuses les IMV qui ont investi dans leur formation initiale afin de planifier leur avenir professionnel; certaines ont occupé des postes qui ont pu nuire à leur estime de soi alors qu'elles occupaient des postes de leadership dans leur pays d'origine. Tel est le cas de cette IMV :

Les immigrants arrivent avec un certain âge, ils arrivent ils ont des familles, on va travailler pour avoir de l'argent pour soutenir la famille. Ça s'arrête là, où on va faire quatre ans à l'université. C'est déjà assez quatre ans, c'est beaucoup de sacrifices. Moi, quand j'étais à l'école (des sciences infirmières) je travaillais comme préposée, j'ai fait du cleaning, tu sais? C'est pas facile quand il s'agit d'estime de soi eh! c'est pas facile psychologiquement (P1, p.2).

Appartenir à une minorité, être différent des autres pourrait être perçu comme un inconvénient ou un avantage selon les circonstances. Ainsi, les caractéristiques personnelles des IMV jouent un rôle capital dans leur avancement de carrière en général. Pour les IMV, l'investissement au travail, c'est-à-dire l'ancienneté et l'engagement qui constituent le capital humain, ne permettrait pas automatiquement de prédire le succès de carrière, comme l'atteste ce verbatim :

Peu importe que je fasse mon travail à cent pour cent et que j'applique, que je réponde à tous les règlements, à tous les critères, que j'ai toutes les éducations, ça (ne) sera jamais suffisant pour que je monte les échelons (P6, p.1).

Cette affirmation est en contradiction avec la mission de l'institution, dont les principes fondamentaux sont basés sur la justice pour tous en matière de promotion et d'avancement. Les procédures de gestion interne de promotion dans cette institution sont de nature bureaucratique. Elles dépendent de procédés standardisés, résultant d'un consensus et de négociations entre l'institution et le syndicat. Elles sont établies de manière équitable et obéissent à des règles précises et à des outils spécifiques clairement identifiés.

Contrairement à ce qui a été dit dans le verbatim d'une IMV ci-haut, une gestionnaire croit que l'institution fait tout ce qu'elle peut pour assurer à ses employés l'aide nécessaire afin de les accompagner dans le processus d'avancement de carrière :

Oui, on a un programme de mentorat; si une infirmière a des difficultés, on va la mettre avec une infirmière qui a plus d'expérience ou qui a plus de connaissances. On a un programme avec les étudiants qui sortent de l'université avec le programme provincial HFO Health Force Ontario; alors ça, c'est pas ouvert seulement pour les Caucasiens, c'est ouvert à tout le monde, que ce soit du monde du Nouveau-Brunswick, de Vancouver, etc. (P3, p.6).

D'autre part, une autre IMV a reconnu qu'elle a reçu des encouragements et du soutien informel de ses collègues blanches pour présenter sa candidature à un poste de responsabilité, corroborant ainsi le discours officiel de l'institution :

Il y a beaucoup de gestionnaires qui sont venus pour m'encourager. Je ne peux pas dire que j'ai pas eu d'encouragements de beaucoup de monde, les gestionnaires ici ont été assez supportifs; ils m'ont dit, non t'es bonne, tu peux le faire, vas-y, applique, oui t'es bonne, ah non! Tu le fais déjà, vas-y! Tu es bonne vas-y (P5, p.3).

D'autres ne sont pas aussi positives :

Pour avoir une position supérieure, il faudrait soit que je ne sois pas d'une minorité visible, soit avoir un contact dans l'administration. (P6, p.1)

Les deux témoignages montrent la contradiction de deux perceptions différentes des IMV. Leurs caractéristiques personnelles et leurs expériences différentes vécues étant différentes dans leur milieu de travail. Une chose est certaine elles soulignent toutes l'importance, le soutien et les encouragements des gestionnaires pour accéder aux postes de responsabilité.

Mentorat/coaching

Cette institution, objet de notre recherche, est de plus en plus un milieu multiculturel, où les minorités se mêlent à la majorité, où les valeurs des unes se mesurent souvent à celles des autres, dans un contexte où l'on constate une hiérarchisation ethnique « naturelle ». Les IMV ont tendance à trouver difficile de s'adapter aux normes et valeurs de l'institution surtout que ces dernières ne sont pas explicitées :

Il y a une hiérarchie naturelle et chacun semble percevoir différemment ce que les autres disent, chacun semble percevoir différemment comment les gens d'autre race, d'autre culture les traitent (P2, p.5).

Cette gestionnaire a l'impression qu'il y a une fracture culturelle entre les gestionnaires et les IMV, qu'il y a une frontière culturelle difficile à franchir à cause des malentendus, des ressentiments et des tensions liés à la méconnaissance des codes et valeurs de chacun des deux groupes. Cependant, les gestionnaires semblent être conscientes des difficultés de ces relations interculturelles. L'une d'elles appelle à aider les IMV à trouver une place au niveau professionnel supérieur par le moyen du coaching :

Ces gens-là (IMV) ont besoin de coaching pour arriver à un niveau professionnel supérieur. Ce sont des gens qui devraient être coachés parce que, ici c'est contingenté, il y a beaucoup de compétition, c'est beaucoup plus exigeant (P3, p.5).

Le commentaire de cette gestionnaire montre l'importance du mentoring et du coaching dans l'avancement professionnel des IMV. Le mentorat ne peut avoir lieu sans une volonté explicite et sans équivoque de l'institution, d'utiliser cette stratégie afin d'accompagner les IMV dans leur avancement de carrière. En effet, celles-ci veulent acquérir de nouvelles compétences, accroître leur confiance, et leurs chances de succès dans la réalisation de leurs objectifs personnels et professionnels.

Les IMV voient aussi qu'elles souffrent d'une carence en capital social au niveau de l'institution. Une IMV souligne qu'au lieu d'être soutenue par ses pairs au travail, elle doit toujours être sur ses gardes afin d'éviter des « pièges tendus » :

Tu dois te protéger tout le temps, tu n'as pas le support des autres, à chaque fois « you need to watch your back ». Tu as peur de perdre ton emploi, perdre ta licence, tu dois toujours surveiller ton dos, peut-être quelqu'un veut te causer des problèmes (P7, p.8).

Par cet extrait, l'IMV veut nous faire savoir que travailler dans un environnement rempli d'anxiété, de méfiance et de soupçons constitue une entrave sérieuse à son émancipation et à son développement de carrière.

Une IMV constate qu'en général, elles sont sous-représentées dans les postes de gestion et que ceci est dû à l'absence de stratégie institutionnelle :

Parmi les autres personnes de responsabilité dans l'institution, que ce soit gestionnaire ou bien dans les ressources humaines, je ne vois aucune noire (P12, p.7).

Ce verbatim laisse entendre que pour les IMV, il n'y a pas de stratégie institutionnelle effective qui favorise une meilleure représentation dans la hiérarchie organisationnelle. L'une d'elles s'interroge sur les raisons de leur exclusion des postes avancés :

Ils (l'institution) ne nous veulent pas plus haut que ça, dans la gestion, je ne peux pas vraiment te dire la raison pourquoi (P5, p.15).

Contrairement à ce qu'avance cette IMV, une gestionnaire a affirmé qu'elle ne ménage aucun effort pour aider les IMV à atteindre leur objectif de carrière :

Une de mes préposées est en train de suivre son cours d'infirmière pour ultimement aller plus en administration. On a décidé à ce qu'elle passe quelques heures avec moi pour voir c'est quoi le rôle de gestionnaire. On est allé voir d'autres départements, faire du « job shadowing » pour voir si c'est quelque chose qui l'intéresse, je veux dire « why not », si elle aimerait ça ou pas, puis de leur montrer que c'est accessible (P2, p.8).

Cette gestionnaire souligne que les IMV ont besoin de mentor chargé de les aider à se familiariser avec les exigences de l'institution; elles ont besoin d'une personne pour les encadrer, les guider, les conseiller, maximiser leur potentiel en enrichissant leurs connaissances autant que leur capital social. Vu les nombreux défis qu'une future infirmière gestionnaire peut rencontrer, le mentor est appelé à l'outiller en lui montrant la manière dont la mobilité s'opère ainsi que le soutien formel et informel dont elle aura besoin pour réussir une carrière de gestionnaire. Cela ne

pourrait être possible sans une volonté politique affirmée de l'institution, accompagnée de mesures concrètes d'équité pour assurer une représentativité rationnelle des IMV aux postes de gestion, l'initiative de cette gestionnaire en est un exemple.

Du côté des IMV, l'une d'elles déclare que l'institution a subventionné une formation pour les aider à acquérir certaines compétences en vue d'occuper des postes de gestion, mais en fin de compte, quand le poste de gestionnaire s'est ouvert, il a été octroyé à une Caucasienne. Le poste ne leur a pas été accordé même après une formation subventionnée par l'institution X elle-même :

Des IMV avaient reçu une formation dans une autre ville, c'est l'institution X qui les a envoyés. Quand elles sont revenues, un poste est ouvert dont les prérequis correspondaient avec la formation que l'institution a payée pour. Elles appliquent, on ne leur a pas donné le poste, ils l'ont donné à quelqu'un d'autre, une blanche (P7, p.3).

Selon les verbatim de la gestionnaire et de l'IMV, il est évident que l'institution fait tout ce qui est en son pouvoir pour inclure les IMV dans le processus de développement de carrière, mais reste à savoir si elle réussit ou non. Nous allons nous attarder sur cette question dans la partie discussion.

Soutien formel et informel et importance du réseautage

Une des participantes constate que l'accroissement du réseau social constitue une source de pouvoir et représente un atout dans le processus de promotion interne; elle croit que l'accès à un poste de gestion passe par la bonne relation interpersonnelle tissée avec les gestionnaires et avec les personnes influentes au sein de l'institution :

Beaucoup de gens ne voudront pas appliquer pour des postes plus élevés, et même si elles osent, on les prendra pas, certain, je disais ça prendrait des connaissances et des connexions. Très peu de directeurs sont de minorités visibles, la plupart sont des Canadiennes blanches. Pour que tu sois directeur, faut que t'aies une connexion (P1, p.5).

La participante croit que le réseau social est une source de pouvoir et représente un atout dans le processus de promotion interne. Les relations interpersonnelles de l'infirmière sont les rapports et les liens qu'elle entretient avec les autres acteurs au sein de l'institution, que ce soit ses superviseurs ou ses collègues de travail. Elles permettent la communication, les nouveaux contacts, l'accès à l'information et à des conseils. Les bonnes relations de l'IMV avec les personnes influentes de l'institution permettent la connaissance d'ouverture de postes avant que ces derniers ne soient officiellement annoncés ce qui lui donne l'avantage de bien se préparer avant de postuler pour le poste.

Dans l'une de nos entrevues, une gestionnaire a exprimé clairement, qu'elle était disponible et prête à apporter du soutien aux IMV quelle que soit la nature du besoin :

Je dis aux gens vous pouvez venir me voir peu importe vos besoins, peut importe que vous soyez noir, blanc, jaune; je vous aime tous pareil-égal puis, on est une famille d'infirmiers et infirmières, on s'entraide (P4, p.5).

Cette gestionnaire laisse entendre que la porte est ouverte aux IMV pour venir chercher conseil et établir un contact. On constate que les portes du dialogue sont ouvertes et qu'il est important pour ces infirmières de renforcer leurs relations interpersonnelles. Ces relations sont importantes, voire indispensables, dans un système parallèle de recrutement qui n'est pas reconnu officiellement.

5.1.1.2 Processus parallèles

Nos entrevues avec les IMV ont révélé deux perceptions opposées du processus d'embauche, celle des IMV et celle des infirmières gestionnaires. Alors que les gestionnaires voient que le processus est clair, identifiable, transparent et équitable, les IMV voient, au contraire, qu'il est biaisé, partial, injuste et discriminatoire. Ces professionnelles croient qu'elles sont confrontées à l'émergence d'un processus parallèle caractérisé par le choix des candidats selon des critères

négociés entre les gestionnaires déjà en place et qui sont majoritairement blanches. Cette situation est particulièrement problématique pour les IMV, tel qu'exprimé dans ce verbatim :

C'est une politique, un faux sentiment de démocratie. Il y a un syndicat qui veille au respect des règles. Ils vont afficher le poste. Mais avant même que le poste soit affiché, ils vont mettre quelqu'un dans le poste de façon temporaire. Puis ils vont te dire que cette personne est dans la position de façon temporaire jusqu'à ce qu'on trouve quelqu'un pour combler le poste. Après, on dit que la personne temporaire a acquis l'expérience et a pris le poste. Le syndicat va te dire, mais le poste c'est à la discrétion de l'employeur. Donc ça veut dire que l'employeur donne le poste à qui il veut (P10, p.9).

Les IMV croient que ce processus est discriminatoire, n'est pas basé sur des critères méritocratiques et ne leur donne pas la chance d'avancement de carrière. Les gestionnaires ne sont pas d'accord avec une telle opinion, pour elles, le processus est basé sur la connaissance des compétences et des motivations des infirmières sur le terrain. Comme le souligne cette gestionnaire, dans les relations de travail, les infirmières sont contactées, pour tester leur motivation et leur leadership, à participer à des comités, d'être impliquées pour améliorer les soins, c'est après évaluation des compétences qu'une gestionnaire peut se forger une idée sur les candidates :

Il y a des gens qui, probablement, ont du leadership on les détecte, et puis on les approche. On leur dit bon on a trouvé que tu es une personne qui a beaucoup de leadership; tu es respecté de tes collègues au niveau professionnel. Est-ce que tu serais intéressé à faire partie d'un comité, comme le comité des chutes. Alors, soit qu'ils disent oui ou soit qu'ils disent non (P3, p.8).

Selon les propos de cette gestionnaire, on peut sous-entendre que le succès d'une infirmière est fortement lié à la motivation et l'implication de cette dernière dans l'amélioration des soins.

Favoritisme

Les IMV se sentent victimes de favoritisme et de préjugés; elles ont laissé entendre que les gestionnaires utilisent leur pouvoir et leur influence pour accorder un traitement préférentiel à certaines infirmières en matière de recrutement et de promotion aux postes avancés :

La règle n'est pas la même pour tous. Même au niveau des relations de travail, quand t'as un problème avec une blanche, la blanche a toujours raison. Quel que soit le problème qui s'est passé. Puis on va t'accuser d'agressivité, on va t'accuser de toutes sortes de choses (P10, p.13).

Une gestionnaire n'est pas du même avis; pour elle, c'est une question de faire preuve de compétence et de savoir-faire, autrement dit, se distinguer par rapport aux autres, qu'on soit caucasienne ou non. Pour cette gestionnaire l'évaluation des compétences des candidates n'est pas entachée de favoritisme quelle que soit l'impression produite par la candidate :

Les Caucasiennes ont tendance à se démarquer beaucoup plus de certaines personnes. La dernière embauche que j'ai faite, la personne qui s'est démarquée c'était la personne qui était non caucasienne et cette personne a eu la position (P3, p.14).

Le respect du mérite dans le processus d'embauche est assuré lorsque la personne nommée à un poste désigné possède les compétences et les qualifications essentielles pour l'exécution des tâches liées au poste à pourvoir. L'extrait de l'entrevue avec cette gestionnaire nous montre que l'évaluation des compétences et des qualifications est exempte de favoritisme et que la gestionnaire recruteuse n'utilise pas ses connaissances, ses pouvoirs et son influence pour accorder un avantage indu ou un traitement préférentiel à une postulante aux dépens d'une autre. La gestionnaire dit qu'elle respecte la méritocratie et affirme que sa dernière embauche a été accordée à une non-Caucasienne.

Préjugés

Les IMV croient que leurs caractéristiques phénotypiques provoquent chez leurs collègues blanches, infirmières ou gestionnaires, des stéréotypes dévalorisants. Elles croient que le préjugé, cette attitude négative associée à un stéréotype qui porte à préjuger une personne ou une communauté, n'est pas basé sur des faits. Elles le trouvent discriminant et génère chez elles des sentiments de frustration, d'isolation et de perte d'estime de soi. Le verbatim suivant décrit la perception d'une gestionnaire de l'attitude « belliqueuse » des cultures non caucasiennes :

C'est entre les personnes soient africains, soient des autres cultures qui se chamaillent entre eux. Les Caucasiens, on n'a pas une culture à se chicaner, « s'emmerder » puis tout ça. Plutôt, on a été élevé dans la paix puis tout ça. Il y en a qui viennent d'une communauté ou d'un pays que c'est plus rebelle, vous savez ce que je veux dire (P3, p.10).

Cette gestionnaire trace une « ligne de démarcation » entre les infirmières caucasiennes « pacifistes » et les infirmières non caucasiennes qu'elle qualifie de « rebelles ». La comparaison est à priori chargée de préjugé, mais au fond, la gestionnaire veut attirer notre attention sur le pays d'origine d'une infirmière. Les personnes originaires de pays où règne la paix n'apportent pas avec elles des rancœurs, contrairement à celles issues de pays en conflit qui elles, apportent avec elles des souvenirs d'atrocités. Mais reste à noter que toutes les IMV ne proviennent pas de pays en conflit.

Les IMV croient qu'elles sont jugées et catégorisées en fonction de leur appartenance ethnique, de la couleur de leur peau et non en fonction de leurs connaissances. Pour cette raison, elles sont moins présentes dans les postes « valorisés » comme en urgence et aux soins intensifs et plus nombreuses dans les postes « moins valorisés » comme en santé mentale et en gériatrie :

Si tu vas à l'urgence, tu vas pas avoir beaucoup de noirs qui travaillent là, même chose, si tu vas en médecine ou en chirurgie. C'est le plancher où c'est vraiment lourd que tu dois changer les couches à chaque trente minutes, là tu vas voir des noirs (P10, p.33).

Une IMV croit que la discrimination dont son groupe est victime émane des préjugés et croyances partagées en majorité entre les infirmières caucasiennes, qui les qualifient de lentes et non fonctionnelles :

Il y a des unités où on sent encore que, oui la discrimination existe ... oui les personnes de couleur, les personnes noires, c'est des personnes lentes, c'est des personnes qui ne fonctionnent pas comme il faut (P9, p.8).

Cette infirmière croit qu'il y a discrimination liée à son origine ethnique, ce qu'on peut interpréter comme une catégorisation.

Déséquilibre des pouvoirs et jeux d'influences

On peut conclure des verbatim cités ci-haut que la catégorisation est au cœur du processus d'influence. Le groupe des infirmières caucasiennes d'une part et celui des IMV de l'autre part, sont ainsi définis en termes de « nous » et « eux ». Se catégoriser au sein d'un groupe est une forme d'adoption de ses normes; lors de comparaison intergroupe, les membres de la minorité sont perçus comme un exogroupe dont l'influence est faible, voire inexistante. Les IMV se voient comme victimes d'une culture organisationnelle qui au lieu de les outiller à escalader les échelons, les considère comme des adversaires en les qualifiant d'incompétentes :

On te cultive que t'es pas tellement bonne, que tu vas finir par manquer de confiance en toi, et on te cultive que c'est une position pour toi de sorte que t'as tellement peur que tu vas pas réussir. Donc finalement, même dans ta propre tête, tu es convaincue à l'avance que tu vas pas pouvoir tenir dans cette position (de gestionnaire) et finalement si, si t'es une personne avec multiples tâches et charges comme moi, tu risques de ne pas avoir les forces nécessaires pour tenir dans ça (P9, p.15).

Dans cet extrait, l'IMV cherche à exprimer la pression et l'influence ressentie par rapport à la majorité dominante au sein de l'institution. Cette influence peut être interprétée comme le pouvoir hiérarchique et le contrôle qu'exerce un supérieur sur ses subordonnés. Ainsi, le pouvoir d'établir des règles et de donner des ordres est donné officiellement aux gestionnaires. La gestionnaire va s'exercer à un jeu stratégique subtil, soit formel où les règles sont établies clairement par l'institution, ou informel où les relations de pouvoir sont implicites et non officiellement légitimées, et qui résultent en un jeu d'influence avec les subordonnées. Dans ce cas, la gestionnaire aurait tendance à renforcer et à accroître son propre pouvoir et éventuellement à restreindre celui de ses subordonnées; en d'autres termes, à assurer le rapport d'inégalité avec ses subordonnées. Dans ce jeu d'influences, les IMV ne se voient pas outillées pour exercer leur leadership et pour déployer des stratégies d'influence et de négociation.

D'autre part, les IMV croient que le jeu d'influence est sensiblement perceptible dans l'embauche où l'accès à un emploi est fortement lié à l'influence des réseaux sociaux. Plus le réseau est large, meilleur est le capital social accessible. Une IMV raconte comment elle a été approchée par une personne influente au sein de l'institution qui lui a préparé le terrain d'embauche pour un poste de responsabilité :

Si cette personne-là ne m'avait pas approchée, j'aurais peut-être vu l'affichage et j'aurais peut-être appliqué, mais pensez-vous j'aurais eu le poste? Je ne pense pas. Moi je pense que cette personne-là, elle m'a approchée puis elle a préparé la personne qui était responsable de l'embauche, est-ce que vous comprenez ça? Oui donc, elle a préparé le terrain. Il faut que quelqu'un te vende, faut que quelqu'un fasse ta publicité aux gens qui sont plus élevés (dans la hiérarchie) pour que tu aies ce poste-là, le poste élevé (P1, p.2).

Cet extrait montre que les relations sociales sont d'une grande importance, car le capital social accumulé – éducation, rang social, connexion à travers les clubs sportifs, associatifs, etc. – est transféré sur le marché du travail et se convertit ainsi en avantages sociaux.

5.1.2 Protectionnisme et ses effets systémiques

Les IMV ressentent un sentiment d'injustice à l'égard des pratiques protectionnistes de leur institution caractérisées par une forme de « catégorisation » et de « hiérarchisation » qui les met hors de la course dans leur ascension verticale. L'une des stratégies réductionnistes, selon une IMV, est la reconnaissance difficile et la remise en question de leurs diplômes. Les IMV considèrent que la non-reconnaissance de leurs acquis est l'une des principales causes de leur déqualification; elles croient que les diplômes obtenus dans leur pays d'origine seraient perçus de qualité moindre que ceux obtenus au Canada :

Je peux voir la raison pour laquelle nos diplômes sont alors souvent mis en question simplement parce que nous n'avons pas les mêmes types de pratiques en tant que professionnelles de la santé et particulièrement en tant qu'infirmières (P9, p.2).

Une autre infirmière diplômée qui occupait un poste avancé dans le domaine biomédical dans son pays d'origine n'a pas pu exercer, faute de reconnaissance de ses acquis. Elle a été obligée de suivre des cours de recyclage pour obtenir un diplôme « canadien » et devenir infirmière autorisée :

Arrivée ici, c'était difficile, comme vous pouvez le savoir, de faire toute la reconnaissance des acquisitions, des diplômes de doctorat pour retourner en biomédical, donc je me suis dit, okay je vais faire les sciences infirmières c'est proche tu sais, on est toujours en santé (P1, p.1).

Une gestionnaire reconnaît avoir rencontré des IMV qui avaient des diplômes de deuxième et troisième cycle et qui occupaient des postes avancés dans leur pays d'origine; une fois au Canada, leurs diplômes n'ont pas été reconnus et elles ont été obligées de reprendre des études :

Je sais que beaucoup de gens qui sont arrivés ici, peu importe leurs expériences, j'entends beaucoup j'étais IA, j'étais médecin dans mon pays, j'arrive ici je recommence à zéro parce que mes expériences ne sont pas honorées ou l'éducation c'est pas pareil. Elles sont retournées à l'école pour éventuellement prendre un poste de IA avec nous (P4, p.1).

Et cette même gestionnaire a rajouté :

En réalité, on a beaucoup de gens qui sont des immigrants et qui ne parlent pas l'anglais. Ils viennent d'Afrique et de partout, ils ont un beau français, etc., mais n'ont pas l'anglais. Nous, on est une institution absolument bilingue. Je vous dis que j'ai beaucoup de plaintes des patients. Je dirais, quinze à vingt pour cent des plaintes sont liées à l'anglais. Les gens sont super, prodiguent de bons soins. J'ai une infirmière très compétente, mais qui a un accent que je ne suis pas capable de la comprendre en anglais. On dirait qu'elle ne connaît pas l'anglais du tout (P4, p.1).

Comme le montre l'extrait de cette gestionnaire, la communication dans le domaine des soins est capitale. Un poste de gestionnaire nécessite non seulement une compétence dans les techniques de soin, mais aussi la capacité de communiquer avec le monde environnant. La faculté de communiquer doit alors être prise en considération lors du processus de recrutement.

D'autre part, une IMV croit que certains postes sont exclusivement réservés aux infirmières de la majorité et que si jamais une IMV y accède, elle serait obligée de le quitter après une brève période sous la pression des infirmières de la majorité :

Il y a certaines positions dans l'institution qui sont réservées juste pour les infirmières de la majorité. Ils embauchent des minorités visibles, mais les infirmières des minorités ne restent pas, elles ne restent pas pour longtemps (P6, p.13).

Une des gestionnaires soutient que des attitudes « protectionnistes » inter-IMV créent les chicanes entre les IMV, ce qui ne les aide pas à gravir les échelons de l'institution :

Elles ne s'aident pas, alors elles se limitent puis se font la vie difficile... beaucoup de conflits (P4, p.9).

Du point de vue d'une IMV, la cause des différends entre les groupes de minorités visibles est due à la frustration causée par le comportement des infirmières de la majorité. Une IMV raconte qu'en cas de plainte concernant sa charge de travail, elle se sent surveillée et « sous la loupe » et qu'en cas de conflit entre une IMV et une infirmière de la majorité, cette dernière a toujours raison. Cela crée de la frustration et de la pression chez les IMV et se répercute sur les relations de travail inter-IMV :

C'est l'effet de la pression, de la frustration, il y a tellement de frustration, qu'on devient frustré entre nous. Les gens sont tellement frustrés que maintenant, ils viennent, ils font juste le minimum et puis le fait que l'autre a fait son minimum toi ça te donne plus de travail puis que ça crée encore une frustration, une friction entre les gens (P6, p.17).

D'après l'analyse de ces verbatim, on peut conclure que les perceptions des gestionnaires et des IMV sur les politiques protectionnistes divergent. Pour les gestionnaires, il n'y a pas de politique protectionniste qui soit pratiquée par l'institution et les antagonismes intra IMV font partie de leur nature, alors que pour les IMV, les conflits entre elles ne sont qu'une conséquence de la politique protectionniste. Une autre IMV ajoute :

Pour l'autre partie (superviseur issue de la majorité) qui chapeaute, c'est la loi de diviser pour mieux régner, elle va dire (à l'IMV), pour que tu sois sous ma grâce et ma protection, tu dois me rapporter tout ce qui se passe. Elle (l'IMV) va alors commencer à détruire les autres pour gagner la confiance de la supérieure (P1. p.17).

Pour cette IMV, mettre certains membres de leur groupe du côté des gestionnaires est une source de frustration.

5.1.2.1 Marginalisation et exclusion

Pour les IMV interviewées, l'existence d'une marginalisation est indéniable quand il s'agit d'ascension aux postes avancés de la gestion. Elles ressentent la marginalisation à tous les niveaux de leur pratique professionnelle; au niveau du processus d'embauche, de la promotion, de la formation et du mentorat et finalement dans leur pratique quotidienne. Plusieurs participantes IMV adhèrent à ce que l'une d'elles a dit :

Une fois que t'es différent, t'es mis de côté (P6, p.13).

Une autre IMV soutient également que :

Oui, juste les Caucasiennes sont approchées pour les postes de chef d'équipe. Comme je vous disais, sur l'unité il y a beaucoup de noires et je ne comprends pas pourquoi il n'y a pas de chef d'équipe noire (P7, p.6).

Une autre participante exprime cette idée de façon différente :

Si tu ne peux pas faire ta place, ils ne vont pas te la donner. Si tu arrives puis on ne t'accepte pas, tu ne fais pas partie du groupe. Ils vont tout faire pour que tu ne fasses pas partie du groupe. (P5, p.13)

Pour une gestionnaire, ce sont les IMV qui préfèrent s'isoler. Elle donne comme exemple la pause du dîner où elles se retrouvent seules, loin du regard de leurs collègues :

Ça se pourrait qu'elles se sentent qu'elles ne font pas partie de la communauté, qu'elles ne font pas partie du cercle (P2, p.7).

Pour une autre gestionnaire, quand il s'agit de projets de développements de soins, on informe par courriel toutes les infirmières des objectifs du projet, leur demandant si elles sont intéressées

à y participer. Selon elle, les IMV ne lisent pas leur courriel et ne manifestent aucun intérêt; seules les Caucasiennes sont intéressées et ce sont elles qui y participent :

On veut développer le programme de suicide alors on envoie une note de service à tout le monde, à tous les infirmiers et infirmières, on leur demande si vous avez un intérêt s'il-vous plait nous en aviser et puis on les forme pour être un champion et puis ils viennent aux comités. Mais s'ils (IMV) ne lisent pas leurs courriels puis s'ils ne font pas application, s'ils ne viennent pas nous contacter nous on n'ira pas les chercher. (P3, p.2).

Contrairement à ce que pensent les gestionnaires, les IMV croient que la marginalisation est sentie dans tous les aspects de la pratique professionnelle. Une IMV exprime le sentiment de déception qu'elle éprouve envers ce qu'elle croit être des pratiques de marginalisation, même quand il s'agit de représentation dans un comité bénévole. Par exemple, les infirmières d'une unité formée en majorité d'IMV ont désigné une infirmière de couleur issue de leur groupe pour les représenter dans un conseil d'unités, et dont le rôle est de présenter des suggestions à l'administration pour améliorer les services. Le jour de la réunion, la gestionnaire avait choisi une infirmière blanche pour représenter leur unité, ce qui a provoqué leur mécontentement :

On a décidé qu'on va désigner cette personne comme représentante du conseil d'unité, on a mis son nom et on l'a amené à la gestionnaire. Une semaine après, on a vu que c'est le nom d'une autre personne de couleur blanche qui a été introduit à la place du nom de cette personne. Sans aucun avis, sans comprendre le pourquoi (P9, p.8).

Nous n'avons pas pu vérifier le contexte ni déterminer les raisons qui ont poussé la gestionnaire à choisir une autre infirmière pour représenter l'unité. Toutefois, il est de la responsabilité de la gestionnaire de choisir d'une façon impartiale la personne qui représente le mieux l'unité en question.

Perceptions de l'attitude « color-blindness »

L'institution objet de notre recherche abrite un important personnel issu de différents groupes ethniques. Nous n'avons pas pu obtenir le pourcentage de ces groupes, mais, selon nos

observations et l'affirmation d'une gestionnaire, et d'une IMV il y a des départements qui comptent au moins quatre vingt p.cent de minorités visibles. Selon la gestionnaire :

Quand je regarde, par exemple mon équipe de soir côté médecine, c'est que des minorités visibles, y a aucune personne qui a la peau blanche (P2, p.4).

Selon l'IMV :

Si vous regardez les gens qui travaillent dans cette unité (médecine) à part le personnel administratif les noirs sont majoritaires. Des fois, on n'avait pas une blanche sur l'unité. Surtout les fins de semaines, soirée ou la nuit. On n'avait pas une blanche sur l'unité. (P10, p.17).

Conformément à ses valeurs et à sa mission, cette institution traite tout son personnel au même pied d'égalité sans préjugé de couleur et sans discrimination. Le verbatim de cette gestionnaire soutient la vision institutionnelle :

Tout le monde à une chance égale (P2, p.1).

Une autre ajoute :

Peu importe si tu es rouge, jaune, vert ... peu importe quelle langue que tu parles, ça me fait rien, c'est du pareil au même (P4, p.10).

Les gestionnaires appuient et renforcent la vision de l'institution qui a tendance à pratiquer des attitudes qu'on peut qualifier de « color-blind » où la réussite et l'échec d'une personne n'ont rien à voir avec ses traits phénotypiques. Cette attitude à tendance à nier les désavantages liés à la « couleur » que pourraient subir les IMV, mais plutôt, impute l'échec à la responsabilité personnelle, au manque d'aptitude et d'efforts pour réussir.

Les IMV ne voient pas cette attitude du même œil; elles ont réitéré à maintes reprises qu'elles sont désavantagées par rapport à leurs collègues blanches, que ce soit au niveau hiérarchique, au niveau de la répartition des tâches ou au niveau de la reconnaissance de leurs compétences :

Il y a des gestionnaires blancs qui ont un diplôme d'études collégiales puis des gens de maîtrise (IMV) qui sont sur l'étage ... il n'y a pas une blanche qui a une maîtrise qui est au chevet, pas à ce que je sache (P8, p.7).

D'autres IMV soutiennent cette affirmation :

On a des infirmières (IMV) chevronnées qui ont beaucoup d'expérience. Ils (les gestionnaires) vont mettre une infirmière (de la majorité) qui vient juste de terminer son bac (P10. P.8).

Une autre constate l'absence complète de minorités visibles dans des postes de pouvoir :

J'ai beaucoup remarqué que les positions de jour, les infirmières qui travaillent en enseignement, en éducation ou en développement de programme ou de n'importe quel projet sur les unités, il n'y a aucune personne de minorité visible, y a aucune personne de race noire ou autre. Mais c'est toujours des personnes de couleur blanche (P.9 p.4).

Les IMV se sentent désavantagées et discriminées, alors que pour les gestionnaires, les inégalités existantes s'expliquent par un manque de succès dans les concours de sélection, ainsi que par le manque d'intérêt et d'implication dans les projets d'amélioration des soins.

Disparités

Une IMV raconte comment deux de ses collègues, des infirmières auxiliaires (IMV), ont quitté l'institution pour retourner à l'école dans le but d'enrichir leurs connaissances en sciences infirmières et accéder ainsi à une promotion. Elles ont obtenu leur diplôme d'infirmière autorisée. Une fois de retour à l'institution, le poste qui leur a été accordé était celui d'infirmière auxiliaire et non d'infirmière autorisée :

J'ai au moins deux collègues qui étaient des infirmières auxiliaires. Elles sont retournées à l'école pour faire leur bac. De retour avec leur diplôme comme infirmières autorisées, (l'institution X) ne les a pas acceptées... Puis on les a acceptées comme auxiliaires et non comme autorisées (P10, p.27).

Ainsi, les IMV croient que les possibilités d'accession à certains postes ne sont pas les mêmes pour tout le monde; elles se sentent cantonnées dans des postes subalternes, indépendamment de leur niveau d'éducation et d'expérience. Cependant, nous ne pouvons juger s'il s'agit de

discrimination ou pas, car nous n'avons pas de précisions quant au contexte du retour des IMV à l'institution. Nous ne savons pas s'il y a eu, entre temps, des coupures de postes ou si les IMV n'ont pas fait preuve de compétences. Ceci dit, les IMV soutiennent qu'elles reçoivent plus de blâmes que leurs collègues blanches en cas d'erreur. L'une d'elles a raconté :

Lorsqu'une infirmière noire fait une erreur, c'est vulgarisé, c'est publicisé, c'est quelque chose d'énorme. Lorsqu'une blanche a fait une erreur, ce n'est pas grave. Même si le patient a failli mourir, ce n'est pas grave. Mais (s'il s'agit d') une infirmière noire, t'as oublié de donner du Tylénols c'est parce que t'es incompétente (P10, p.21).

Une autre a aussi raconté :

Quand une infirmière de minorité visible et une blanche font une erreur de médicament, la punition sera plus prononcée ou plus grave pour la minorité visible que pour l'autre. L'autre on va dire ben tu sais peut-être qu'elle ne se sentait pas bien, elle vient de commencer, elle est ceci elle est cela, mais pour la minorité visible ça va être ah ben là! Elle n'était pas bien formée, ah ben là elle ne fait pas bien ses choses, ne fait pas attention (P1, p.8).

L'IMV n'a pas donné d'exemple tangible pour justifier ce qu'elle soutient, toutefois c'est la perception que d'autres IMV partagent sur la disparité de traitement entre IMV et infirmières blanches en cas d'erreur dans les traitements et les soins.

Attribution de la charge des patients

Selon les IMV, la disparité se fait sentir au niveau de la charge de travail entre elles et leurs collègues blanches. Une IMV raconte :

J'appelle les autres collègues noires, j'ai dit regardez le tableau de l'assignation, dites-moi ce que vous avez remarqué. Puis tu peux voir là, toutes les infirmières noires ont plus de patients que les infirmières blanches. Puis les autres m'ont dit, mon dieu, on ne l'a même pas réalisé (P10, p.8).

Loin d'être une question de discrimination, la charge de travail et à la dotation sécuritaire sont des problèmes qui surviennent le plus souvent au travail sur une base quotidienne, que ce soit pour une infirmière issue des MV ou de la majorité, nous reviendrons sur cette question dans notre discussion.

Cette IMV raconte les conditions de travail difficiles auxquelles elle devait faire face, comment la charge des tâches qui lui ont été assignées pendant le service de nuit dépassait les normes de l'institution, en plus de la frustration et des menaces qui mettaient en péril sa licence d'infirmière :

Quand tu donnes à une infirmière auxiliaire la nuit, huit patients post opératoires, puis tu dois faire la documentation électronique pour ces huit patients, tu dois répondre à des cloches ici et là. Quand tu rentres au travail, puis t'as la pression, de la gestionnaire qui te dit, mais si tu ne vas pas travailler, je vais prendre des mesures disciplinaires, sachant que ta licence est en jeu. C'est comme si t'es entre l'enclume et le marteau. L'infirmière a peur, mais en même temps sa licence est en jeu. Huit patients c'est déjà une charge de travail extrêmement lourde la nuit, parce qu'ils croient que tous les patients sont stables la nuit, ils dorment. Ils ne comprennent pas qu'un patient peut être instable à tout moment (P10, p.24).

Bien que cet extrait touche toutes les IA, cette IMV exprime un sentiment de stress et de frustration exacerbé par le risque de perdre sa licence.

Une autre IMV ajoute :

C'est une réalité, t'as plus de patients, t'as plus de responsabilités, mais tu dois donner le même résultat que l'autre infirmière blanche, mais c'est impossible. C'est sûr que ça va te prendre plus de temps pour finir, ça va prendre plus de temps pour documenter, ça va prendre plus de temps. Chaque fois que ça prend plus de temps, il faut que tu justifies (P6.p.15).

La même infirmière ajoute que, si jamais on se plaint de la charge du travail on sera mal vue :

Si tu oses te plaindre, là, crois-moi, t'es mal vue. Tu dois justifier pourquoi c'est lourd. Si c'est lourd et que tu fais une erreur on va te dire pourquoi tu n'as pas dit que c'était lourd, pourquoi est-ce que tu as accepté cette charge de travail, c'est ta responsabilité de dire non. C'est vrai que, oui on va se plaindre pour l'assignation parce qu'on est lourd, on est plus lent, on est lazy, on est ceci on est cela. Même si on est supposé d'avoir une rotation, ils vont juste dire oh, le patient te connaît, t'a eu le patient ... C'est parce que tu le connais c'est la continuité des soins (P6, p.21).

Les IMV croient qu'il y a une dotation inadéquate de la charge de travail qui rend ce dernier difficile à gérer. Elles perçoivent cette dotation comme une injustice. Elles croient qu'elles ne

sont pas importantes pour l'institution qui les emploie ou que cette dernière ne les respecte pas. Elles ont la perception qu'elles sont forcées à gérer une charge de travail non sécuritaire.

Selon une gestionnaire de l'institution, les IMV ne font que se plaindre et argumenter à propos de leur charge de travail; pour elle, l'assignation des patients est tout à fait juste et impartiale et ne dépend nullement de l'origine ethnique de l'infirmière, mais de la continuité des soins; c'est ce qui a été rapporté par cette gestionnaire :

L'autre culture c'est plutôt argumentative, non je ne veux pas ça, tu donnes cette assignation à elle parce que, parce que moi je suis différente couleur puis, parce qu'elle est de cette couleur-là. Ben non! On donne ça parce qu'il y a la continuité de soins, tu as eu cette assignation hier. On va continuer la même assignation (P3, p.13).

De tel jugement de valeur n'est pas partagé par toutes les gestionnaires. Cependant, une autre gestionnaire reconnaît que dans certains cas, bien spécifiques, en raison de manque de personnel et de budget limité, elles sont obligées de demander à une infirmière en travail modifié, qu'elle soit IMV ou non, de compléter une tâche :

Des gens de l'Afrique, de Haïti m'ont dit par moment qu'ils perçoivent qu'ils sont traités différemment à l'institution, des exemples très concrets comme un employé en travail modifié pense que si on n'ajoute pas du personnel en extra pour les accompagner ben, c'est parce qu'on a un préjudice contre eux ... donc mon rôle c'est beaucoup de désamorcer disons et de montrer je suis complètement impartiale à ça, je suis complètement neutre que ça rentre vraiment pas dans l'équation. Donc c'est beaucoup d'enseignement, mais ce que j'perçois c'est qu'eux, ils ont cette perception de préjudice là entre l'équipe de gestion et les employés de première ligne de minorités visibles (P2, p.1).

La gestionnaire nous explique que les IMV ont une fausse perception des procédures de gestions du travail ; elles croient que certaines décisions prises par les gestionnaires pour répondre aux exigences du travail sont dirigées contre elles les jugeant discriminatoires.

Stéréotypes

Une bonne partie de notre entretien avec les IMV a porté sur leurs constats d'éventuelles difficultés spécifiques entravant leur parcours professionnel en matière d'ascension verticale.

Elles étaient unanimes à déclarer que la dévaluation et la non-reconnaissance de leurs efforts fournis au travail, la non-reconnaissance de leurs idées, leurs luttes perpétuelles contre les stéréotypes, les difficultés à faire reconnaître leurs compétences étaient des signes évidents de discrimination et d'une forme de racisme. Selon elles, ces obstacles les empêcheraient de réaliser leur plein potentiel et de jouir d'une participation équitable au sein de leur institution :

C'est des personnes qui font pas bien les choses, alors tout ce qu'on fait à cause de la couleur de notre peau, soit encore jugé en fonction de la couleur de notre peau et non pas en fonction de nos connaissances (P9, p.8).

Une autre IMV a avoué son mécontentement :

J'ai dit cette politique d'intimidation, cette politique de violence envers les noirs, ça fonctionne plus. J'ai dit vous êtes tellement raciste que ça saute aux yeux. Que vous le faites sentir même dans l'assignation (P10, p. 8).

Une IMV a déclaré que des comportements discriminatoires se font sentir non seulement de la part de leurs collègues blanches, mais aussi des familles des patients. Elle raconte qu'elle avait un client en soins palliatifs qui était décédé quand elle était en pause :

Une fois que j'étais revenue de pause, la préposée qui prenait la relève – elle aussi issue des MV – m'a dit que la famille veut parler à « l'autre infirmière blanche » qui n'était en fait qu'une préposée. Ils se sont adressés à la préposée et moi, ils m'ont juste ignorée comme si tout ce que j'avais fait rien ne comptait, c'est comme si c'était à la préposée blanche, c'est à elle qu'il fallait parler, c'est à elle qu'il fallait rendre tous les comptes, poser toutes les questions (P6, p.7).

L'IMV a manifesté sa frustration due à la perception que la famille de la patiente, influencée par ses préjugés et stéréotypes sur une infirmière de couleur, croyait que la préposée blanche était l'infirmière autorisée, et que l'infirmière noire était la préposée, inversant ainsi les rôles. Pour l'IMV, cette inversion de rôle est le résultat de stéréotypes et de préjugés visant les gens de couleur.

Discrimination voilée/subtile

Dans le verbatim suivant, une gestionnaire insiste sur l'égalité des chances et l'égalité de traitement envers toutes les infirmières :

On a des critères très spécifiques et puis peu importe si la personne, homme, femme, culture de, asiatique ou arabe ou africaine ou haïtienne s'ils rencontrent les critères, et puis tout dépendant aussi avec l'entrevue, alors la porte est ouverte à tout le monde (P3, p.1).

La gestionnaire souligne que tout le personnel est traité au même pied d'égalité, peu importe ses origines ethniques et sa culture. Cela sous-entend que si les IMV ne réussissent pas à accéder aux postes avancés ce n'est pas à cause de la politique de gestion de l'institution, mais peut-être à cause des difficultés d'intégration de ces infirmières. Cependant, une autre gestionnaire croit que l'échec des IMV à accéder à ces postes est dû à leur manque de motivation et d'implication au travail, comme le racontent les extraits suivants :

Je ne pense pas qu'il y en a qui sont super motivées à aller plus loin. (P1, p.1)

La même gestionnaire ajoute :

Pour être chef d'équipe ... il faut quasiment les supplier (P1, p.2).

Quant aux IMV, elles croient qu'il n'est pas question d'implication ou de motivation, mais, qu'elles ont des impératifs familiaux et socio-économiques plus urgents, qui les empêchent de s'impliquer davantage dans leur milieu de travail. Cette IMV l'exprime ainsi :

C'est la maison, la famille et le bien, le confort des enfants, les gens qu'on a laissés en Afrique ou ailleurs. Tout ce monde-là compte sur nous. En tant que femme, on travaille à la place des hommes (P9, p.14).

L'IMV veut nous dire qu'on ne peut pas traiter toutes les infirmières au même pied d'égalité, vu qu'elles (les IMV) sont dès le départ, désavantagées de par leurs obligations familiales et financières et qu'elles ont plus de défis à relever. Par contre, selon une IMV, si une grande majorité des IMV ne peuvent se libérer de l'emprise familiale, il y a des jeunes suffisamment

éduquées, fort libérées de ces contraintes et disposées à se battre pour atteindre les postes de pouvoir. Ces jeunes IMV se sentent obligées de quitter l'institution X pour aller travailler dans les grands hôpitaux où les chances d'accès aux postes avancés sont plus grandes :

Pour celles (IMV) qui sont bilingues, qui sont plus jeunes, qui ont plus de flexibilité souvent, elles partent ailleurs, dans les plus grands hôpitaux où est-ce que les chances sont cinquante/cinquante, que tu sois de minorité visible ou pas (P6, p.5).

Un verbatim d'une autre IMV fait mention de discrimination voilée, difficile à prouver au niveau institutionnel et juridique :

Je ne veux pas vraiment parler de discrimination, mais le manque d'équité ça existe de façon subtile [...] c'est juste que t'a pas de preuve. Personne ne vient te le dire ouvertement qu'il ne veut pas te donner ça parce que t'es différente. Comment toi, tu vas parler de discrimination, tu sais, même si tu vas en cour on dira c'est quoi la preuve, t'en a pas. C'est subtil okay (P1, p.7).

Ce verbatim nous rappelle les difficultés que rencontrent les IMV à prouver l'existence de pratiques discriminatoires au sein de l'institution, elles croient que leur avancement de carrière tient aux préférences de leur employeur. Dans cette course aux postes avancés de la hiérarchie institutionnelle, on peut en tirer que les IMV souhaiteraient un changement dans la gestion de la diversité pour qu'elles soient incluses davantage dans des postes de pouvoir. Une IMV croit que le rôle du mentor est important dans ce processus de changement :

Si la personne (IMV) va avoir ce poste (de gestion) il faut qu'on lui donne, tout ce qu'elle cherche pour pouvoir assumer ses responsabilités.... on lui donne la description du poste, on lui donne un mentor. Et si son mentor ne remplissait pas vraiment les conditions pour lui donner plus d'outils pour pouvoir assumer ses responsabilités, la personne devrait dénoncer ça, pour qu'on lui change de mentor (P12, p.20).

Une autre IMV soutient que le fait d'être femme et originaire d'Afrique sont deux dimensions qui renforcent leur exclusion des postes avancés ; elle ajoute que leurs collègues blanches sont plus avantagées du fait qu'elles n'ont pas les mêmes responsabilités familiales :

Les femmes immigrantes qui sont infirmières qui n'ont pas de position de pouvoir, c'est à cause qu'elles doivent travailler doublement, doivent faire des seize heures souvent, aller (travailler à) deux places ou des seize heures à la même place ... les personnes de couleur blanche ne la comprennent pas parce qu'ils ne vivent pas la réalité que nous vivons. Elles (les IA de la majorité) ne savent pas qu'aider les nôtres (en Afrique) ça fait culturellement partie des réalités de notre vie, que si ton père t'as aidé à aller à l'école et à réussir (tu dois l'aider aussi) (P9, p.14).

Cette IMV évoque la notion de l'intersectionnalité qui soutient que la discrimination est basée sur un système structurel dont les dimensions sont le genre, la race, l'origine ethnique et un système de valeurs différent.

Victimisation

Les IMV ont exprimé à maintes reprises un sentiment de victimisation que ce soit au niveau de l'embauche, de la promotion ou de la répartition de la charge de travail. Une IMV raconte que le partage des tâches du travail manque d'équité :

Toutes les infirmières noires ont plus de patients que les infirmières blanches. Malgré qu'on soit beaucoup plus surchargé lorsqu'il y a une admission c'est nous autres encore qui devons l'avoir. Donc, si on veut parler en terme de gravir des échelons à (l'institution X), pour les noires ça n'existe pas (P10, p.8).

Cette IMV relie le manque d'équité à une forme de discrimination. Quant à la gestionnaire, elle reconnaît que dans son département, les minorités visibles sont en plus grand nombre. Elle a reconnu qu'elles travaillent fort, et que ceci n'est pas relié au fait d'être une IMV :

C'est un département qui n'est pas facile ... ça prend de la patience, il y a beaucoup de cloches, je dirais qu'elles (IMV) travaillent fort ... on ne peut pas faire de préjudice sur l'assignation du fait donc que mes infirmières à temps complet ne sont que des minorités visibles (P1, p.18).

Une gestionnaire ne croit pas à la victimisation des IMV mais plutôt à l'égalité de traitement, à la justice et au droit de toutes les infirmières à accéder à des postes avancés de la hiérarchie institutionnelle, ceci grâce à des programmes de mentorat ouverts à tout le monde; elle soutient que :

Le programme provincial HFO Health Force Ontario n'est pas ouvert seulement pour les Caucasiens, c'est ouvert à tout le monde, que ce soit du monde du Nouveau-Brunswick, de Vancouver, etc. (P3, p.6).

Par contre, une IMV croit que l'équité tant clamée ne se reflète pas sur le terrain. Elle croit que les IMV rencontrent une myriade d'obstacles qui sont érigés pour faire échouer leur ascension à des postes avancés et que, même si elle va continuer ses études en maîtrise, elle doute de pouvoir obtenir un poste avancé :

Je voulais continuer en maîtrise, mais je me disais, même si je finis, aurais-je une ouverture ? Est-ce qu'on va m'accepter ? Me donner un poste? Alors, je me suis dit, je ne pense pas que ce soit vraiment une bonne idée (P12, p.6).

Elle ajoute plus loin :

Ce qu'ils veulent dire en matière d'équité c'est qu'on ne refuse pas les noires. Dans les postes supérieurs de responsabilité, il n'y a pas d'équité, parce que pour accéder à un poste de responsabilité, il faut que tu aies un réseau parmi les gens dans les postes haut placés; or, il n'y pas assez de minorités visibles qui peuvent te soutenir (P12, p.16).

Dans cet extrait, l'IMV donne un pronostic pessimiste quant à l'avenir de sa carrière, même en cas d'obtention d'un diplôme en maîtrise. Elle se voit déjà, comme victime de discrimination et croit qu'il ne sert à rien de faire des études avancées en l'absence d'un réseau lui permettant l'accès à un poste de pouvoir. Une autre IMV semble avoir une réponse à ces doutes :

Le manque d'équité ça existe. On le voit, on le sent, on le sait, ça existe, mais, dans ce manque d'équité là, il y a quand même des gens qui ont pu s'en sortir donc, tout le monde peut le faire. Commence par faire ta part. Il ne faut pas qu'on prend tout le temps ça comme excuse. Se victimiser à tout moment oh, mais c'est parce que je suis comme ça que c'est ça. Okay, « so, what? » Commence au moins par bien faire tes normes d'infirmières, commence au moins par bien examiner et évaluer tes patients, commence au moins par cette base-là, commence au moins par laisser tomber la nonchalance puis là, on va en discuter (P1, p.18).

Dans un autre verbatim, une IMV a évoqué des préjugés racistes à caractère culturaliste à leur endroit. De tels préjugés, selon cette IMV, favorisent le développement d'un sentiment de victimisation chez ces infirmières et affectent leur estime de soi :

Mais il y a des unités où on sent encore que, oui le racisme existe, en gros où les gens se sentent que, oui les personnes de couleur ... des personnes noires, c'est des personnes lentes, c'est des personnes qui ne fonctionnent pas comme il faut (P9, p.8).

Le sentiment de victimisation que cette IMV éprouve est associé avec un sentiment de peur dont la source vient des préjugés et des stéréotypes à leur endroit. Peur de mésentente avec ses collègues, peur de perdre le support social qui est un capital indispensable pour la promotion, pour grimper les échelons :

Donc tu dois te protéger tout le temps, c'est pas un bon environnement pour toi si tu n'as pas le support des autres. Tu te dis qu'à chaque fois tu dois « you need to watch your back » parce que là, il y a toutes les autres infirmières qui seraient peut être contre toi (P7, p.8).

Cette IMV laisse entendre qu'il y a un climat de tension et de méfiance qui règne dans le milieu de travail. Il est probable que les préjugés et le sentiment de victimisation poussent l'IMV à croire qu'elle vit dans une structure de menace et de méfiance.

5.1.2.2 Effets sur la mobilité

L'analyse des verbatim a fait ressortir une coupure importante entre les infirmières appartenant à la majorité dominante (le centre) et les IMV (la périphérie). Il y a peu d'IMV qui ont réussi à rejoindre le centre, celles qui ont réussi à obtenir des postes de responsabilité ont vécu une certaine rupture intra-groupe du fait qu'elles ont pu rejoindre le centre dominant. Bien que le succès relatif de ces infirmières représente un atout pour les IMV, elles ont été exclues par les membres de leur endogroupe qui les qualifient de « rapporteuses » :

Ce sont les noires qui sont des problèmes. Lorsque cette infirmière-là (qui a réussi à obtenir un poste de responsabilité), on l'a formée comme toutes les

autres blanches à « rapporter » la moindre des choses qui arrive sur l'unité à la gestionnaire, celle qui arrive cinq minutes en retard, la gestionnaire l'a déjà su (P10, p.14).

Cette coupure intragroupe se traduit par des dissensions, des hostilités et génère un sentiment de dévalorisation entre les IMV ce qui influence leur trajectoire de carrière.

Ces dernières se posent des questions quant à leur place hiérarchique et elles ne se voient pas souvent représentées au niveau supérieur de l'échelle institutionnelle :

Ils ne nous veulent pas plus haut dans les postes de gestion. Je ne peux pas te dire la raison pourquoi. Est-ce que c'est nous, qui ne visons pas plus haut? Est-ce qu'on fait les choses pour aller là-haut? Il peut y avoir beaucoup de réponses à ça (P5, p.15).

Elle se demande si leur sous-représentation est due à un manque de qualification ou si elle est due au choix des gestionnaires :

Est-ce qu'on a les qualifications? Est-ce qu'on est poussé pour aller là-haut? Puis aussi, faut aller regarder la qualification des autres, est-ce qu'ils sont mieux que nous autres? Tu sais, des fois, il y a des cliques ... si c'est toi qu'on veut, on va tout faire pour te garder là, parce qu'on n'en veut des autres (P5, p.15).

Les IMV se sentent discriminées et croient que cette discrimination est une sorte de stratification ethnique entre ce qui est « national » et ce qui est « étranger »; elles croient qu'il y a une ligne de partage entre les « nationales », les infirmières de souche caucasienne d'un côté, et les « étrangères », les IMV, d'un autre. Elles perçoivent que cette distinction attribue à chacune des deux catégories des droits et des devoirs distincts. Les verbatim suivants traduisent cette distinction :

Je connais quelqu'un qui a fini sa maîtrise qui travaille encore au chevet. Mais, il y en a d'autres qui ont fini ensemble qui ne sont pas minorité visible qui sont embauchées (comme gestionnaires) (P1, p.9).

Les IMV croient que les diplômés des infirmières de la « majorité » sont reconnus alors que les leurs ne le sont pas tel qu'il a été mentionné dans le verbatim de la participante 10 à la page 114 (P10, p.27).

Malgré l'absence d'informations sur le contexte du sentiment de rejet de ces IMV, on peut conclure de ces verbatim que les IMV ne sont pas convaincues qu'il y a équité en matière d'accès aux postes avancés de la hiérarchie institutionnelle. Elles considèrent que ce manque d'équité est la preuve qu'il y a une distinction qui constitue la barrière invisible qu'on peut qualifier de « glass ceiling » ou « plafond de verre » qui entrave leur mobilité verticale.

Cependant, une gestionnaire soutient que l'institution est flexible et donne à toutes les infirmières la chance de s'affirmer, de s'émanciper et de réussir :

Ici, il y a beaucoup de flexibilité, il y a beaucoup de mes gens qui sont allés à l'école qui étaient peut-être préposées avant, elles sont devenues IA ou IAA. Dans le cas ici, notre éducatrice qui était IA, était devenue éducatrice puis elle était médecin (dans son pays d'origine). Alors c'est juste pour montrer que c'est intéressant la dynamique, on a des gens qui, si on veut on peut monter les échelons, dépendant de leur intégration, de leur leadership et de leurs intérêts aussi (P4, p.15).

Cette gestionnaire nous explique que l'égalité des chances d'avancement dans les échelons est la même pour tout le monde et dépend des capacités d'intégration et de leadership de la personne.

Mobilité horizontale

Pour les IMV, il est rare de parler de promotion verticale. Elles sont surreprésentées dans les postes subalternes, peu visibles et sous représentées dans les postes de pouvoir. Dans le verbatim suivant, l'une des IMV nous laisse savoir qu'il y a une disparité quant à la distribution des postes. D'un côté on trouve les IMV aux postes de chevet, de l'autre, les infirmières blanches dans des postes de formation et d'éducation ce qui génère de la frustration du côté IMV :

J'ai beaucoup remarqué que les positions de jours, les infirmières qui travaillent comme, en enseignement, en éducation ou en développement de programme quelconque ou de projet quelconque pour les unités, il n'y a aucune personne de

minorités visibles, il n'y a aucune personne noire ou de couleur. C'est toujours des personnes blanches et puis donc ça vient créer une sorte de frustration ou une sorte d'inconfort dans le sens que si vous voyez que toutes les personnes qui travaillent sur les unités au chevet ne sont que des personnes noires ou de couleur et les personnes qui occupent les positions d'éducation, programme spécialisé en quelque chose, sont les personnes blanches (P9, p.3).

Une gestionnaire reconnaît que les IMV travaillent fort et valorise leur patience; elle reconnaît aussi qu'elles constituent la majorité des infirmières dans certains départements comme en gériatrie, mais ne fournit aucune explication quant à cette surreprésentation. Elle décrit ainsi le département de médecine :

C'est un département qui n'est pas facile. C'est un département avec beaucoup de gériatrie, beaucoup de démence, beaucoup d'Alzheimer, ça prend de la patience pour prendre soin de ce genre de patients, y a beaucoup de cloches, j'dirais qu'elles travaillent fort (P2, p.3).

Cette répartition des postes, selon une autre gestionnaire, n'est pas biaisée. Certains postes sont plus faciles que d'autres et certains postes présentent des risques lors de la prise d'une décision rapide. D'après cette gestionnaire, les IMV paraissent préférer des postes où il y a le minimum de risque et le moins de stress :

Il y a plus de non Caucasiennes en santé mentale, médecine-chirurgie, la même chose en gériatrie. Tous les autres départements, ce sont une spécialité où il y a plus de stress, c'est plus intense. Comme en maternité, il faut que tu décides vite, parce que les choses peuvent arriver vite. L'urgence, c'est la même chose. Soins intensifs, aussi. Ça prend une personnalité spéciale ah aussi pour les gens qui vont travailler dans des endroits comme ça parce que, ça prend quelqu'un qui aime l'adrénaline, qui aime le stress, qui aime les choses qui vont vite, qui doivent penser vite (P3, p.9).

Une IMV reprend les propos de la gestionnaire et cite les raisons qui la poussent à choisir de travailler dans le département de santé mentale :

Dans le département de santé mentale, la majorité des employés infirmiers ou infirmières sont de minorités visibles ...Donc moi en tant que personne de couleur, la raison pour laquelle je ne vais pas appliquer aux urgences ou aux soins intensifs ou chez « maman et bébés », c'est d'abord le fait je trouve que ça prend tellement de stress pour gérer des situations d'urgence. C'est trop stressant

à gérer, d'être sur mes nerfs. Je suis déjà obligée d'être sur mes nerfs pour démontrer mes capacités. Alors, ajouter une situation d'urgence à ça, ça prend de la nervosité. Donc ça demande de l'adrénaline pour gérer cette situation-là en tant que Noire (P9, p.12).

Une autre IMV raconte qu'elle a essayé, mais qu'elle a échoué. Elle croit que la gestionnaire l'a fait échouer parce qu'elle n'en voulait pas d'elle dans son département :

Ça sert à rien que je rentre de force, elle va juste me rendre la vie dure afin que je laisse tomber. Il y a certaines places dans l'institution qui sont réservées juste pour les (infirmières de la) majorité (P6, p.13).

Nous n'avons pas d'informations quant au contexte de l'échec de l'IMV; toutefois, cette dernière pense que son échec est lié à la discrimination et à l'exclusion.

Le français au chevet

La majorité des IMV, sinon toutes, sont francophones. La plupart travaillent à cette institution qui offre des services en français. C'est aussi un espace de vie pour les IMV où elles peuvent converser en français. L'institution est reconnue comme étant bilingue, multiculturelle où travaille un personnel issu d'une grande diversité ethnique. À une certaine période, il manquait beaucoup de personnel francophone et c'est pour cette raison qu'on a eu recours aux services des IMV. Comme le soutiennent plusieurs interviewées :

Il y a beaucoup de noires parce que premièrement, c'est francophone, la majorité des noirs qui sont là, le Français c'est leur première langue (P10, p.27).

Une autre souligne :

Ici à l'institution X, on n'a pas beaucoup d'Asiatiques parce que c'est francophone, eux autres, c'est plus anglophone, ici c'est plus la clique des Africaines et Haïtiennes (P1, p.16).

Une gestionnaire ajoute :

Ici à l'institution on a des Haïtiens, des gens du Maroc, de l'Algérie, on a des gens de l'Europe et puis l'institution X est reconnue comme un endroit francophone (P3, p.3).

Pour une autre participante, les IMV choisissent cette institution à cause de la langue :

Je suis d'une minorité visible dont la langue principale est le français. Souvent, les infirmières des minorités visibles sont très limitées en anglais alors eux-mêmes, elles n'ont pas l'option d'aller voir ailleurs. Alors, elles sont comme clouées à l'institution actuelle, parce que ce n'est pas une option pour elles d'aller voir ailleurs, elles se résignent à rester à cette institution (P6, p.5).

L'une des IMV s'identifiant comme bilingue avait demandé d'être orientée au triage de l'unité des naissances, elle soutient que sa demande a été refusée par sa gestionnaire :

J'ai demandé d'être orientée au triage, ma gestionnaire m'a dit, oh tu n'es pas assez bilingue ... Je suis capable de fonctionner en anglais, pas aussi efficacement comme elles (les blanches) qui ont vécu dans cette langue depuis leur naissance, mais le peu que je connais me permet de fonctionner, de parler, de communiquer avec les patients, de faire toutes mes affaires, et si j'ai une patiente anglophone, je fonctionne en anglais jusqu'à la fin (P12, p5).

L'IMV paraît contester le refus de la gestionnaire, mais il reste à savoir si une connaissance limitée en anglais peut répondre aux exigences linguistiques de cette unité. Il est donc probable qu'une insuffisance de compétence linguistique contribue à la stagnation des IMV aux postes de chevet.

Mobilité verticale

Selon les participantes et selon nos observations dans le milieu de recherche, les positions avancées dans la hiérarchie organisationnelle demeurent la prérogative des infirmières blanches qui ont les postes les plus influents. Les IMV se sentent cantonnées dans des postes subalternes :

J'ai remarqué qu'il y avait beaucoup d'infirmières noires, mais j'ai pas vu beaucoup de gestionnaires noires donc j'ai demandé aux amies, mais qu'est-ce qui se passe, je ne comprends pas, il a une raison pour laquelle il n'y a pas de gestionnaires noires. Sur certaines unités, il y a comme quatre-vingt-dix pour cent d'infirmières noires, mais il n'y a pas de gestionnaires noires. Tout le monde me dit non, c'est comme ça à l'institution X. (P7, p.1).

Comme le font la plupart des membres de son endogroupe, cette IMV se demande la raison derrière leur sous-représentation dans les postes de gestion. Une des participantes croit que présentement, il n'est pas possible de changer cette tendance :

Mon but ce n'est pas de rester au chevet, ça c'est sûr. Mon but c'est d'aller plus haut et d'occuper des postes plus hauts et monter au niveau de l'échelle de l'institution. Actuellement, ce n'est pas possible, peut-être dans le futur les choses peuvent changer. Présentement, je vois que ce n'est pas possible (P6, p.3).

Une IMV mentionne les difficultés qu'elles rencontrent quand elles accèdent à un poste aux soins intensifs, considéré comme une spécialité :

Les soins intensifs sont considérés comme une spécialité où les noirs n'ont pas d'accès. Les (infirmières) blanches lorsqu'elles savent que tu ne maîtrises pas encore la routine ... la routine, ça change d'une unité à l'autre, elles vont dire t'as pas de compétences. T'es pas capable de travailler là. Alors lorsque c'est une blanche qui arrive, on va lui montrer comment les choses se font ici (P10, p.17).

Cette IMV considère que le manque de soutien de leurs paires blanches est l'une des causes qui les éloignent des postes avancés. Cette affirmation est soutenue par l'une de ses collègues :

Certaines places à l'institution sont réservées juste pour la majorité ... j'ai des amies qui ont été aux soins intensifs, elles ne sont même pas restées longtemps, parce que quand tu accèdes à ces postes pour un certain temps, tout ce que tu peux faire c'est revenir à ton poste (initial). On dirait qu'elles étaient persécutées ... personnellement, je sais que les postes où est-ce qu'il ne faut pas aller à l'institution X c'est à l'urgence (P6, p.13).

Les IMV perçoivent qu'elles ne sont pas les bienvenues dans des postes avancés en tant que chef d'équipe ou en tant que gestionnaire. En l'absence d'informations sur le contexte de leur échec, nous ne pouvons justifier si c'est par manque de compétences ou pour toute autre raison.

Stratification

Les IMV croient qu'il y a une politique de stratification par l'origine ethnique qui les cantonne dans des postes moins favorisés, comme le montre cette affirmation :

Ici, il n'y a pas beaucoup de minorités visibles à l'urgence, en maternité il y a très peu, aux soins d'intensifs presque pas (P11, p.9).

Une autre IMV insiste sur le fait qu'il y en a qui sont compétentes et intelligentes et se demande pourquoi elles ne se trouvent pas dans des unités spécialisées :

Je pense qu'il y en a, quand même, des minorités visibles qui sont capables puis qui ont toutes les compétences nécessaires pour travailler à l'urgence, aux soins intensifs ou n'importe où, comme tout le monde, elles sont intelligentes, mais pourquoi elles n'y sont pas là? (P1, p.11).

Les IMV ne comprennent pas pourquoi elles sont sous-représentées dans les unités spécialisées. De plus, elles croient que l'ethnicité et l'appartenance aux minorités visibles font partie de cette dynamique de stratification et représentent un obstacle dans leur trajectoire de carrière.

Pour certaines IMV, la stratification renvoie aux processus d'exclusion dans les postes comme le ressent cette IMV :

Une fois que tu es là-bas tu es toute seule, t'es isolée de toutes les autres minorités puis que tu es la seule minoritaire parmi toutes les blanches alors t'es encore plus à la loupe que sur le plancher. Alors, pourquoi aller là-bas? (P6, p.14).

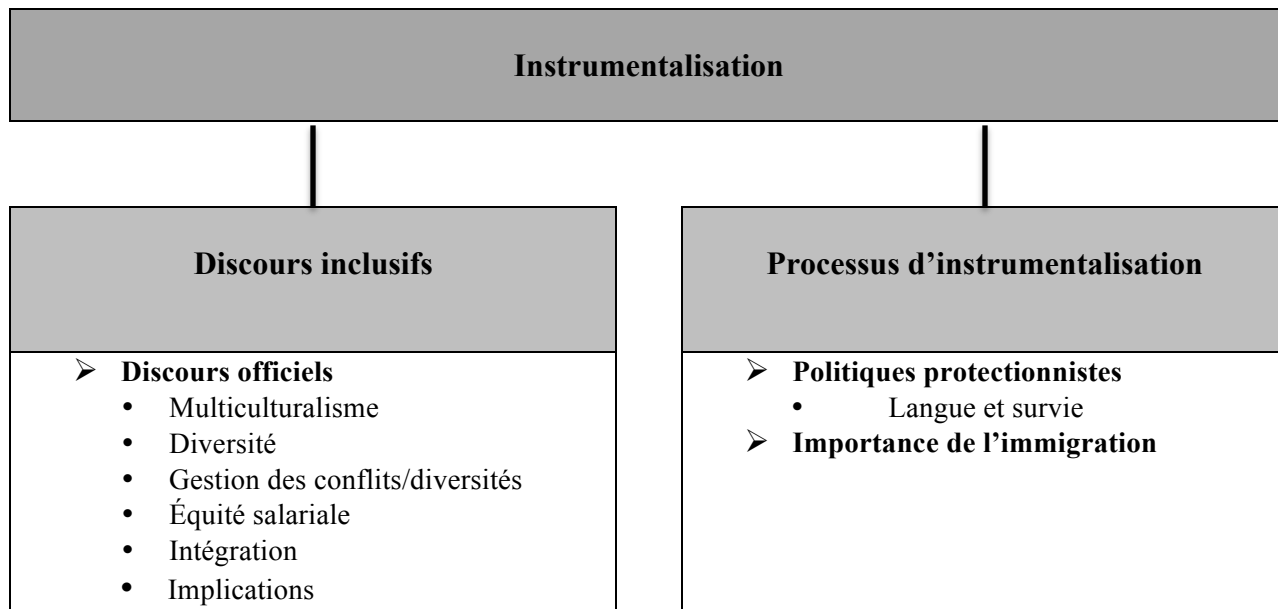
Cet extrait exprime le sentiment de peur éprouvé par l'IMV; peur de se retrouver seule, peur de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités. L'ethnicité et les marqueurs phénotypiques sont des variables influentes et les IMV croient qu'elles peuvent contribuer à leur exclusion dans l'accession aux postes de pouvoir.

Le premier thème de cette analyse a été consacré à l'embauche et à la promotion, et le deuxième traitera du processus de l'instrumentalisation.

5.2 Instrumentalisation

Le deuxième thème identifié lors de l'analyse est l'instrumentalisation, et nous l'avons divisé en deux catégories, à savoir le discours inclusif et le processus d'instrumentalisation. Le tableau ci-dessous montre ses composantes. À l'intérieur de ce thème, nous analyserons le discours sociopolitique institutionnel autour de l'intégration, de l'insertion et de l'inclusion des IMV, après quoi nous analyserons le processus d'instrumentalisation.

Figure 5.4 : Thème 2 - Instrumentalisation



Dans les années 1990, certaines institutions de la région ont connu une période difficile; elles se sont battues pour obtenir un statut de service bilingue. L'institution, objet de notre recherche, manquait d'infirmières francophones pour assurer des services à sa clientèle dans les deux langues officielles et a dû recruter un grand nombre d'infirmières issues des minorités visibles pour combler ce manque.

Ces IMV se sont retrouvées en majeure partie dans les soins au chevet parce qu'on avait besoin d'elles pour offrir des services en français. On peut se demander si cette instrumentalisation des IMV ne ferait pas d'elles des victimes en regard à leur écartement des postes de responsabilité; or beaucoup d'entre elles, comme on va le voir, sont contentes d'avoir un emploi où elles ont la chance de répondre à leurs besoins financiers, familiaux, voire sociaux.

5.2.1 Discours inclusifs

L'adoption de la Charte constitutionnelle de 1983 constitue la pierre angulaire dans la politique canadienne afin de dépister les injustices et faire reconnaître la différence entre les diverses

communautés qui forment la mosaïque ethnoculturelle de notre pays. Cette politique de reconnaissance de la différence a comme finalité la neutralisation de l'arbitraire et de l'exclusion et la restauration de l'équité envers les communautés porteuses du poids des stigmates, de l'exclusion et de la racialisation. C'est dans cet esprit que l'institution, objet de notre recherche, a adopté une nouvelle philosophie qui accorde une importance primordiale aux principes d'égalité des chances, de transparence, d'équité et de la responsabilisation pour lutter contre toute forme d'exclusion de groupes faisant partie de son personnel.

Une gestionnaire, dans l'extrait suivant, confirme la politique d'égalité des chances adoptée par l'institution :

Tout le monde a sa chance avec l'expérience, avec les diplômés, tout le monde à une chance égale (P2. p.1).

Cette politique d'inclusion encourage toute personne ou groupe du personnel à participer activement à l'amélioration des soins et à faire reconnaître leurs contributions. L'inclusion implique également l'accès à la formation, comme le souligne cette gestionnaire :

À cette institution, c'est plus une institution d'apprentissage, on peut grandir dans l'organisation, il y a énormément de formation continue (P2, p.2).

Une gestionnaire exprime ses valeurs d'équité, de justice et de transparence qui reflètent cette philosophie d'inclusion de toutes les infirmières, peu importe leur origine ethnoculturelle :

Mes valeurs comme gestionnaire c'est la transparence, juste, égale avec tout le monde (P4, p.10).

Quant à celle-là, la transparence lors des entrevues est une preuve d'impartialité :

vous avez les diplômés, les papiers, les compétences, on va passer une interview et ensuite c'est « fair game »...c'est à l'organisation aussi de prouver que le processus est standard pour tous, que c'est un processus égalitaire donc c'est sur papier on rentre, on check les critères, quels critères sont remplis, lesquels ne le sont pas puis, ensuite on passe à la deuxième étape pour les entrevues comme on fait avec les embauches d'infirmières, c'est de démontrer cette standardisation-là, cette rigueur dans le processus, c'est des preuves à l'appui (P2, p.2).

Une autre gestionnaire soutient que la séniorité est l'élément critique dans le processus de promotion; si tous les autres critères sont remplis, la séniorité demeure un élément décisif et donne la priorité à l'infirmière, quelle que soit sa culture :

Si la personne qui a plus de séniorité est d'une culture, autre culture (que la culture des blanches), c'est elle qui va avoir la position (P3, p.4).

Enfin, cette gestionnaire veut attirer notre attention sur l'ouverture d'esprit qui règne au sein de l'institution du fait qu'on traite tout le monde sur le même pied d'égalité :

À cette institution, on est quand même très ouverts d'esprit (P2, p.1).

Les verbatim qu'on vient de citer illustrent clairement les lignes directrices et le discours officiel de l'institution à savoir, l'intérêt qu'elle accorde à la diversité et au multiculturalisme en général, à l'émancipation et à la reconnaissance des IMV comme faisant partie intégrale de son personnel.

5.2.1.1 Discours officiels

En analysant les verbatim des gestionnaires, on peut déduire que la politique de l'institution en matière de perspective de carrière des infirmières dépend du potentiel de chacune d'elle et que l'institution détecte les plus compétentes pour les accompagner dans leur évolution et les guider dans les nouveaux postes de gestion. Son système de promotion obéit à des règles précises caractérisées par des outils spécifiques, transparents et équitables. Cette politique se veut une forme de reconnaissance, de gratification et de valorisation des meilleurs éléments, peu importe leur appartenance ethnique, raciale ou religieuse. La sélection des candidats pour les postes de gestionnaires s'effectue par des techniques de reconnaissance des compétences et l'évaluation du savoir-faire et du savoir-être :

On a des critères très spécifiques et puis peu importe si la personne, homme, femme, culture de, asiatique ou arabe ou africaine ou haïtienne s'ils rencontrent

les critères et puis tout dépendant aussi avec l'entrevue alors la porte est ouverte à tout le monde (P3, p.1).

Selon les gestionnaires, la mise en œuvre du système de promotion exige qu'on procède à des évaluations formelles et informelles du rendement qui permettent de détecter les infirmières les plus performantes, afin de les encourager à postuler sur des postes comportant de plus grandes responsabilités. Dans le verbatim suivant, une gestionnaire manifeste ses encouragements aux IMV :

C'est vraiment d'aller motiver les minorités visibles, vous êtes capables, mettons pour être chef d'équipe ... il faut quasiment les supplier. Tu sais, t'es capable même si tu fais une erreur c'est pas grave tu vas apprendre de cette erreur-là puis tu vas aller de l'avant (P1, p.13).

Une IMV affirme avoir connu une infirmière de son groupe, qui était médecin dans son pays d'origine et qui a suivi des cours d'infirmière praticienne. Cette infirmière, selon l'IMV, avait appliqué pour un poste de gestionnaire qui lui a été refusé alors qu'il a été accordé une infirmière qui venait de finir le collège :

Je connais quelqu'un, je pense qu'elle faisait son cours de praticienne qui a appliqué pour un poste de gestionnaire c'est quelqu'un qui a été médecin (dans son pays d'origine) et elle est forte comme tout, on lui a refusé le poste de gestionnaire et on l'a donné à quelqu'un, qui a fini le collège. P11, p.8).

Par ce verbatim, l'IMV semble remettre en question le principe d'égalité des chances.

Multiculturalisme

Il est utile de rappeler qu'en 1971, la Chambre des communes avait adopté un texte qualifiant le Canada comme un pays multiculturaliste signifiant ainsi qu'il n'y avait pas de culture majoritaire. Cette décision avait suscité un intérêt grandissant pour les minorités ethnoculturelles et des recherches avaient mis l'accent sur l'importance de leur représentation sur le plan social, économique et politique. Cela a favorisé une augmentation dans diverses institutions de la représentation des groupes ethniques qui dans le passé étaient marginalisés.

Notre analyse montre que du point de vue des IMV rencontrées, l'application de la politique du multiculturalisme par l'institution, ne rencontre pas leurs aspirations à des postes de gestion. Elles croient que l'institution doit prendre plus d'initiatives qui leur permettent d'être plus représentées à ces postes. Une IMV ne cesse de se demander comment vivre constamment minorisées, ignorées, mise à l'écart des promotions, elle décide de quitter l'institution pour continuer ses études :

Je trouve, la meilleure des solutions pour moi c'est aller faire plus d'études et juste quitter le milieu parce que je ne vois pas d'autres issues. Je suis quelqu'un de très motivée, je suis fonceuse (P6, p.3).

L'une d'elles a raconté qu'un jour, elles (IMV) avaient décidé de présenter une pétition à l'administration dans laquelle elles manifestaient leur opposition à leurs charges de travail qu'elles jugeaient très lourdes. Elles s'étaient toutes mises d'accord sur la pertinence de l'action, mais, au moment de la signature, beaucoup d'entre elles se sont désistées par peur de perdre leur emploi :

Elles étaient d'accord pour le faire, mais quand c'est arrivé pour qu'elles signent Elles n'ont pas signé parce que c'est comme si elles avaient peur, elles se disent qu'elles vont perdre leur boulot ou je sais pas, ou elles vont avoir des représailles si elles font quelque chose comme ça (P7, p.4).

Dans de nombreux pays, des programmes de « discrimination positive » ont été mis en place afin de rééquilibrer les relations de pouvoir et de garantir la justice et l'équité aux citoyens. Ces programmes garantissent un certain avantage aux personnes victimes de discriminations systémiques à caractère racial ou autre. Au Canada, ces programmes se sont concrétisés par l'instauration de mesures préférentielles d'accès à l'égalité pour les minorités visibles, surtout en matière d'emploi. Les entrevues que nous avons eues avec certaines IMV laissent entendre que la distribution équitable des postes de gestions demeure problématique car cela dépend des connexions et de l'étendue du réseau social comme le raconte cette IMV:

Ce que moi j'ai vu et j'ai observé, ça va par des connexions et des connaissances (P1, p.2).

Une des IMV croit qu'une « action positive » serait une bonne solution à leur sous-représentation dans les postes de gestion :

Ça serait bien de dire okay, au niveau cadre on a vingt-cinq postes, alors en ces vingt-cinq on aimerait que cinq soient occupés par des minorités visibles, puis on va privilégier ces cinq minorités visibles. Je pense ça aiderait à ce que les minorités visibles soient représentées un peu partout dans la hiérarchie (P6, p. 18).

Certaines IMV ont ainsi exprimé le besoin de satisfaire leurs aspirations professionnelles en accédant à des postes avancés ce qui leur permettrait une meilleure représentation dans la hiérarchie institutionnelle.

Diversité

Que ce soit un hôpital, une maison de retraite pour personnes âgées ou une clinique, aucun établissement du système de santé ne peut se passer de minorités visibles au registre de son personnel. Sans cette source de main-d'œuvre importante, les établissements de santé connaîtraient une pénurie qui mettrait en jeu la qualité de leurs services. D'où la nécessité de tout mettre en œuvre pour assurer une cohabitation harmonieuse entre les différentes catégories du personnel au service de l'institution et de favoriser un environnement de travail où tout le personnel peut renforcer ses aptitudes, développer son potentiel et améliorer ses compétences.

La diversité au sein de l'institution, objet de notre recherche, est une réalité importante. Elle désigne une variété de profils humains liée au pays d'origine, aux cultures et aux compétences.

Une des gestionnaires souligne qu'il y a une importante diversité de personnel employé à l'institution :

On a un pourcentage élevé de gens qui ne sont pas de race caucasienne, alors je crois que nous autres, on a un pourcentage qui est probablement beaucoup plus élevé que d'autres institutions ici dans la région (ontarienne) (P3, p.1).

L'institution emploie un personnel francophone et bilingue diversifié socialement et culturellement et lui offre des opportunités d'emploi et de carrière en lien avec ses compétences et aspirations dans le respect de l'égalité des chances et de traitement; ses valeurs institutionnelles lui dictent de lutter contre toute forme de discrimination. Cette diversité constitue une ressource qui permet à l'institution d'offrir des services en français à la communauté franco-ontarienne.

Gestion des conflits/diversités

Dans cette institution de santé où le personnel est diversifié et hétérogène, on a pu noter un mécanisme de défense identitaire développé par les IMV, comme on a pu observer comment le groupe culturel dominant (gestionnaires et infirmières blanches) développe à son tour des réflexes sécuritaires et de puissants mécanismes de défense qui se manifestent par des sentiments négatifs rapportés par les IMV. Dans cette hétérogénéité, le groupe culturel dominant est confronté à des comportements qu'il ne comprend pas et c'est dans les interactions quotidiennes qu'il entre en dissonance avec des réalités culturelles inconnues :

J'ai eu des fois des conversations avec des infirmières, des femmes immigrées qui ont un ton sec, non je ne parle pas comme ça, toc, toc, comme très sec puis un accent fort puis souvent les patients portaient plaintes en disant ça parle dure, ça parle raide aux gens ... je leur disais (aux IMV) viens t'asseoir avec moi pour écouter le message, on va écouter ton message ensemble pas pour t'intimider juste toi et moi on va l'écouter ... voici ce que les gens entendent puis quand l'IMV entendait sa voix elle disait ah oui je parle comme ça? Je disais oui alors c'est pas que, le message est mauvais c'est le ton, l'intonation puis, le sec que ça fait ressortir que t'es fâchée, mais on sait que tu n'es pas fâchée, mais quand on écoute ton message ça sonne fâché (P4, p.11).

Cette réalité a été confirmée par une autre gestionnaire :

Il faut être très, très spécifique avec eux (les IMV). On leur dit ben! cette journée-là ton timbre de voix a augmenté à cause que tu n'étais pas contente de ton assignation. Alors, si on regarde avec les normes y a des normes qui disent comment gérer les conflits alors on leur donne du travail, vous devez lire vos normes, vous devez les comprendre (P3, p.11).

Pour la gestionnaire, parler sur un ton élevé et sec est une infraction au code d'éthique et peut être considéré comme une forme de violence. Du côté de l'IMV, on peut la concevoir comme une réaction défensive intuitive; ajouter un client de plus à sa charge de travail peut être considéré par elle (IMV) comme une forme de violence. Ainsi, dans une institution où travaille un personnel hétérogène peuvent surgir des contraintes, des malaises, et des comportements provoquant des réactions de défense par des employés dont les cultures sont différentes.

Équité salariale

L'article 11 de la loi canadienne sur les droits de la personne stipule explicitement que l'égalité entre tous les citoyens est un principe de la société canadienne et que l'équité salariale est un droit fondamental de la personne. Cette équité est connue comme étant le principe du salaire égal pour un travail de valeur égale ou comparable; autrement dit, une infirmière ou infirmier, quelles que soient son appartenance ou son origine ethnique, reçoit le même salaire pour le même travail fourni. Le concept de parité des salaires vise les formes directes de discrimination salariale en empêchant les employeurs d'établir une distinction en matière de salaires versés aux employés qui font le même travail, mais sous des titres différents (par ex., préposé aux soins et aide infirmière). La plupart des codes du travail aux niveaux provincial et fédéral comprennent des dispositions relatives à la parité des salaires. On entend par salaire toutes les formes de rémunération; le salaire, les indemnités de vacances, les primes, les contributions aux régimes de pension et toute autre contribution aux régimes d'assurances ou avantages sociaux offerts par l'institution. Dans l'extrait suivant, une gestionnaire appuie l'équité salariale pour l'ensemble du personnel :

Au niveau salaire, c'est pas parce que t'es non caucasien que tu as a un salaire plus bas c'est pas le cas-là. Les salaires sont exactement les mêmes que tu sois caucasien ou non caucasien. Il y a des salaires que si ça fait un an d'expérience que tu as comme gestionnaire tout dépend, si tu as dix ans ils vont probablement te commencer au premier échelon ou deuxième échelon, mais si tu es une

personne qui n'a aucune expérience comme gestionnaire ils sont obligés de commencer au premier échelon. Oui, ils peuvent peut-être jouer avec le nombre de vacances par année, mais les salaires, les salaires c'est standardisé avec tout le monde (P3, p.7).

La rémunération croît avec la promotion, qui est considérée comme un développement de carrière, et dont le succès se traduit par l'augmentation de salaire, un critère observable. Comme on l'a vu, les IMV croient que leur chance de la promotion est limitée et elles disent rester cantonnées dans une gamme restreinte de positions et de responsabilités, ce qui explique, selon elles, les inégalités salariales par rapport à leurs collègues blanches. Plus une infirmière monte dans la hiérarchie, plus sa rémunération augmente et plus les écarts entre infirmières sont élevés. Un des facteurs qu'on peut imputer à l'inégalité salariale c'est la sous valorisation des positions occupées par les IMV. Une infirmière qui travaille en psychiatrie en service de nuit raconte :

Une autre chose que j'ai beaucoup remarquée c'est que les, les positions de jour comme les infirmières qui travaillent comme, en enseignement, en éducation ou en développement de programme quelconque ou de projet quelconque pour les unités, il n'y en a aucune personne des minorités visibles, il n'y a aucune personne de race noire ou autre. Mais c'est toujours des personnes de couleur blanche et puis donc ça vient créer une sorte de frustration ou d'inconfort, une sorte d'inconfort dans le sens que si vous voyez que toutes les personnes qui travaillent sur les unités au chevet sont que des personnes de couleur noire ou de couleur et les personnes qui, qui occupent les positions d'éducation, programme spécialisé en quelque chose, sont les autres personnes, sont les personnes blanches, ça veut dire que ben peut-être les personnes de couleur noire ne sont pas aptes à faire, ou elles sont, elles ont été jugées inapte à l'avance à faire quelque chose d'aussi valorisant (P9, p.3).

Les conditions de travail difficiles à supporter telles que les tâches alourdies auprès de personnes violentes, désorientées, psychotiques, le travail de nuit et de fin de semaine ont des effets à long terme sur la santé, sur la qualité du sommeil et génèrent du stress. Ces conditions de travail sont « normales » dans certaines unités, et les IMV sont conscientes que cela fait partie de leur travail et qu'aucune compensation salariale n'est prévue à part les primes allouées au travail de nuit et

des fins de semaines. Certaines IMV voient en cette « normalisation » de leurs conditions de travail un désavantage comparé à celles de leurs collègues blanches. Elles croient qu'elles occupent des postes dévalorisés, ce qui décourage cette IMV qui se sent impuissante pour obtenir un poste de responsabilité qui va augmenter son salaire :

Je veux dire que pouvoir travailler d'une façon, du lundi au vendredi c'est un privilège, mais surtout pouvoir être dans un bureau c'est aussi valorisant parce que travailler au chevet debout et puis dans les conditions qui ne sont pas toujours intéressantes, dans les conditions où il manque souvent du personnel, dans des conditions où il manque souvent du matériel ou en tout cas des situations difficiles. Donc je trouve que cette position de privilège là, on voit bien que, oui on est les moins favorisés à ce niveau, je me sens que, c'est une des raisons pour laquelle, moi quand j'ai eu une année, deux années d'expériences à cette institution, je me suis dit « too bad », je ne vais pas me tuer ici parce que je serais jamais à un niveau, j'aurais jamais un bureau (P9, p.3).

Alors que l'égalité salariale porte sur les rémunérations, cette IMV donne une importance majeure aux conditions de travail.

Intégration

L'intégration des IMV dans l'institution hospitalière, objet de notre recherche, est liée au type de postes qu'elles occupent. Les postes où les IMV se retrouvent le moins représentées sont les postes de gestion. Dans un poste où l'apparence a des incidences sur la qualité du service, une institution de soins préfère embaucher une infirmière qui sera plus susceptible de faire bonne impression aux patients et à ses subordonnées. L'apparence, que ce soit pour une IMV ou une Caucasienne, peut avoir un impact direct sur le succès de carrière. Le langage corporel, la tenue vestimentaire, les indices vocaux sont des facteurs signifiants qui peuvent contribuer positivement ou négativement à l'intégration d'une personne dans un groupe. Les attributs vocaux, par exemple, comme le volume, le débit, l'articulation peuvent être perçus comme des messages à interpréter par l'interlocuteur. Une gestionnaire soutient que les IMV élèvent souvent le ton lors de leurs conversations :

Je sais, il y a eu des difficultés sur certaines unités avec les non-Caucasiennes, avec la culture africaine et puis la culture haïtienne. Il est arrivé, à un moment donné, les gens se chicanent (P3, p.10).

Ainsi, pour l'institution, l'apparence et les compétences en communication peuvent avoir un impact sur le choix du candidat à l'embauche. Les attitudes et comportements culturels différents peuvent causer des obstacles à l'intégration des IMV tout comme ils peuvent être à l'origine de leur stigmatisation et de leur disqualification. Selon elles, tantôt elles perçoivent que leurs différences peuvent nuire à leur accès aux postes avancés. L'IMV suivante croit que l'effet culturel de nonchalance contribue à l'échec des IMV à accéder aux postes de responsabilité :

En tant que minorités visibles, on a un travail très dur à faire, pour les mêmes raisons ils (la direction) ne voudraient pas nous prendre, tu sais? Les Noirs, on pense qu'on a trop de nonchalance. Même quand on va la prendre (l'IMV), après le travail ne va pas être bien fait. Donc, déjà là, elle sera éliminée, disqualifiée (P1, p.12).

Tantôt cette différence culturelle les sert, dépendamment des besoins de l'institution, notamment en tant que main d'œuvre qu'on peut instrumentaliser. Cette IMV voit en leur différence un outil exploité par l'institution; quand celle-ci avait besoin d'infirmières francophones, elles avaient été recrutées en grand nombre :

Il y a quelques années ... on avait besoin d'infirmières francophones. Puis, maintenant, cette même institution ne veut pas embaucher des personnes de couleurs qui ne parlent pas bien l'anglais (P10, p.24).

D'autre part, le comportement qualifié de nonchalance expose les IMV à être considérées comme un partenaire « nuisible » à la réalisation de la mission institutionnelle. Une ancienne IMV qui a acquis une longue expérience à l'institution et qui remplace temporairement des gestionnaires et des chefs d'équipe raconte les difficultés d'intégration qu'elle rencontre même au sein de son propre groupe d'appartenance :

Chef d'équipe, il y a des années que je le fais, avec un groupe de Canadiens, aucun problème, je vais les appeler pour faire telle chose, peux-tu aller aider

telle personne, tu sais, oui, ah ben oui, on va y aller (nom de l'IMV), mais les autres (IMV), c'est comme...oh « my god! » c'est la guerre. Ça revient tous les jours, tu prends un autre groupe (autre que les IMV), tu dis, regarde il manque une infirmière, je vais être obligée de redistribuer les chambres, elles disent OK., je vais vous donner un patient, deux patients, ah, c'est OK.! (nom de l'IMV) on va faire ce qu'on peut. Mais avec les autres (IMV), c'est comme non! Ne m'en parlez pas, elles résistent ... elles commencent à crier, à me dire des choses. C'est dur. Je ne peux rien changer. Il y a beaucoup de monde qui me disent, comment tu fais pour prendre des postes de même (nom de l'IMV), tu vas drainer (P5, p.5).

Cette participante soutient que les infirmières de la majorité démontrent plus de flexibilités que leurs pairs IMV lors des changements dans les assignations des tâches.

Implication

L'implication dans le contexte de notre recherche signifie une relation de loyauté entre les infirmières et l'institution qui les emploie. Elle signifie aussi que les infirmières acceptent les buts et les valeurs de leur institution. D'après nos entrevues, peu d'IMV ont démontré une implication affective envers leur institution. Elles ont affirmé que les conditions ne sont pas propices à faire preuve davantage d'implication dans les stratégies d'amélioration des soins vu qu'elles sont désavantagées au niveau de traitements qui leur sont réservés. Une IMV l'a exprimé dans ses mots :

Les gens (IMV) ne s'impliquent pas oui, je pense, si elles sont désintéressées c'est à cause de tout, désintéressé à force des traitements qu'elles subissent, je suppose oui. Parce qu'il y a beaucoup d'injustice. À force de voir des injustices, tu veux plus t'impliquer à quoi que ce soit (P6, p.5).

Du côté des gestionnaires, l'une d'elles raconte que des efforts ont été fournis pour impliquer les IMV davantage dans l'amélioration des soins, mais que ces dernières n'ont démontré aucun signe d'intérêt :

Pour nous, ce sont les gens qui ont l'intérêt d'avancement, ce sont des gens qui ont l'intérêt ... et veulent améliorer le sort de l'institution, alors ils vont appliquer pour participer aux programmes (P3, p.8).

Mais dans un autre verbatim, la même gestionnaire souligne qu'elle cherche à inciter les IMV à s'impliquer davantage dans des projets pour améliorer les soins :

Si les personnes (IMV) qui ne demandent pas à être impliquées, alors nous on dit ben probablement qu'on devrait aller leur parler. Alors, on dit bon on a trouvé que tu es une personne qui a beaucoup de leadership, tu es respecté de tes collègues au niveau professionnel, est-ce que tu serais intéressé à faire partie d'un comité, comme le comité des chutes (P3, p.8).

Une IMV, elle, croit que leur manque d'implication est dû à une peur de « souffrance » émotionnelle qui peut résulter d'une différence de traitement :

On dirait qu'on a peur, on a peur de tout, de se lancer dans un poste supérieur. On a peur (de la déception) de l'échec. Je savais que ces gens (les caucasiennes) n'allaient pas m'accepter, des choses comme ça. Mais nous aussi, on s'ajoute cette barrière d'avoir peur. D'avoir peur d'affronter cette histoire si ça ne marche pas. Mais je pense que cette peur a été créée par eux (les Caucasiennes). Parce que eux, toujours nous ont fait savoir que oui, on fait pas bien (les choses), qu'on ne fait pas d'efforts extra, qu'on n'est pas meilleur qu'eux autres (P12. p.10).

Ce verbatim reflète la perception de l'IMV quant aux conditions de son implication dans son milieu de travail, mais cela ne justifie pas la décision de se retirer de participer aux activités susceptibles d'augmenter son capital en matière de connaissances. Par contre, nous n'avons relevé aucune citation d'IMV qui mentionne leur rejet de participation à un comité. Une autre IMV a reconnu qu'il est rare de voir les membres de son groupe participer à des conférences :

J'ai été à des conférences une couple de fois, dans une conférence sur les cultures, seulement moi et une autre noire étaient présentes, les autres c'est toutes des blanches qui veulent apprendre (P5, p.11).

Elle ajoute par la suite :

C'est les blanches qui veulent apprendre, parce que pour eux autres c'est nouveau, toute cette immigration-là, il faut apprendre. Il y en a qui sont plus ouverts, il y en a qui sont moins ouverts, puis tu vas le ressentir aussi (P5, p.12).

Une autre IMV reproche aux membres de son groupe de se faire victimiser, et de ne pas travailler davantage pour changer la situation :

C'est ça leur mentalité, c'est difficile de faire comprendre à ces gens-là (IMV) qu'il faut qu'on pousse pour changer la situation parce qu'elles ont tellement été victimes qu'elles se disent okay moi je vais juste faire mon travail et je rentre chez moi, c'est tout (P8, p.2).

Ainsi, certaines IMV croient qu'il ne suffit pas de se faire victimiser, de se résigner, mais de faire de son mieux pour prouver ses compétences, comme le souligne cette IMV :

La mentalité, est-ce qu'on va la changer de part et d'autre, de la part des minorités visibles et de la part de blancs? Je sais pas, peut-être pas, mais moi, mon conseil (à l'IMV) : fais attention, donne ton maximum, donne ton cent, deux cents pour cent, donne-le, fait de sorte qu'il n'y ait pas d'erreur, mais si ça arrive okay, c'est peut-être pas grave. Est-ce qu'on fait jamais d'erreur, j'en ai fait, pourtant, les blanches, on m'a supporté. S'il y a une erreur qui s'est faite. Il y a cent autres bonnes choses qui ont été faites. Vous comprenez? Moi, je pense, au travail si on ne peut pas contrôler l'extérieur il faut se contrôler soi-même (P1, p.13).

L'IMV donne conseil aux membres de son groupe de s'impliquer davantage et de donner le meilleur de soi-même pour améliorer sa performance.

5.2.2 Processus d'instrumentalisation

L'instrumentalisation des IMV aux fins de la réduction de la pénurie et du manque d'infirmières francophones était nécessaire dans le temps où le sort de cette institution à statut bilingue était mis en question. Les IMV voient que cette instrumentalisation est cruciale, sans elles l'institution ne pourrait être considérée comme bilingue.

L'institution qui a été la cible de notre recherche offre des services de soins de santé dans les deux langues officielles, pour cette raison on doit embaucher des infirmières francophones.

Certaines IMV ont exprimé un sentiment d'injustice quand il s'agit de combler un poste de chef d'équipe sur une unité où les IMV sont majoritaires, car ce poste est souvent octroyé à une blanche. Elles se sentent instrumentalisées par leur institution et réduites à un outil de remplacement pour combler le vide, un « bouche-trou » comme l'a raconté cette IMV :

Quand ils ont affiché le poste, ils l'ont affiché temporairement, on sait pourquoi ça a été affiché temporairement, parce que la chef d'équipe qui occupait le poste a été sur un autre plancher, elle a été gestionnaire temporairement sur un autre plancher. Alors, au lieu d'afficher son poste pour le donner à quelqu'un d'autre, ils l'ont juste mis temporaire parce techniquement, le poste lui est dédié sans qu'elle ait passé d'entrevue. C'est comme s'ils cherchent un bouche-trou juste en attendant qu'elle revienne...ç'est juste décourageant parce que tu sais tu vas y aller la remplacer, après tu vas retourner au chevet, c'est juste, c'est comme tu prends un pas en avant et tu recules encore deux autres (P6, p.4).

Une autre IMV croit que le pouvoir décisionnel des gestionnaires est à la base de la sous-représentation des IMV aux sphères supérieures du pouvoir organisationnel :

Le problème n'est pas dans les minorités visibles, c'est un problème systémique. C'est le système, puis c'est comme à chaque poste qui a un petit privilège, les noirs ne vont pas l'avoir. (P10, p.33).

L'IMV suggère que des obstacles systémiques s'imposent dans l'institution et nuisent à l'ascension des IMV vers les postes de prestiges.

5.2.2.1 Politique protectionniste

La stratégie discriminatoire de catégoriser un groupe de personne selon leur couleur de peau et d'affirmer que les membres de ce groupe partagent les mêmes caractéristiques physiques et comportementales est scientifiquement fausse. Cependant, cette stratégie peut être considérée comme une forme de politique protectionniste, une expression de la loi du plus fort, à l'origine des critères invisibles dans le processus de sélection et d'embauche qui favorise arbitrairement certaines infirmières aux dépens d'autres. Elle est aussi un enjeu culturel et politique, car elle risque de favoriser le refus de la différence. La non-reconnaissance des qualifications antérieures et les politiques de deux poids deux mesures pour les IMV, par exemple, est une des limites susceptibles d'être imposée par les institutions de santé :

L'affaire qui arrive lorsque t'es noir, tu travailles à (nom de l'institution), ils savent que t'as l'expérience, ils savent que t'as les connaissances, ils vont jamais la valider. Dans le sens qu'ils vont prendre une blanche qui arrive, qui n'a

aucune expérience, qui n'a absolument pas de connaissances, ils vont la mettre comme chef d'équipe (P10, p.24).

Cette infirmière soutient que les IMV ont moins de chances à la promotion que leurs pairs blanches. De ce verbatim on peut analyser la perception de l'IMV sur les rapports sociaux au sein de l'institution qui accorde un traitement, à priori formellement égalitaire, mais recourt à des critères de sélection qui assurent le maintien de l'inégalité. Cette politique inégalitaire, aux yeux de l'IMV, n'est qu'un des effets des politiques protectionnistes en matière de promotion et d'avancement de carrière. Ainsi, l'IMV voit qu'aux critères formels qui privilégient leurs collègues blanches vient s'ajouter la disqualification de leurs compétences. Elle voit aussi que l'effet de cette politique protectionniste a un effet direct sur le processus d'embauche et de promotion.

Langue et survie

La langue française est au cœur de l'identité de la communauté franco-ontarienne. Elle est même, sans doute, l'une des clés de voûte de cette identité. Dans un milieu majoritairement anglophone et officiellement bilingue, il n'est pas étonnant que cette communauté francophone ait recours à l'instrumentalisation de la langue française et en fasse un outil, un produit susceptible d'être utilisé comme moyen de la survie de ses institutions. C'est exactement le cas de l'institution au cœur de notre projet de recherche qui, suite à l'entrée en vigueur de la loi sur les services en français de l'Ontario, devient l'un des principaux centres à être désigné pour offrir des services bilingue. L'institution a recruté massivement des professionnels francophones, dont une grande partie constituée par les IMV :

Il y a vingt ans, il n'y avait pas autant de non caucasiens ici à (nom de l'institution), alors qu'est-ce qui est arrivé alors, c'est parce que l'institution manquait d'infirmières bilingues. Alors là, il y a eu un accroissement énorme d'infirmières bilingues, alors on va voir qu'il y a eu beaucoup de gens qui ont été embauchés à cause de ça (P3, p. 10).

Mais à un certain moment, selon cette IMV, des barrières ont été érigées pour mettre fin au recrutement des IMV, ceci pour une raison de bilinguisme; certaines IMV n'étaient pas suffisamment anglophones :

Dans le passé, tout le monde voulait faire de l'institution une institution bilingue en Ontario, puis maintenant, cette même institution ne veut pas embaucher des personnes de couleur qui ne parlent pas bien l'anglais (P10, p.24).

Cette infirmière veut insinuer que la langue anglaise est utilisée comme barrière invisible qui entrave leur accès à l'embauche au sein de l'institution. Elle ajoute :

Comment ça se passe, ils vont t'appeler. Tu appliques, pas de problème, ils vont t'appeler chez toi. Ils vont t'appeler au téléphone, ils vont te poser des questions en anglais. Puis la façon (dont) tu réponds, ils te disent, mais non tu ne parles pas l'anglais on ne peut pas te prendre. Mais ils vont embaucher des blanches qui ne parlent que l'anglais pas le français (P10, p.4).

Bien que ce problème va au-delà des IMV, ces infirmières le perçoivent comme une injustice envers elles. Par ce verbatim l'IMV contredit la politique d'équité annoncée dans la feuille de route et la mission de l'institution qui offre des services dans les deux langues officielles sans favoriser l'une ou l'autre :

Maintenant ce qu'ils ont (fait) parce qu'ils réalisent qu'il y avait beaucoup de noirs, ben parce que premièrement, c'est francophone, la majorité des noirs qui sont là, le Français c'est leur première langue. Maintenant, ils (l'institution), sont arrivés avec une politique, il faut que tu parles l'anglais. C'est comme s'ils ne peuvent pas virer tous les gens qui sont déjà (embauchés), tous les noirs qui sont déjà là, mais ils vont empêcher d'autres de rentrer (P10, p.33).

Ainsi, même dans un espace essentiellement et symboliquement francophone, l'institution hospitalière reconnaît l'importance de la langue anglaise de façon évidente comme indispensable pour son fonctionnement dans un environnement majoritairement bilingue.

5.2.2.2 Importance de l'immigration

Les IMV jouent un rôle important pour combler le manque en effectif d'infirmières que connaît l'institution. Cependant, certaines d'entre elles croient que leurs conditions de travail restent

précaires dans la mesure où leur accès aux postes avancés de la hiérarchie reste très limité, voir inexistant. La non-reconnaissance de leurs diplômes et de leurs expériences dans le pays hôte, le problème de la discrimination à l'embauche et à la promotion ne sont, pour elles, qu'une partie du problème. Elles croient que leur intégration a des difficultés à se concrétiser et reprochent à leurs collègues blanches d'adopter une culture réticente à s'accommoder à la diversité. Ainsi, elles croient que leurs relations de travail avec leurs collègues blanches sont minées par les préjugés résultant de la différence ethnoculturelle, comme l'a expliqué cette IMV :

Il faut aussi dire que les minorités visibles et les personnes de race blanche culturellement, on est différent. Peut-être le rythme ou la façon de voir les choses, de faire les choses sont différentes. je peux faire une intervention d'une façon et toi tu le fais d'une autre façon, peut-être ça va prendre deux minutes de plus et moi ça va me prendre cinq minutes, peut-être toi ça va te prendre deux minutes moi ça va me prendre sept minutes, mais le travail est fait aussi bien entre moi et toi, mais c'est juste que à cause de nos expériences de vie et à cause de plusieurs facteurs on agit différemment, alors juste juger quelqu'un par rapport à un groupe ou par rapport à quelques observations je trouve eux autres sont allés trop loin (P6, p.1).

Cette IMV soutient que la différence culturelle et l'expérience personnelle peuvent affecter le rythme dans l'exécution des tâches, mais c'est le résultat final qui importe. Cet élément de performance a été soulevé par d'autres IMV qui ont soutenu que les infirmières de la majorité intègrent la profession infirmière très jeunes alors que les IMV la rejoignent à un âge avancé et que cela affecte leurs performances.

Elle ajoute plus loin que dans le contexte de l'immigration, l'adaptation culturelle doit se faire dans les deux sens :

C'est comme si nous on doit s'adapter à eux, mais eux autres ils n'ont aucune obligation à s'adapter à nous (P6, p.7).

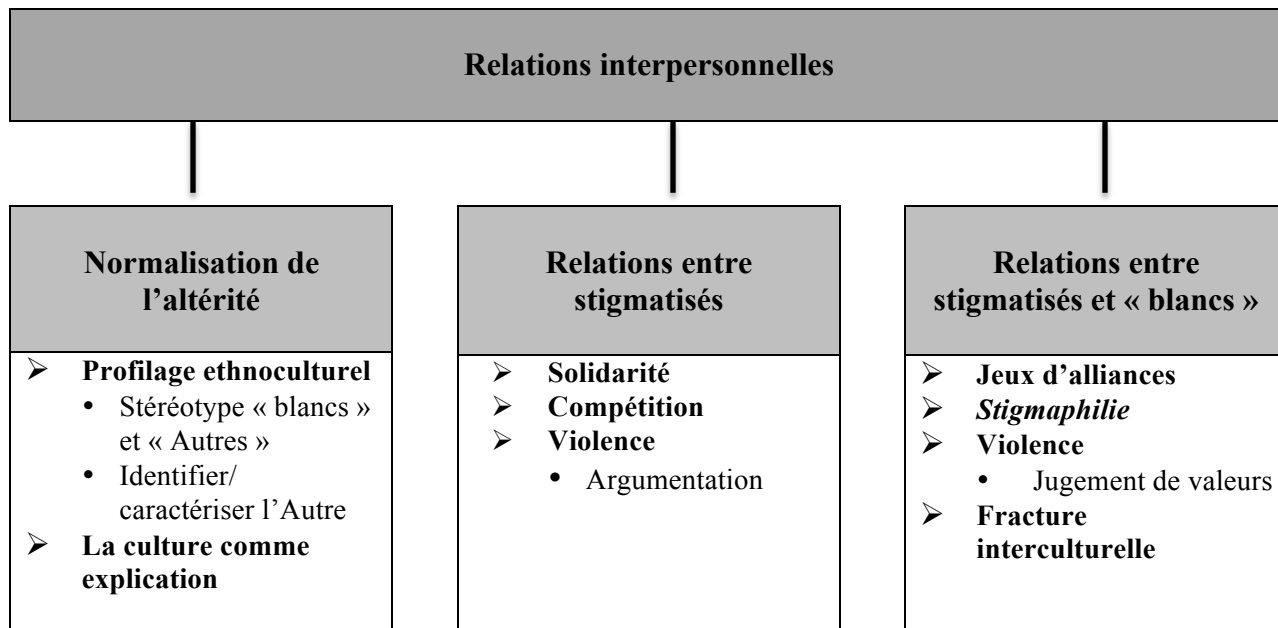
Ce verbatim soulève la question de l'altérité entre celle des infirmières blanches et celle des IMV qui reste au cœur du problème de la diversité culturelle et lié étroitement à l'immigration. Ce

verbatim porte en lui une signification particulière, car il démontre le besoin des IMV d'une reconnaissance de leur différence ethnoculturelle fondée sur l'ouverture, le respect et le dialogue. C'est à ce propos que nous avons décidé d'analyser les relations humaines en milieu de travail entre le groupe d'infirmières majoritaire et celui des IMV dont la fig. 5.4 illustre les composantes.

5.3 Relations interpersonnelles

Le thème des relations interpersonnelles est divisé en trois catégories : normalisation de l'altérité, relation entre stigmatisés et relation entre stigmatisés et blancs. Chacune de ces catégories est divisée en sous- catégories comme le montre le tableau ci-dessous.

Figure 5.5 : Thème 3 – Relations interpersonnelles



Les relations interpersonnelles au sein de l'institution, objet de notre recherche, sont d'une importance particulière pour son épanouissement et son succès. L'environnement et les conditions de travail impactent sur la présence et l'efficacité des infirmières au sein du milieu de

soins. Une infirmière serait plus motivée et impliquée si elle se sentait respectée, traitée comme un membre de la famille, et qu'elle avait le droit d'exprimer librement ses opinions.

Dans cette section nous allons nous attarder sur la question de l'altérité, du profilage ethnoculturel, des stéréotypes Blanc/Autre, de l'identification de l'Autre, de l'influence de la culture, des relations de violence, de solidarité, de compétition et d'argumentation entre stigmatisés, ainsi que la stigmaphilie et les jugements de valeur.

5.3.1 Normalisation de l'altérité

La notion de l'altérité est étroitement liée à la conscience de la relation à l'Autre, dans le cas de notre recherche, elle est liée à la relation entre les infirmières de la majorité et les IMV. Ces dernières croient qu'elles sont perçues par leurs pairs de la majorité comme étant différentes; elles croient qu'elles ont besoin d'être reconnues dans leur droit à cette différence. Ainsi, l'altérité pose des problèmes au niveau de l'identité, de la diversité et de la différence, des problèmes qui sont liés à l'immigrant/étranger, à la discrimination et à la pluralité.

Les IMV constatent que les normes sociales qui prévalent au sein de l'institution sont celles de la majorité blanche :

Mettons qu'on va prendre l'urgence c'est des cliques (clans), c'est des blancs, tu sais, l'« Autre » personne qui va venir, le petit, l'« Autre » couleur, peut-être... exclu (P5, p.13).

Ce verbatim reflète implicitement que les IMV se sentent mises à l'écart, ne se sentent pas reconnues socialement comme leurs pairs blanches. Elles croient que les infirmières du groupe majoritaire au sein de l'institution bénéficient de la reconnaissance de certaines caractéristiques telle que la visibilité caractérisée par une identité dominante. Elles trouvent que leurs collègues de la majorité ont le privilège d'être écoutées et d'être capables d'influencer d'autres acteurs au sein de l'institution, alors qu'elles-mêmes ne bénéficient pas de cette reconnaissance. Ainsi,

certaines IMV sont convaincues que pour réussir leur carrière et être reconnues, il faut suivre les normes de leurs collègues de la majorité. Cette IMV est fière d'avoir une éthique conforme aux normes de travail suivies par les infirmières blanches :

D'autres personnes qui me disent, ben elle c'est une blanche, comme si je suis blanche, ils me connaissent moi, mes éthiques de travail, ils savent qu'est-ce que je fais probablement c'est ça, j'ai des comptes à rendre puis je suis payée pour faire un travail puis c'est parce que je suis blanche ou noire je suis payée pour faire un travail puis je le fais du mieux que je peux (P5, p.05).

Par contre, une autre IMV explique que les obligations familiales sont des obstacles de taille qui la poussent à se croire incapable d'occuper un poste de gestionnaire, car ses conditions sociales ne sont pas aussi favorables que celles de ses pairs de la majorité :

Les femmes immigrantes qui sont infirmières qui n'ont pas de position de pouvoir, c'est à cause de toutes ces responsabilités qu'elles ont ... tu dois aider le reste de tes sœurs et de tes frères à aller à l'école, même les cousins les oncles et j'en passe. Elles doivent travailler doublement; elles doivent faire des seize heures souvent, aller à deux places ou faire des seize heures à la même place. Donc, quand tu occupes une position de pouvoir, de gestion-là tu ne peux pas faire ça encore (P9, p.14).

Nous avons noté que les responsabilités familiales est un thème récurrent dans nos catégories, ceci est dû à la culture des IMV; assurer le minimum de sécurité financière pour l'ensemble de la famille nucléaire et étendue, est une obligation qu'elles ne peuvent ignorer. L'IMV, dans ce verbatim, veut nous laisser savoir que les conditions sociales qu'elles vivent les empêchent de progresser dans leur trajectoire de carrière. Pour la même IMV, la norme chez les infirmières de la majorité c'est que les IMV sont incapables de gérer. Cela engendre un sentiment de vulnérabilité et de peur d'échec chez les IMV. La transgression de cette norme provoque un sentiment de peur et de manque de confiance :

C'est la peur de ne pas réussir, quand on n'a jamais eu la chance nous-mêmes de faire une activité pour laquelle on a été souvent exposée. Donc, je pense qu'une question d'inquiétude de ne pas réussir ou une sorte de manque de confiance en soi. C'est ça qui a été cultivé. Donc on te cultive que t'es pas tellement bonne

que tu finis par manquer de confiance en toi, et on te cultive que c'est pas une position pour toi de sorte que t'as tellement peur que tu ne vas pas réussir (P9, p.15).

De ces verbatim, on peut noter que les IMV croient qu'il y a une lutte qui consiste à corriger la mauvaise perception qu'ont les infirmières de la majorité envers elles. Elles manquent de confiance en elles-mêmes et croient que cela est dû à une politique de non-reconnaissance de leurs compétences dans leur milieu de travail.

5.3.1.1 Profilage ethnoculturel

Le travail, que ce soit au sein de l'institution objet de notre étude où dans toute autre institution, constitue le noyau de la vie active de tous les hommes et femmes de toutes les races, de toutes les religions et de toutes les origines ethniques. Pour l'infirmière, qu'elle soit issue de la majorité où IMV, l'emploi régit de multiples aspects de sa vie. L'institution qui se démarque est celle qui sait gérer et entretenir de bonnes relations avec son personnel, peu importe son origine ethnique. Le profilage ethnique en milieu hospitalier peut être défini comme le recours des gestionnaires et des infirmières appartenant à la majorité à des généralisations basées sur la race, l'appartenance ethnique ou religieuse plutôt que sur des indices objectifs ou comportements individuels. Une infirmière gestionnaire issue de la majorité qui a choisi l'anonymat décrit les IMV comme suit :

Les infirmières de minorités visibles ne parlent pas de leurs patients, elles manquent d'empathie. Je pense qu'elles ne priorisent pas le patient. Il y a des attentes de l'employeur pour donner les outils, mais les IMV manquent d'engagement. Elles demandent des formations payées. Elles ne font rien si elles ne sont pas payées. Elles vont venir à des conférences ou séances de développement si le lunch est payé sinon elles ne sont pas là. Elles veulent travailler dans cette unité, car c'est moins physique, on ne change pas les couches. Sur d'autres unités (X et Y) elles sont nombreuses là aussi, car elles aiment une routine et la stabilité. Je ne comprends pas les IMV; les Chinois, les Arabes et les Philippins travaillent très fort et vite, pas comme les Haïtiennes et les Africaines (Inf. anonyme, prise de notes).

L'extrait de cette gestionnaire reflète un schème de valeurs personnelles et semble entaché de profilage. Cependant, cet avis n'est pas partagé par toutes les infirmières de la majorité. L'une d'elles reconnaît par contre que les IMV travaillent fort :

Je dirais qu'elles (IMV) travaillent fort (P1, p.18).

Quelques une d'entre elles ont même été promues à des postes de responsabilité. Une perception négative et stéréotypée à l'encontre des IMV en milieu de travail peut nuire à leur intégration et compromettre leur chance de promotion à des postes avancés.

Stéréotype « blancs » et « Autre »

Le stéréotype, tel que perçu par les IMV, est un instrument de catégorisation et de différenciation permettant de faire la distinction entre les gestionnaires et les infirmières appartenant à la majorité d'une part et les IMV issues de l'immigration d'autre part. Les antinomies rapide/lent, compétent/incompétent sont perçues par les IMV comme l'expression d'une altérité fondée sur la croyance en la supériorité de l'infirmière issue de la majorité. La gestionnaire qui demandait l'anonymat qualifie les performances des IMV à travers ce verbatim :

Elles travaillent à un rythme trop lent c'est pour ça qu'on ne les trouve pas à l'urgence, soins intensifs ou maternité. Moi, j'ai assisté une fois à une urgence (X) puis l'IMV a ralenti au lieu de faire vite, tu sais, comme nous autres, quand c'est une urgence on fait vite, eux autres ça leur prend plus de temps, peut-être c'est leur culture (Inf. anonyme, prise de notes).

Les erreurs peuvent arriver quelquefois, mais comme l'explique cette IMV, le degré de gravité serait perçu différemment et dépendrait du groupe auquel l'infirmière appartient :

C'est comme si une fois que tu es minoritaire, quand tu fais une petite erreur, ça remet en question tout ton champ de compétence. Si tu fais une petite erreur ici, ça veut dire tout ce que tu fais est incompetent. Alors, si tu fais une petite erreur ici ils vont chercher dans tout ce que tu as fait pour évaluer ou est-ce qu'ils vont trouver d'autres erreurs. Tandis que si la personne blanche qui l'a fait ah! T'as le droit de faire une erreur Okay, fais attention ne refais plus c'est correct pour l'instant (P6, p.8).

Les deux verbatim ci-dessus nous poussent à croire que l'altérité, cet espace qui sépare les infirmières de la majorité et les IMV, donne naissance à des stéréotypes souvent négatifs et qu'une erreur est jugée différemment, dépendant de la personne qui l'a commise.

Identifier/Caractériser l'Autre

Lors de notre recherche, nous avons constaté que la question de l'altérité relève d'un double processus de construction et d'exclusion sociale résultant d'une représentation sociale des IMV par les infirmières issues de la majorité (IIM). Ainsi, nous avons essayé de comprendre les attitudes et les comportements engendrés par cette représentation. Nous avons relevé, à maintes reprises, l'usage de « nous » et « eux » dans les propos des IIM de souche canadienne et ceux des IMV d'origine étrangère. Ainsi, parler d'altérité c'est caractériser l'« Autre », qu'il soit une personne ou groupe de personnes, en lui affectant des qualificatifs généralement négatifs, ceci dans le but de produire une représentation négative.

Sur la question de socialisation, alors que quelques gestionnaires soutiennent que les IMV socialisent souvent pendant l'exécution de leurs tâches, une IMV raconte que socialiser pendant l'exécution des tâches n'est pas une option vu les conditions difficiles du travail :

Quand t'as cinq patients là, t'as pas vraiment le temps de socialiser. Peut-être que tu peux socialiser juste quelques minutes pendant que les deux les trois sur un chariot de médicament en train de sortir vos médicaments. Mais ça s'arrête là. Tu ne peux pas rester à jaser pendant trente minutes. Quand t'as cinq patients, donner les médicaments à huit heures du matin-là, puis t'as un gros pansement à faire, t'as une évaluation chaque deux heures à l'épidurale à faire, puis la préposée elle a cinq patients, tu peux juste donner (assigner) deux bains à la préposée, t'as quand même trois bains à faire. Puis t'as de la documentation, t'as le médecin qui vient t'appeler au téléphone, t'as la chef d'équipe qui t'appelle, physio vient te voir, elle revient te voir. Travail social vient te voir, des fois c'est l'enfer (P10, p.20).

Au cours de cette analyse, ce qui nous importe le plus n'est pas de se limiter à savoir si cette représentation des IMV est fidèle à la réalité, mais de savoir quelles sont les conséquences de la perpétuation du sentiment d'exclusion et de marginalisation que peut susciter cette

représentation; en d'autres termes, à quel point les stéréotypes récurrents de socialisation, de lenteur et de désintérêt nuisent à l'identité, à l'estime de soi et à l'avancement de carrière des IMV. Ainsi, parler d'altérité c'est parler d'attributs et de caractéristiques affectées par les infirmières de la majorité aux IMV, considérés comme source de malaise ou de menace et qui, finalement, risquent de les mettre hors de la compétition et hors de la course aux postes avancés. Une citation qui nous revient à plusieurs occasions est celle de l'IMV qui a dit :

Une fois que t'es différent, t'es mis de côté. (P6, p.13).

Cet extrait émane de la croyance des IMV en l'existence d'un double processus de construction et d'exclusion sociale qui suppose une différence et une distance sociale découlant d'appartenances distinctes et qui affectent les relations entre IMV et IIM, entre ce qui est soi et ce qui ne l'est pas.

5.3.1.2 La culture comme explication

La culture constitue la base de la spécificité individuelle et collective, ce qui veut dire qu'une personne est à la fois le produit du milieu social, de la culture environnante et d'une construction progressive de soi. L'institution, objet de notre recherche, se retrouve en face de problèmes posés par la présence, dans ses services, de minorités ethnoculturelles qui apportent avec elles leur propre culture laquelle, aux yeux de ses employés « nationaux », est incompatible avec les normes de la majorité. Une IMV qui fait la critique de son groupe d'appartenance reconnaît que hausser le ton lors des conversations entre elles fait partie de leur culture. Ce comportement, leur cause du préjudice, car cela gêne leurs collègues blanches et les empêche de se concentrer :

Il y en a des gens (IMV) qui parlent fort, c'est dans leur culture, ils parlent fort et qu'on dirait qu'ils sont en train de se quereller, mais quand ils parlent à une autre personne (blanche) ... ils devraient changer leur comportement, parce que ce n'est pas une personne de leur culture...Mais je sais ce comportement existe (P12, p.11).

Une autre IMV a donné une explication à ce comportement :

En Afrique, on n'est pas enfermé dans une maison vingt-quatre heures, on est dehors, alors dehors, c'est sûr on est porté à parler fort (P5, p.11).

Une gestionnaire trouve que la culture des IMV est « argumentative », elles n'arrivent pas à s'adapter au système (Canadien) et qu'il leur faut beaucoup de temps pour s'y adapter :

Les Finlandais, les Italiens puis leur culture est à peu près la même chose que « nous autres », de grands travailleurs et tout ça, une culture qui n'est pas de façon argumentative (comme les IMV), ... C'est la culture où elles sont élevées. Il faut s'adapter au système. Ça va leur prendre des générations et des générations (P3, p.13).

Un tel jugement de valeur à caractère discriminatoire n'est qu'une opinion personnelle de la gestionnaire. Il n'est pas partagé par les autres gestionnaires qui, parmi elles, trouvent que les IMV travaillent fort et ont même réussi à occuper des postes de responsabilité.

Les perceptions du temps sont différentes selon les cultures. Certaines sont soucieuses du respect des délais, du respect des engagements et de la « parole donnée »; d'autres accordent peu d'importance à la ponctualité. Dans une institution de santé, comme dans toute autre organisation d'ailleurs, l'infirmière doit respecter les horaires du travail. À cet égard, une IMV partage les points de vue des infirmières de la majorité et trouvent que ces infirmières ont tout à fait raison de se plaindre du manque de ponctualité de la part des IMV. Une IMV raconte que ses collègues du même groupe d'appartenance ethnique arrivent en retard la plupart du temps et trouve que cela peut avoir un effet négatif sur leur représentation :

On est reconnu pour ça, les (infirmières) noires sont en retard ... c'est à sept heure et quart, c'est pas à sept heure et vingt-cinq, c'est pas à sept heure trente. C'est à sept heure et quart, ça peut arriver oui, comme je dis à tout le monde, oui ça peut arriver des fois, on sort de chez nous on est en retard on a des familles... regarde, je m'en viens je vais être en retard cinq, dix minutes ça se fait, mais à tous les jours, faut pas être en retard, c'est un travail là puis c'est la responsabilité (P5, p.6).

L'avis de cette participante ne fait pas l'unanimité de toutes les IMV, cependant la ponctualité et l'assiduité sont des valeurs fondamentales dans le milieu de travail. L'institution s'attend à ce que tous ses employés soient ponctuels, quelle que soit leur origine ethnique ou antécédent culturel.

5.3.2 Relations entre stigmatisés

Les IMV sont originaires de plusieurs pays. En Afrique, plusieurs régions connaissent des conflits inter-ethniques résultant de leur accès à l'indépendance; l'utilisation des liens ethniques y est utilisée comme tactique dans la lutte pour le pouvoir. Les individus s'identifient plus fortement à des groupes ethniques définis en termes d'ascendance, de religion, de langue et de culture. Dans leurs relations de travail, l'identité ethnique se fait sentir lors de l'interaction avec les infirmières et parfois affecte même l'environnement du travail, comme le raconte cette infirmière :

Je travaille beaucoup avec d'autres ethnies que je ne connaissais pas, moi je viens de (nom de pays), alors dans cette institution on a beaucoup d'Africains. Surtout c'est depuis cinq, six ans on a beaucoup plus d'Africaines que de Haïtiennes, puis des Africaines y a plusieurs d'ethnies. Alors, faut vivre avec tout ça, y a beaucoup de monde qui viennent de différents pays qui ont différents bagages quand même, puis y a des classes aussi (P5, p.9).

Dans cette institution multiethnique, les IMV ne forment pas un groupe monolithique; chaque groupe a en effet sa spécificité et ses sensibilités. La gestionnaire doit donc savoir comment relever le défi de gérer les conflits interethniques en réconciliant les intérêts et les visions des IMV.

5.3.2.1 Solidarité

Les minorités visibles qui font partie du personnel de l'institution sont originaires de pays francophones, souvent d'anciennes colonies françaises. Ces employés forment des groupes ethniques distincts qui, consciemment ou inconsciemment, sont fidèles à leur pays d'origine dont

les limites territoriales représentent l'identité et l'appartenance. C'est ce que veut exprimer cette IMV :

Dans mon unité, il y a comme des regroupements de personnes de minorités visibles qui se regroupent ensemble. Il y a les Haïtiennes qui se regroupent ensemble, les Africains ou Africaines qui sont aussi de l'autre bord et il y a les gens qui se mélangent un peu avec tout le monde (P9, p.3).

Les IMV semblent ne pas être contraintes par des frontières intangibles; en fonction des situations, de solidarité ou de conflit, elles modifient leurs positions en se rapprochant ou en s'écartant d'un groupe à l'autre. Ainsi, les infirmières haïtiennes ou africaines vont se retrouver liées par des affinités communes intra et intergroupes. Elles semblent partager les mêmes conditions de travail au sein de l'institution, ce qui renforce leur cohésion et leurs liens de solidarité. Une IMV soutient que quelques unes des membres de leur groupe transgressent les normes de solidarité du groupe et se « mettent du côté de la majorité » en rapportant sur l'endogroupe dans l'espoir d'avoir une promotion :

Les gens (IMV) qui vont rapporter à la gestionnaire oh! telle ou telle a fait ceci ou telle a fait cela, c'est pour paraître ... comme « la chouchou » de la gestionnaire... (pour augmenter ses chances) en cas de promotion à un poste. Bien souvent entre nous on va jamais aller rapporter à la gestionnaire ça va toujours être entre nous, entre minoritaires ... on a tendance à se protéger entre nous et (éviter) la discorde (P6.p.9).

Alors que certaines gestionnaires ont rapporté de la discorde entre IMV, la même IMV citée ci-dessous continue à exhorter l'unité entre IMV :

Sur notre unité on change souvent de gestionnaire parce qu'on est les plus stables, alors toutes les gestionnaires qui viennent n'ont pas d'expérience. On les met sur notre unité (ou la quasi majorité des infirmières sont des IMV) parce que nous, on fonctionne très bien. Nous les infirmières (IMV) on connaît nos tâches. Alors, on est une équipe solide et puis entre nous, on a une solidarité, quand les nouvelles gestionnaires viennent, souvent elles cherchent à mettre certaines personnes de leur côté, elles cherchent des gens qui vont aller rapporter, savoir ce qui se passe, mais dans notre équipe on n'a pas ça, puisque entre nous on est solidaire. Si quelqu'un a une lacune on essaie de la combler entre nous au lieu d'aller voir la gestionnaire ou quoi que ce soit (P6, p.9).

Ce qui découle de ce verbatim, c'est la perception des IMV qu'elles luttent pour leur survie et pour gagner la reconnaissance en tant que groupe ethnique au sein de l'institution dominée par une majorité « blanche ». Il y a un lien entre les IMV qui découle d'affinités; les IMV sont toutes issues de l'immigration – la question de l'ethnicité est liée à la question de l'immigration – et ont des traits phénotypiques différents du groupe majoritaire. Elles sont toutes liées par une volonté de se distinguer culturellement. Ainsi, de cet ancrage de l'identité de minorité visible va naître une solidarité naturelle perçue comme devoir naturel de se soutenir dans des situations difficiles, de se protéger et d'éviter toute discorde :

Entre nous on va jamais aller se rapporter à la gestionnaire, ça va toujours être (régulé) entre nous, entre minoritaires ... so, souvent on a tendance à se protéger entre nous et à... (éviter) la discorde entre nous (P6, p.9).

Ces propos contredisent les points de vue de certaines gestionnaires et d'une IMV - qui occupe un poste de chef d'équipe - qui ont soutenu qu'il y a souvent des malentendus inter-IMV.

Les IMV croient que l'appartenance aux minorités visibles est un obstacle à la mobilité verticale; ainsi elles s'organisent collectivement en adoptant une politique de solidarité ethnique afin de développer des stratégies de défense et de mobilité.

5.3.2.2 Compétition

En parallèle à la course à la mobilité verticale entre infirmières de la majorité et les IMV, on remarque une compétition intense inter-IMV pour des positions de responsabilité. Une IMV raconte comment, grâce au soutien des gestionnaires, elle a accédé au poste convoité de chef d'équipe :

J'ai toujours été une infirmière de chevet, mais faut dire que depuis j'ai commencé ici à (l'institution X), je ne sais pas, ils m'ont toujours mis comme chef d'équipe. Je sais pas si j'avais l'aptitude de chef d'équipe ou si je démontrerais des choses pour être chef d'équipe parce j'avais une capacité de leader comme ils disent. Oui, tu es une bonne leader, oui tu peux le faire...

quelques mois après on m'a mis chef d'équipe. Alors j'étais comme responsable là, tu sais, prendre des décisions (P5, P.1).

Des IMV (deux) ont un discours dur envers l'institution. L'une d'elles émet un jugement assez sévère, accusant l'institution de mauvaise foi en regard à la nomination d'une IMV à un poste de chef d'équipe :

Ce qu'ils ont fait là-bas par exemple sur l'unité X ... Ils ont placé une infirmière noire comme chef d'équipe juste pour quand les gens (IMV) vont dire, ils sont racistes, ils vont dire, mais non elle, la chef d'équipe, elle est noire ... Puis ils vont créer des tensions entre elle et les infirmières noires. Ils vont dire, mais vous voyez, elle est infirmière noire, puis les noires ont des problèmes (entre eux) (P10, p.13).

Elle ajoute qu'on a placé cette infirmière à ce poste rien que pour rapporter à la gestionnaire tout ce qui se passe sur le plancher :

Pour dire que ce sont les noires qui sont le problème. Cette infirmière-là, on l'a formée comme toutes les autres blanches à rapporter la moindre des choses qui arrive sur l'unité à la gestionnaire (par ex.) qui est arrivée cinq minutes en retard. Puis elle, elle n'a pas le choix de le faire. C'est comme ça qu'elle doit protéger son petit poste de chef d'équipe. Parce qu'elle ne veut pas aller travailler avec les patients. Elle ne veut pas être au chevet, parce que (quand tu es) chef d'équipe, t'as pas de patients, puis t'es là, tu fais juste répondre au téléphone. Donc c'est toute une politique (P10, p.14).

Le discours de cette IMV paraît envieux envers sa collègue promue à la position de chef d'équipe et adopte un ton sévère dans sa critique de la politique pratiquée par l'institution en regard du processus de nomination. Elle minimise aussi l'importance du rôle d'une chef d'équipe, ses responsabilités et ses compétences. Cette attitude reflète la discorde intra IMV due à la compétition.

5.3.2.3 Violence

La politique de tolérance zéro en matière de violence est adoptée par l'institution en vue de maintenir un milieu de travail sain. Cependant, la violence sévit dans les relations entre IMV. Elle se traduit par des comportements antagonistes tels que la critique, les insinuations,

l'intimidation et parfois même des agressions verbales. L'origine ethnoculturelle, la langue, la charge de travail et l'abus de pouvoir sont cités comme sources de conflit entre IMV. C'est du moins ce que racontent certaines participantes :

Des politiques de harcèlement puis de discrimination, ici dans l'institution, c'est zéro tolérance. Puis tout le monde fait la formation on ligne, mais ce qui est intéressant, c'est que souvent, quand j'ai géré des cas de discrimination, j'ai remarqué c'est souvent, c'est pas Canadien et autres, c'est entre minorités visibles. Entre Haïtiens et Africains ou entre eux (P4, p.14).

Cet avis est partagé par une autre gestionnaire qui raconte que la violence entre IMV était tellement chronique qu'il a fallu les séparer pour éviter la confrontation :

La culture de ces gens (IMV) ils augment leur ton de voix très haut... ils sont vraiment agressifs. Il est arrivé un moment, il fallait mettre tous les Africains d'un côté et les Haïtiens d'un côté parce que ça se chamaillait, ça se chicanait (P3, p.10).

Pour cette gestionnaire, la couleur de la peau est source de discorde entre IMV; la couleur la plus foncée étant en bas de l'échelle :

Il y a plus de discrimination entre groupes minoritaires qu'entre blancs et minorités. Puis, j'avais aucune idée ... un fait culturel entre eux, si moi je suis moins foncée alors je devrais avoir plus de hiérarchie que toi ... Je dois travailler avec les équipes pour dire je comprends que peut-être dans votre pays la couleur de votre peau différencie la hiérarchie. Mais ici, on a une IA puis on a une préposée, peu importe la couleur que vous avez il y a une hiérarchie à suivre (P4, p.8/9).

Elle ajoute que leur identité culturelle est source de tension et menace la cohésion de l'équipe :

Je pense qu'elles ne s'aident pas parce qu'elles font la discrimination entre eux, puis, ils font des groupes entre eux. Alors, j'ai des gens qui parlent le créole, j'ai des groupes qui parlent différentes langues, mais si tu viens pas d'une telle place ou tu parles pas ma langue, tu sais, ma version de créole, tu fais pas partie de mon groupe alors il y a tout ce côté-là (P4, p.8/9).

D'autre part, le rapport d'incident est aussi une source de tension entre les IMV. En voici une qui raconte comment le rapport d'incident qu'elle a rédigé pour rapporter une faute professionnelle de l'une de ses collègues IMV a été la cause de conflit entre les deux deux infirmières. Cette

IMV soutient que la gestionnaire caucasienne va utiliser ce genre de conflit pour avancer qu'il ya des cliques de différents groupes d'IMV sur l'unité :

Le rapport d'incident c'est une situation pour nous rappeler que je dois doubler ma vigilance pour vérifier les choses pour empêcher que les erreurs arrivent. Ma collègue (IMV) l'a pris tellement personnel qu'elle sautait (fâchée) sur l'unité. Après, quand elle a vu la chef d'équipe qui était blanche, elle a réalisé qu'elle était fautive, elle cherchait la réconciliation : oh! Je suis tellement ami avec (nom de l'infirmière) puis je vais aller prendre un café avec elle. J'ai dit non tu ne vas pas prendre un café avec moi... Donc c'est ça qu'ils utilisent pour dire qu'il y a des cliques (P10, p.14).

Les conflits sont aussi fréquents entre IA et IAA quand elles sont jumelées, comme le décrit cette IMV :

Il y a aussi une autre tension entre les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées. Parce quand t'es infirmière autorisée tu es responsable de donner les antibiotiques, de faire le gros pansement. Tout ce qui exige une intervention infirmière autorisée, c'est toi qui dois le faire. Puis les auxiliaires prennent ça vraiment mal. Mais si vous êtes limitée dans ce que vous pouvez faire, on n'est pas responsable. Puis je n'sais pas si c'est question d'orgueil, ça chicane beaucoup plus les noires. Tu leur dit ok, parce que, même si je dois donner l'antibiotique pour toi t'es quand même responsable de ton patient, ça veut dire que tu dois t'assurer que le médicament est disponible, que tu me le dises à temps. Parce que si le médicament est dû à quatorze heures, tu ne vas pas me le dire à quinze heures (P10, p.16).

Cet extrait montre l'existence d'une tension entre les infirmières du même groupe d'appartenance, à savoir entre infirmières autorisées et infirmières auxiliaires. L'IMV est frustrée de ne pas être avertie de l'heure d'administrer la médication ce qui a causé une tension entre elles. Cependant ce genre de conflit de rôle est récurrent entre IA et IAA sur les unités de soins, que ce soit des IMV ou des infirmières de la majorité.

Argumentation

Les IMV entrent beaucoup plus souvent en conflit avec d'autres IMV qu'avec les infirmières du groupe majoritaire. Des mots ou remarques mal placés peuvent facilement déclencher des altercations, à priori banales, puis en une flambée de violence intra et interethnique. Les

animosités résultant des conflits dans leur pays d'origine sont peut-être à l'origine de leur comportement explique cette IMV :

Il y a du monde qui ne sont pas amis avec tel pays, tu sais? C'est tous des conflits qui viennent de loin là, mais faut travailler avec tout ça, tu sais? Ça m'est arrivé souvent... Telle personne, non! Mais (nom d'infirmière) tu ne connais pas notre histoire. C'est comme, ben là! On travaille ici, on travaille! Vos histoires, on les laisse à la maison! On les laisse chez nous! (P5, p.9).

Une gestionnaire est du même avis et souligne que les expériences difficiles dans le pays d'origine se reflètent dans le comportement agressif des IMV :

Certaines infirmières ont des expériences qui sont plus difficiles que d'autres. Alors, si elles ne sont pas nées au Canada, à l'extérieur, elles ont connu des choses, comme plus la guerre civile que nous (P3, p.14).

Cependant, des IMV ne partagent pas cet avis. Pour certaines d'entre elles, le comportement agressif des IMV n'est que le résultat de la frustration qu'elles vivent quotidiennement. Celle-ci peut être causée par leurs collègues IMV, qui elles aussi, frustrées par les conditions de travail, ne font que le minimum, laissant une partie de leurs tâches non accomplies :

C'est le fait que la pression ... on est tellement frustré qu'on devient frustré entre nous ... les gens sont tellement frustrés qu'ils viennent, ils font juste le minimum et puis le fait que l'autre a fait son minimum toi, ça te donne plus de travail, puis ça crée une friction entre les gens (P6, p.16).

Cette IMV explique que la source du conflit entre IMV n'est autre que les conditions de travail difficiles :

Il va y avoir des conflits entre toi et moi. C'est pas la faute de la direction, elle n'est pas là. Je dois apprendre à me fier à toi parce qu'on travaille ensemble, tu comprends? Ma charge est trop lourde viens m'aider, j'peux pas t'aider, moi aussi je suis débordée. Écoute, toi tu n'aides jamais, tu viens jamais aider, mais toi aussi tu es occupée. La haute direction n'est pas là, on les voit jamais. Alors les conflits, ça va être toi et moi, c'est ça, ils vont dire il y a la guerre entre eux. Mais la guerre est créée pour quoi? Par qui? (P8, p.5).

Cette IMV croit que les tensions entre IMV sont le résultat d'une surcharge de travail. Elle trouve qu'elles n'ont pas le temps suffisant pour achever les tâches qui leur sont assignées, ce qui

leur cause de la frustration et cette frustration génère des conflits entre elles. Pour elle, l'administration doit s'impliquer davantage pour gérer la source de ces conflits.

5.3.3 Relations entre « stigmatisés » et « blancs »

L'identité dominante représentée par les gestionnaires et les infirmières blanches (nationaux) occupe la quasi-totalité de l'espace institutionnel et définit ses limites et ses normes. Les IMV se sentent incapables d'affronter le groupe dominant, car ce dernier pour elles « a toujours raison ». Partant du rapport de pouvoir, les IMV savent que celles qui ne sont pas pareilles sont plus visibles par rapport à la norme. Parler avec un accent, être originaires d'ailleurs, avoir une couleur de peau différente de celle de la majorité, tous ces facteurs convergent pour freiner toute tentative de résistance chez les IMV. Peu importe l'ouverture et la tolérance de l'institution, ces facteurs socialement construits jouent un rôle décisif dans le rapport de domination. Pour cette raison, une IMV n'osera pas affronter le groupe majoritaire comme l'explique cette participante :

Je veux juste mentionner qu'une (infirmière de) minorités visibles va souvent éviter d'aller en chicane avec la blanche parce que la blanche aura toujours raison. Ça, c'est une des raisons pourquoi y a pas, les chicanes, c'est pas qu'y en a pas, c'est juste qu'elles sont pas plus marquantes. Quand tu dis minorité visible, tout de suite tu donnes raison à la blanche parce que tu sais tu vas perdre (P6, p. 11).

Une gestionnaire rapporte qu'elle a été harcelée par une IMV qui l'a menacée de recourir au Voodoo – culte antillais mélangeant sorcellerie et culte chrétien – si elle n'obtient pas une journée de congé :

Une employée qui m'a dit si tu ne me donnes pas une journée de congé, je te fais du voodoo. Écoute c'est la convention collective qui règle la décision, c'est pas moi. Alors si vous avez des problèmes, vous n'avez pas la réponse, faites-moi pas un sort, puis fais juste faire tes représentations devant ton (représentant) syndical. Des choses de même, des fois, ça n'aide pas à l'intégration au Canada. Dans certaines cultures, dire à quelqu'un je vais te mettre un sort je vais mettre un sort sur ta famille c'est acceptable, mais au Canada c'est une menace, c'est du harcèlement (P4, p.13).

La gestionnaire considère la menace du *vaudou* comme du harcèlement. Nous ne savons pas si dans un acte de désespoir et d'impuissance, l'IMV cherche par tous les moyens à obtenir une journée de congé, quitte à utiliser la sorcellerie qui est une pratique intolérable. Cependant, aucune autre gestionnaire n'a mentionné un acte similaire.

5.3.3.1 Jeux d'alliances

Les IMV aux postes de responsabilité se sont dites prêtes à aider et à soutenir leurs collègues IMV, à condition que ces dernières soient compétentes, motivées, engagées et à la hauteur de leurs responsabilités :

Moi, je suis perfectionniste eh, je veux que tout le monde soit au niveau de travail excellent okay. Mais il faut que je sois en mesure de prouver que je te défends avec raison. Il faut que j'aie des éléments. Il faut que tu me nourrisses pour que moi j'aie des éléments à nourrir à un directeur, à nourrir tu sais, à la gestionnaire et je ne peux pas juste te défendre si tu es là et puis que tu ne fais aucun effort, puis c'est ça qui manque aux infirmières de minorités visibles (P1, p.15).

Pour cette IMV occupant un poste de responsabilité, former une alliance entre IMV en poste de responsabilité et leurs IMV subalternes paraît difficile en l'absence de preuves manifestes de professionnalisme et de compétence. Elle dit que pour soutenir une IMV, cette dernière doit faire preuve de crédibilité :

Comment veux-tu que je te défends si toi-même tu ne donnes pas ce qu'il faut, des éléments qu'il faut, pour que justement, on dise c'est une infirmière qui arrive toujours à l'heure, elle prend toujours bien soin de ses patients, ses notes sont toutes complètes, sa pensée critique tu sais, au top niveau, son jugement clinique est bon. Si je n'ai pas tout ça là, qu'est-ce que tu veux que je dise à la gestionnaire ou à la directrice. Elle vient me dire, cette employée-là, elle n'a pas ça et ça. C'est ça qui manque (P1, p.15).

D'autre part, les IMV au sein de l'institution, forment une alliance intra-ethnique, et travaillent mieux quand elles appartiennent au même groupe ethnique. C'est ce que cette IMV responsable essaye d'expliquer :

Ça va être plus la clique des Africaines et Haïtiennes, c'est beaucoup ça qui ressort ici ... elles ne vont pas s'entendre parce que, justement, ces cliques (du même groupe ethnique) quand elles travaillent ensemble, elles s'aident puis le travail se déroule bien. Quand tu te retrouves dans un groupe auquel tu n'appartiens pas ben, tu es laissé à toi-même puis tout ça (P1, p.16).

Elle ajoute que certaines IMV, iront jusqu'au point d'utiliser des stratégies visant à semer la discorde entre IMV afin de gagner la confiance de la gestionnaire et de se placer ainsi du côté de la majorité :

Mais l'autre partie, c'est que tu sais, la loi de diviser pour mieux régner okay, ce que la personne qui chapeaute, mettons ... alors elle va faire en sorte qu'elle divise, justement elle va dire okay toi tu veux me rapporter tout ce qui se passe puis tu sais, tu es sous ma grâce, tu es sous ma protection, mais là qu'est-ce qui arrive, elle (l'IMV) va commencer à détruire les autres justement pour gagner la confiance de la personne qui est supérieure ça aussi ça existe (P1, p.16).

Pour garder leur poste, continue-t-elle, les IMV, sont obligées de se mettre du côté de la majorité dominante :

Tu sais quand on veut garder son emploi, il y en a qui vont vouloir justement comme on disait tantôt gagner la confiance c'est être du côté du pouvoir. Si tu n'es pas avec nous tu es contre nous. Donc pour ne pas être contre ces gens qui sont du côté du pouvoir, on va se faire des amis de ce côté-là pour être protégé. Mais encore là est-ce que, c'est un problème de choix ou un problème d'imposition tu sais, d'influence de pouvoir et d'autorité vous comprenez. Est-ce que l'infirmière à un choix, y en a qui font le choix de détruire les autres pour monter, mais y en a qui sont juste influencées par le pouvoir. Il y a le maillon faible, puis là ben, on va dire tu veux rester, ben il faut que tu me rapportes telle, telle chose. (P1, p.18).

Ces verbatim nous donnent une idée sur la perception qu'ont certaines IMV par rapport au jeu d'influence et aux stratégies adaptées pour garder leur emploi. Ceci se traduit par la présence de deux dimensions; d'une part, des IMV qui se rangent du côté de la majorité dominante en quête d'assimilation et d'autre part des IMV qui, influencées par le pouvoir, cherchent à grimper les échelons aux dépens des membres de leur groupe.

5.3.3.2 Stigmaphilie

Au cours de notre analyse, nous avons identifié deux catégories d'IMV : celles qui sont « stigmaphiles » et d'autres « stigmaphobes ». La première catégorie reconnaît la différence qui les sépare du groupe majoritaire dominant et cherche à défendre cette différence. La deuxième a plutôt une tendance vers l'assimilation et cherche à s'intégrer à la majorité tout en minimisant leur stigmatisation. Il s'agit d'une stratégie de s'assimiler au dominant, de chercher une ressemblance. Appelée *passing* dans la culture américaine, cette stratégie peut même intérioriser la culture dominante et accepter ses normes.

Dans ce verbatim, une IMV stigmaphile défend vigoureusement son droit de parler sa langue maternelle quand elle n'est pas en présence d'un patient. Elle le considère comme faisant partie de son identité culturelle et revendique ainsi le droit à la reconnaissance de la différence. Une IMV qui conteste l'interdiction de l'usage de sa langue maternelle (autre que le français et l'anglais) en l'absence d'un patient a répondu vivement à son chef d'équipe :

... Je vais vous attendre à la cour du droit de l'homme, parce que vous êtes en train de briser mon droit comme personne. Ma langue, ça fait partie de ma culture, vous dites que vous êtes multiculturel, alors vous ne pouvez pas m'empêcher d'exercer mon droit (P10, p.8).

L'acceptation des normes du dominant est ainsi considérée par les stigmaphiles comme un abandon de la lutte. Cette autre IMV revendique le respect de la différence; elle demande à ce que la tolérance soit entière et non superficielle et qu'elle doit se traduire par le respect des valeurs de « l'Autre » :

On est...culturellement différents ...il y a certaines choses que les minorités visibles doivent accepter des personnes de race blanche, mais que certaines choses, certains points chez les minorités visibles qui ne sont pas nécessairement acceptés (P6, p. 6).

Les IMV « stigmaphobes » adoptent un comportement susceptible de rapprocher les IMV et les infirmières de la majorité, condamnant toute expression culturelle qui tend à revendiquer une différence entre minoritaires et majoritaires. Elles prônent l'harmonie entre tous les groupes qui composent le corps du personnel. Une IMV stigmaphobe donne son point de vue sur des situations vécues :

Des fois, il y a beaucoup de personnes qui vont crier au meurtre, oui c'est des racistes, c'est ceci, c'est cela, faut se mettre aussi à la place de l'autre, voir est-ce que j'ai (bien) fait ce que j'ai à faire, est-ce que j'ai pas (bien) fait. Alors si tu n'as pas bien fait un travail et que quelqu'un vient te corriger, il faut l'admettre (P5, p.6).

Une IMV occupant un poste de responsabilité et qui se situe dans une zone liminale entre les deux groupes, raconte avoir beaucoup de difficulté à gérer les conflits liés aux IMV. Ces dernières acceptent les ordres d'une infirmière de la majorité et refusent de se conformer aux siens, ce qui la met dans une situation inconfortable :

J'ai tellement de résistance de ces personnes-là que je ne peux pas les approcher. On dirait que ça ne passe pas. Ils ne peuvent pas prendre comme l'autorité venir de moi là, comme, non! Non! Mais la gestionnaire qui est canadienne qui va venir c'est comme ah, okay, oui! Oui! (P5, p.5).

Cette même infirmière avoue vivre beaucoup de frustration quand les IMV du même groupe lui demandent sa sympathie. Elle aimerait bien les aider, mais elle est obligée de se conformer aux normes du travail pour se protéger elle-même et garder sa licence :

Pas faire un travail? Puis après ça, me dire ben, on est entre nous autres là, tu devrais comme (nous protéger) ... non! Je ne protège personne tu sais, j'ai un permis, j'ai des comptes à rendre pis non, je ne peux pas protéger personne. Alors moi c'est ça que je vis là ... c'est difficile (P5, p.5).

Ce verbatim montre la frustration et les difficultés éprouvées par les IMV occupant des postes de responsabilité quand il s'agit de soutenir ou venir en aide aux membres de leur groupe d'appartenance.

5.3.3.3 Violence

En vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail et du Code des droits de la personne, tous les acteurs au sein de l'institution de soins de santé, direction, superviseurs et le reste du personnel sont tous responsables de la santé et de la sécurité au travail. Les normes et les exigences en matière de violence et de harcèlement sont bien établies et tous les acteurs y sont assujettis, comme le précise cette gestionnaire :

On a des politiques de harcèlement puis de discrimination ici à l'institution. Alors, c'est zéro tolérance puis tout le monde fait la formation en ligne (P4, p.14).

Une autre gestionnaire ajoute :

On est au Canada ici, ici c'est inacceptable. On a des lois sur la sécurité, on a des lois sur la violence et puis on n'a aucune tolérance. Alors, ce n'est pas parce que t'es caucasien ou non caucasien, c'est basé sur la loi du Canada (P3, p.11).

Cependant, le phénomène de violence est d'une grande complexité et exige parfois un grand effort de réflexion pour en comprendre les multiples nuances et composantes. Certaines IMV se plaignent de la répartition de la charge de travail qu'elles considèrent comme une pression accrue et excessive de productivité. Une IMV croit que la répartition des tâches est injuste et biaisée. Pour elle, le processus de répartition est une forme de violence :

J'ai dit, parce que dans la fin de journée moi j'ai fini mon côté avec six patients pendant que l'infirmière blanche autorisée, elle, a fini son côté avec quatre patients. J'ai dit ça-là, c'est une forme de violence que moi, je n'accepte pas ... J'ai dit, vous avez demandé, à tout le monde de prendre une formation sur la violence, ça c'est une forme de violence. J'ai dit pourquoi comme infirmière noire ma charge de travail doit être toujours plus lourde ? (P10, p.5).

Ce verbatim, quoiqu'il ne fasse pas l'unanimité, contredit les récits des gestionnaires cités auparavant qui disent que toutes les infirmières sont traitées sur un même pied d'égalité.

La qualité des relations inter infirmières établies au sein de l'institution et la façon dont certaines infirmières traitent leurs collègues au quotidien sont de forts indicateurs de violence.

Une relation de travail fragilisée par un rapport de force inégalitaire pourrait être à l'origine d'une situation aversive ou un environnement particulièrement irritant. Une IMV raconte à quel point elle a été sujette à l'hostilité de la part de ses collègues de la majorité qui lui tendaient des pièges pour l'induire en erreur et prouver son incompetence :

Elles ne m'aimaient pas, et elles faisaient tout pour que ... elles me tendaient des pièges pour me mettre en erreur. Pour montrer que moi, je ne suis pas capable (P12, p.3).

Le climat de travail stressant et la fréquence de conduites aversives, voire violentes, seraient fortement liés à la perception qu'ont les IMV de la façon dont elles sont traitées. Une autre IMV a déclaré avoir été intimidée sans cesse dans le but de quitter son emploi à cause de la couleur de sa peau :

J'ai dit moi, je ne vais pas quitter à cause de vous, je vais la quitter quand ça me tente plus. Parce que (l'institution X) quand même c'est un bien public ce sont mes taxes, se sont nos taxes qui la font fonctionner. J'ai dit cette politique d'intimidation, cette politique de violence envers les noirs, ça fonctionne plus. J'ai dit vous êtes tellement racistes que ça saute aux yeux (P10, p.8).

Cette IMV est la seule à faire une accusation sérieuse à l'encontre de l'institution, elle contredit les propos de certaines IMV, cités auparavant, qui ont reçu soutien et encouragements pour occuper des postes de responsabilités.

Jugement de valeurs

Quelques IMV croient que les infirmières de la majorité sont ethnocentriques. Elles croient qu'elles nient ce que vivent et ressentent les IMV, elles ne les croient pas attentives à ce qui leur est étranger. Elles croient que la question de la couleur demeure un ancrage sociétal et qu'elle demeure comme une idéologie de différenciation et de justification des conduites qui alimente des jugements de valeur et favorise des pratiques inégalitaires. C'est ce que l'on peut tirer de l'extrait suivant :

Elles (infirmières caucasiennes) ont une arrière-pensée (sur les IMV), qu'on n'est pas compétent, pourtant ce n'est pas vrai. On a des étiquettes, des fois je remarque que même des médecins immigrants sont qualifiés d'incompétents. Ah, il n'est pas compétent, je dis comment tu sais qu'il n'est pas compétent? ... Comme une image qu'on colle aux gens. Je dis il est médecin, comment peux-tu dire qu'un médecin n'est pas compétent? Mais quand c'est un médecin blanc, ah lui, lui il est bon, lui est compétent (P11, p.11).

Cette IMV croit qu'il y a des jugements de valeurs de la majorité dominante et des attitudes qui font que « l'autre », est systématiquement considérée comme imparfait ce qui justifierait sa discrimination :

Il y a le stress de la réalité stressante de ce milieu-là, mais également le stress de la performance. Donc on te demande une certaine performance à cause de la couleur de ta peau. On ne te le demande pas verbalement, mais on te le demande par le jugement, le regard, puis la manière dont on te voit déjà toi en tant que noir. C'est très, très, très, très, fort (P9, p.13).

On peut déduire que cette IMV aimerait voir des attitudes exemptes de jugement de valeurs. Les deux verbatim de cette IMV donnent à la couleur de la peau une importance fondamentale. Cela nous pousse à nous demander s'il ne s'agit pas d'un sentiment ou d'une perception personnelle de l'IMV. Le récit de l'une des membres de son groupe d'appartenance raconte une histoire tout à fait opposée :

J'ai une gestionnaire pour qui les règlements sont les mêmes, que tu sois minoritaire, noire, blanc, peu importe, les règlements sont les mêmes pour tout le monde (P6, p19).

Elle ajoute :

Elle est blanche et elle est juste. Les règlements sont exactement les mêmes pour tout le monde. Elle t'encourageait que tu sois minoritaire ou pas, elle ne voit pas de barrières c'est comme si pour elle, il n'y a pas de barrières on est tous égaux, on est toutes des infirmières (P6, P.19).

Elle ne s'arrête pas là et continue à faire les éloges de sa gestionnaire :

On est même surpris. On a appris à l'aimer. Je pense selon moi, c'est à cause qu'elle a fait des éducations, elle fait de hauts niveaux d'éducation, elle est très éduquée. Elle est vraiment professionnelle. Elle ne s'attardait pas sur les petits

détails. Elle nous voit comme des adultes, il y a certains détails que vous pouvez gérer entre vous, moi je vais gérer autre chose que ça, plus importants. Ça, ça nous a mis plus en confiance, ça nous a montré oh, on a une valeur là, la gestionnaire nous valorise oh, on peut faire, ça nous a poussé encore plus à nous appliquer au niveau du travail. So, ça c'est une chose qui nous a très marqué, on a vraiment apprécié (P6, p.19).

Ces extraits montrent que la gestionnaire citée dans le verbatim a toutes les qualités désirées et répond aux attentes de l'IMV. Les IMV ont fini par l'aimer pour sa reconnaissance envers elles, pour son impartialité et par ses encouragements. Elle leur inspire confiance pour son indifférence vis-à-vis de la couleur de la peau.

Du côté des IMV, elles soutiennent que certaines infirmières de la majorité ont plus de chances d'accéder à des postes de gestion parcequ'elles sont jeunes, blanches, même si elles « viennent juste de graduer », sans compétence et sans expérience. Ainsi, on peut constater que les IMV et les gestionnaires ont deux visions polarisées quant à l'accès aux postes de gestion, ce qui nous pousse à nous interroger sur les mécanismes par lesquels les deux groupes se forgent leurs convictions.

Une IMV juge que les conditions avantageuses, économiquement et socialement, pour les infirmières de la majorité leur donnent plus de chances de réussir, alors que les IMV vivent des situations difficiles sur tous les plans :

J'ai constaté un peu de nonchalance eh, dans les minorités visibles, mais c'est quoi la raison? Est-ce parce que comme je disais encore là, elles arrivent ici déjà avec un certain âge, sont fatiguées avec tous les problèmes tu sais, y a toutes les composantes sociales aussi là-dedans, tandis que les infirmières, les jeunes filles blanches de vingt-trois, vingt-quatre ans, qui n'ont peut-être pas de dettes à l'école, papa, maman a tout payé, qui n'ont peut-être pas de responsabilités, tu sais, qui sont plus vivantes puis qui sont plus à l'aise dans ce qu'elles font. Oui, en effet, y a quand même une certaine nonchalance dans les minorités visibles, mais y en a qui travaillent très fort aussi, qui ne sont pas reconnues pareil. Dans la nonchalance là, y en a qui sont de très, très, très bonnes infirmières (P1, p.10).

Cette IMV occupant un poste de responsabilité cherche à comprendre la raison derrière la présumée nonchalance des IMV. Elle pense que la différence de satisfaction à l'égard de la vie sociale et économique entre les IMV et leurs collègues de la majorité a un impact sur leur comportement.

Certaines IMV ont déclaré qu'elles se sentaient victimes de jugements dépréciatifs de la part de leurs collègues de la majorité. Elles croient que cette situation a pour conséquence l'adoption par leurs collègues blanches, à leur égard, d'un ensemble de remarques négatives et blessantes, de jugements de valeur et de stéréotypes :

J'avais l'impression aussi, le fait que je suis noire, c'est pas que je me sens attaquée ou pas, mais les gens ont tendance (à croire), quand on est noir, on est imbécile, on est bête, on sait pas ce qu'on fait, puis ils ont tendance à monter sur de « grands chevaux » (P10, p.3).

Le sentiment du préjudice causé par les jugements de valeur qui est exprimé par cette IMV est une forme de violence qui s'inscrit dans la relation de pouvoir entre les IMV et leurs collègues de la majorité. Un tel jugement a été exprimé par la gestionnaire qui a voulu garder l'anonymat en qualifiant certaines IMV de tricheuses et de nonchalantes.

5.3.3.4 Fracture interculturelle

Pour certaines IMV, les relations socio-culturelles entre groupe majoritaire et IMV sont perçus comme fracture interculturelle entre les deux groupes. L'analyse des verbatim révèle que certaines IMV croient en l'existence de murs « invisibles » entre races, cultures et ethnies des deux groupes et que la force des préjugés y est de taille. Le concept de culture, quel que soit le niveau auquel il se situe, se trouve naturellement lié au concept de l'identité, de la représentation de l'Autre et de la perception de soi. Quand deux groupes de cultures différentes interagissent dans un milieu de travail, il y a certainement communication et interaction interculturelles. Quand les membres des deux groupes sont conscients de leurs différences culturelles et qu'ils

reconnaissent réciproquement leur altérité, il peut y avoir une chance de trouver un terrain d'entente, cela ne veut pas dire que l'interaction interculturelle ne peut pas se passer sans heurt. Certaines IMV croient qu'il y a une hiérarchie naturelle qui les sépare de leurs collègues blanches. Elles croient aussi que cette hiérarchisation peut même causer une fracture sociale qui aboutit à leur isolement, à la violence quotidienne en milieu de travail, laquelle se traduit par un repli causé par le manque de convivialité de la part du groupe dominant. Ceci est reflété par le sentiment que ressent cette IMV :

Il y a une hiérarchie naturelle et chacun semble percevoir, en tout cas ce qu'ils disent, chacun semble percevoir que l'autre race, d'autres cultures les traitent différents (P2, p.5).

Une gestionnaire décrit comment, à l'heure du repas, les IMV préfèrent s'isoler dans leur cuisinette pour éviter de se joindre à l'ensemble des infirmières :

J'essaie de penser à l'heure du dîner avec qui qu'elles mangent. Elles vont prendre leur pause ensemble. Je ne dis pas qu'elles vont tous aller (s'isoler) à la salle à manger, dans leur cuisinette (P2, p.6/7).

Un autre facteur à l'origine de la fracture interculturelle ressenti par les IMV réside dans le sentiment de victimisation ainsi que dans les stéréotypes et représentations négatives qui se traduisent en désintérêt, lenteur et argumentation. Une IMV exprime ses sentiments quand elle a rejoint l'institution :

Quand je commençais à travailler, alors j'ai vécu vraiment des situations difficiles à mon travail, avec des gens qui comme te dévalorisent, que tu n'es pas capable de faire, que tu ne cours pas trop vite (P12, p.2/3).

Pour les IMV, si les conflits à l'origine de cette fracture interculturelle ne sont pas gérés de façon adéquate, ils conduiront à plus d'exclusion et de discrimination quant à l'accès à des postes avancés. Une participante s'interroge sur les relations interculturelles futures au sein de l'institution :

Ce n'est facile pour personne. La mentalité, est-ce qu'on va la changer de part et d'autre, de la part de minorités visibles et de la part de blancs est-ce qu'on va changer la mentalité? Je ne sais pas, peut-être pas (P1, p.13).

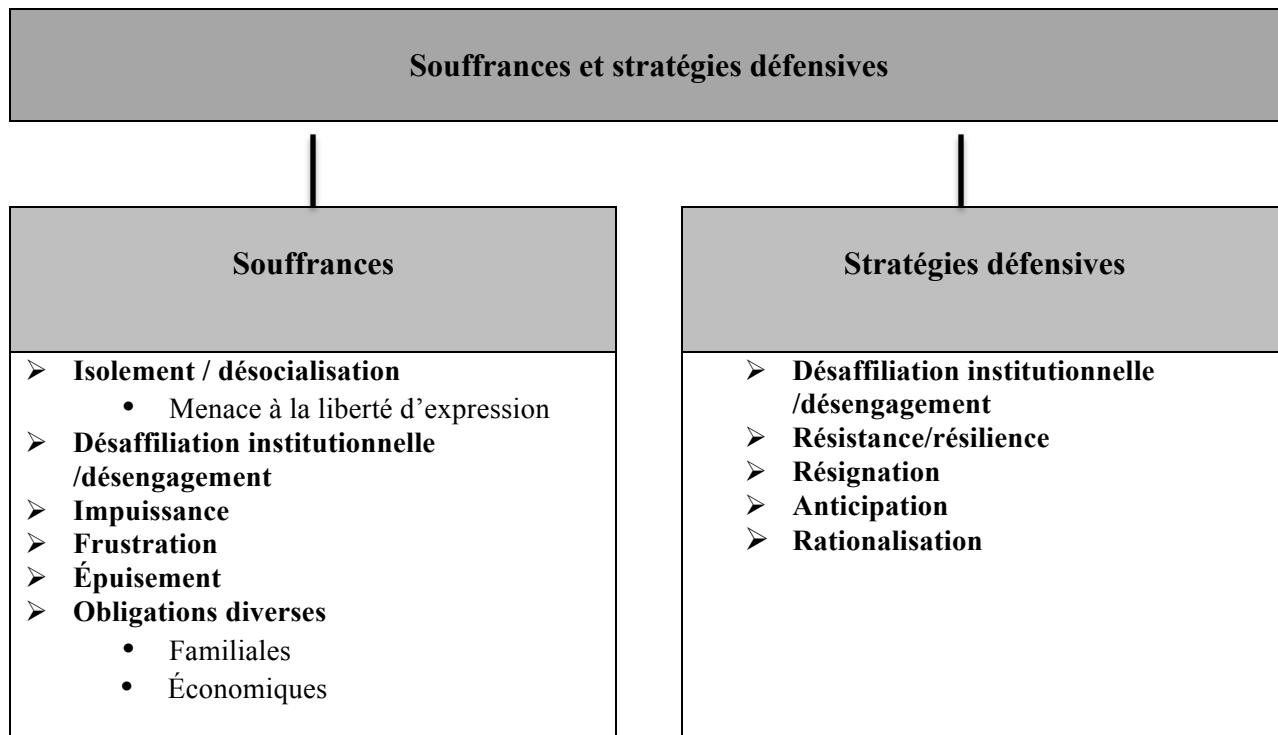
Le sentiment de fracture sociale ressenti par les IMV peut être à l'origine de leur exclusion, cela soulève la nécessité pour l'institution d'y prêter une attention particulière.

Dans cette partie nous avons analysé l'importance des relations humaines dans ce milieu ainsi que les conditions de travail des IMV dans leur quête de postes avancés dans la hiérarchie institutionnelle. Dans le quatrième et dernier thème, nous allons analyser les souffrances vécues par les IMV et les stratégies de défense établies afin de faire face à cette souffrance.

5.4 Souffrances et stratégies défensives

Nous avons divisé ce thème en deux catégories à savoir les souffrances vécues par les IMV et les stratégies de défense qu'elles adoptent afin de les atténuer. Ces deux catégories sont divisées en plusieurs autres sous-catégories, telles qu'illustrées dans le tableau ci-dessous.

Figure 5.6 : Thème 4 – Souffrances et stratégies défensives



Dans cette catégorie, nous avons noté les souffrances ressenties par les IMV quant aux difficultés liées à l'accès à des postes avancés et les mécanismes développés par ces infirmières pour diminuer ou éviter ces souffrances. Pour comprendre le choix des mécanismes de défense ou la stratégie adaptée, il faut donc étudier aussi bien l'acteur de la stratégie que son environnement social. Dans cette partie, nous allons nous concentrer sur la nature des souffrances ressenties par les IMV, à savoir l'isolement et la désocialisation, la menace à la liberté d'expression, la désaffiliation et le désengagement, le sentiment d'impuissance, la frustration, l'épuisement et les obligations diverses. Nous allons aussi nous attarder sur les stratégies de défense adoptées par les IMV afin de contrer les difficultés vécues dans leur milieu de travail.

5.4.1 Souffrances

Certaines IMV croient vivre une double souffrance, c'est-à-dire celle qu'elles ont vécue dans leur pays d'origine, où elles étaient témoins de conflits et d'atrocité interethniques, et celle qui vient du déni de ce qu'elles ont vécu par leurs collègues du pays hôte qui banalisent leurs expériences difficiles. Une gestionnaire compare l'environnement d'où viennent les IMV à celui du Canada :

Nous on ne connaît pas ça (les conflits interethniques) ici au Canada. On en a jamais vu une guerre civile, tandis qu'eux, il a fallu qu'elles se battent pour se défendre pour être ce qu'elles sont aujourd'hui, pour venir ici vous savez. Alors, ça, (les conflits) ça se continue tu sais peut-être au travail (P3, p.14).

En milieu de travail, selon cette gestionnaire, le comportement de ces IMV reste entaché de souvenirs douloureux, ce qui se reflète dans leurs comportements et leurs relations avec leurs collègues. Pour sa part, une IMV semble appuyer le raisonnement de la gestionnaire par cet extrait :

On travaille ici, on travaille! Vos histoires on les laisse à la maison, on les laisse chez nous. On est dans un autre milieu, faut vivre ce qu'on vit ici. On ne devrait

pas amener tu sais, bataille, guerre.... Oui, je comprends, c'est des choses qu'on a vécu (P5, p.9).

L'IMV reconnaît, à la fin de sa citation, avoir vécu des conflits dans son pays d'origine. Cependant, IMV comme gestionnaires sont conscientes que certaines hostilités inter groupes ethniques laissent des séquelles même après l'émigration et que cela ne devait affecter les relations de travail dans le pays hôte.

5.4.1.1 Isolement / désocialisation

Quelques IMV ont exprimé un sentiment de solitude dû à un climat de travail déplaisant et stressant au sein de l'institution. Elles voient qu'elles manquent de soutien social significatif de la part de leurs collègues de la majorité blanche. Le sentiment de solitude éprouvé pourrait donc être le résultat de l'écart entre le soutien social désiré et le soutien social vécu. Quelques IMV croient que le manque de soutien social significatif affecte négativement la qualité de leur vie ainsi que leur fonctionnement personnel. Quelques une d'entre elles constatent que la dévalorisation de l'image de soi, de même que l'identité négative, est une souffrance pénible et durable. Ce sentiment de dévalorisation et de manque de reconnaissance des compétences est exacerbé par un manque de mentoring et de formation et conduit à l'exclusion et à la marginalisation. Elles croient que la charge de travail et les « sales boulots », ainsi que les difficultés de conciliation travail-famille convergent à l'isolation et à la désocialisation de l'IMV, voire sa disparition de la scène institutionnelle. L'extrait suivant d'une IMV résume ces sentiments :

Elles ont tellement vu, elles ont tellement été victimes de ces coups qu'elles se disent okay moi je vais juste faire mon travail et je rentre chez moi, c'est tout. Moi, je trouve la meilleure des solutions pour moi c'est aller, faire plus d'études et juste quitter (P6, p.2).

Comme les relations sociales inter-infirmières sont essentielles en milieu de travail, celles qui ne réussissent pas à se constituer un réseau de relation de soutien et à participer activement au sein de l'institution se retrouvent isolées. La réaction la plus dangereuse du point de vue de la construction identitaire des IMV est l'intériorisation de l'image dévalorisée construite et renvoyée par les IIM. Dans une telle situation, non seulement l'ascension verticale tant souhaitée par l'IMV est mise en péril, mais aussi son existence même au sein de l'institution est en danger :

Je ne suis pas tout à fait satisfaite avec la situation actuelle, les conditions de travail, certaines exigences. Ce que je cherche à faire c'est juste, c'est changer de milieu et puis changer aussi les conditions (P6, p.1).

Cette IMV attribue à la non-reconnaissance de ses compétences, un stress psychologique et émotionnel qui finit par générer une réaction d'indifférence, de désintéressement et de désinvestissement dans son travail :

Le feeling que ça nous donne, c'est juste que tu viens travailler, tu fais ta job et tu sors de là le plus tôt possible, tu t'investis pas dans ton emploi émotionnellement, dans quoique ce soit, puisque tu risques d'être blessée en retour, parce que t'a beau faire ton cent pour cent, mais ça sera jamais assez et puis l'autre (infirmière de la majorité), qui n'est pas aussi qualifiée que toi, qui n'est pas aussi bonne que toi elle, est plus reconnue et puis c'est juste que émotionnellement ça, ça a un effet sur toi (P6, p.4).

Il est probable que cette IMV vit un moment de détresse qui la pousse à se désintéresser et à se désinvestir dans son travail. Un tel comportement risque d'être néfaste, voire fatal pour l'accès à un poste avancé de la hiérarchie institutionnelle.

Par contre, une autre IMV souligne que si une personne veut atteindre les postes privilégiés de la gestion elle doit savoir exploiter son potentiel :

Il faut que tu travailles fort, il faut que tu prouves que tu es incontournable au lieu de rester (subalterne) alors qu'il y a beaucoup de potentialité. C'est toute des personnes qui ont fait de grandes études dans leur pays, tu sais, ils viennent ici ingénieurs, médecins. Ils ont beaucoup de potentiel, mais est-ce qu'ils le mettent

au service d'eux-mêmes. Tu veux être valorisé, tu veux qu'on te respecte lève-toi à ce niveau-là ... toutes les obligations puis toutes les responsabilités qu'on a, ça prend beaucoup de vous. Quand vous vous faites votre doctorat là ça prend beaucoup de sacrifice, Pensez-vous qu'il y en a beaucoup qui vont vouloir faire ce sacrifice? Je ne pense pas (P1. p.9).

Pour celle-là, une IMV en quête d'un poste de pouvoir doit avoir la volonté de relever les défis et doit savoir gérer sa situation.

Menace à la liberté d'expression

Une IMV a exprimé un sentiment d'aliénation du fait que les IMV ne peuvent pas exprimer librement leur point de vue sur leurs conditions de travail. Elle croit que les IMV se voient incapables de changer la situation et craignent que toute critique de la politique de l'institution ne soit attribuée à un manque de loyauté. De ce fait, elle croit que toute tentative d'expression de point de vue sera considérée comme un acte hostile et sujet à être examiné minutieusement et « sous la loupe ». C'est ce que cette IMV essaye de nous expliquer dans cet extrait :

À l'institution où est-ce que je travaille, les règles, je peux dire que, les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde ok. Ça, c'est une des choses majeures que je peux voir et puis avec le temps je suis tannée. Je me suis dit faut que ça change. Mais, quand tu prends un pas en avant puis tu commences à parler, tu deviens la bête noire et quand tu deviens la bête noire, on commence à te surveiller, toutes les petites choses que tu fais sont auscultées à la loupe et ils prennent ça, et puis, ils font une grosse histoire avec ça (P6, p.1).

L'IMV exprime donc son inquiétude quant aux représailles éventuelles qui peuvent être prises contre elle si jamais elle exprime ouvertement ses préoccupations. Une autre infirmière accuse ses collègues de la majorité de faire de l'intimidation. Elle prétend qu'en cas de différence de point de vue entre collègues, elle juge qu'une IMV doit céder à l'infirmière de la majorité pour éviter toute confrontation, par crainte de représailles et de l'inconfort que cela peut susciter. Ainsi, elle croit que les IMV doivent adopter la retenue comme stratégie de défense :

C'est juste, on évite les chicanes, c'est parce que aller se battre, aller te plaindre c'est ... tu deviens la bête noire, tu cherches la chicane, tu es surveillé ... là tu es

à la loupe, so, tu essaies, d'éviter tout ça, tout ce qui est confrontation tu évites ça, tout ce qui risque d'amener ... d'inconfort tu évites ça (P6, p.15).

La liberté d'expression est tabou pour cette IMV. À la croire, une IMV ne peut même pas recourir au syndicat. Certaines IMV croient que le syndicat ne défend que les intérêts de l'institution et se range toujours du côté de l'employeur :

Puis même quand tu vas voir les syndicats, les syndicats c'est pour l'administration, ce n'est pas pour les infirmières (P10, p.9).

Par ce verbatim, l'IMV remet en cause le rôle du syndicat dont la mission est d'aider les infirmières à régler les problèmes qui surviennent en milieu de travail, d'agir contre la violation aux droits et de lutter pour la justice sociale. L'extrait de cette IMV contredit celui d'une gestionnaire qui a dit qu'elle fait tout ce qu'elle peut pour faire parler les IMV, pour s'exprimer librement :

... Alors moi, je suis ici pour vous, ma porte est ouverte, vous venez quand vous voulez. Si vous voulez avoir quelqu'un d'autre avec vous c'est correct, moi c'est un climat (relaxe), la porte fermée on se fait confiance « it's a safe environment » (P4, p.5).

Certaines IMV croient donc que la liberté d'expression n'existe pas, alors que certaines gestionnaires se sont dites prêtes à entendre leurs revendications en toute objectivité et avec ouverture d'esprit.

5.4.1.2 Désaffiliation institutionnelle /désengagement

On a relevé chez une partie des IMV participantes une tendance de rupture des liens sociaux avec les infirmières de la majorité, caractérisée par la fragilité du tissu relationnel. L'affiliation des IMV au sein de l'institution semble, pour quelques IMV, constamment mise à l'épreuve, de plus en plus affaiblie, voire absente. Elles perçoivent que leurs pairs de la majorité voient en elles des employées qui ne participent pas pleinement à la vie sociale de l'institution :

Les IMV ne parlent pas de leurs patients, elles manquent d'empathie. Je pense, ne priorise pas le patient. Il y a des attentes de l'employeur pour donner les outils, mais les IMV manquent d'engagement. Elles demandent des formations payées. Elles ne font rien si elles ne sont pas payées. Elles vont venir à des conférences ou séances de développement si le lunch est payé sinon elles ne sont pas là. Elles veulent travailler dans cette unité, car c'est moins de physique, on ne change pas les couches. Sur d'autres unités (X et Y) elles sont nombreuses là aussi, car elles aiment une routine et la stabilité. Je ne comprends pas les IMV comme les Chinois les Arabes et les Philippins travaillent très fort et vite, pas comme les Haïtiennes et les Africaines (inf. anonyme, prise de notes).

Une telle affirmation, faite par cette gestionnaire, amène chez les IMV un sentiment d'infériorité sociale, un sentiment d'échec et un renvoi à la logique de la désignation et de l'étiquetage, ce qui a un effet négatif sur le plan identitaire. La perception par quelques IMV du manque d'encouragement et la non-reconnaissance de leurs contributions aux activités professionnelles provoquent chez elles un sentiment de dévalorisation et d'appartenance à une catégorie d'employées au statut peu honorable :

T'as beau faire ton cent pour cent, mais ça sera jamais assez ... et c'est juste que émotionnellement ça, ça a un effet sur toi (P6, p. 4).

Ces IMV se sentent exclues et cette exclusion contribue à un sentiment de rejet et à une image négative de soi, le plus grave c'est l'intériorisation d'une image dévalorisée de soi. Cette fragilité intériorisée par quelques IMV renvoie à l'humiliation, au désarroi, au repli sur soi, au ressentiment et finit par un désengagement :

Donc on te cultive que t'es pas tellement bonne que tu finis par manquer de confiance en toi, et on te cultive que c'est une position pour toi de sorte que t'as tellement peur que tu ne vas pas réussir. Donc finalement, même dans ta propre tête, tu es convaincue à l'avance que tu ne vas pas pouvoir tenir sur cette position (de gestionnaire) et finalement si, si t'es une personne avec multiples tâches et charges (familiales) comme moi, tu risques de ne pas avoir les forces nécessaires pour tenir dans tout ça (P9, p. 15).

Pour ces IMV, le désengagement est le remède qui met fin à leur souffrance affective et qui mine leurs énergies sur le plan individuel et collectif :

Si tu ne t'investis pas émotionnellement tu ne risques pas d'être blessée. So, si tu ne t'impliques pas au travail plus qu'il faut, tu n'as rien à perdre au niveau émotionnel (P6, p. 5).

Pour une IMV qui aspire à un poste avancé, il faut relever les défis et s'investir dans son travail. Cette IMV suggère le repli comme stratégie de défense. Cette IMV ne se rend pas compte qu'une telle stratégie ne mène à rien, surtout pas à relever les défis pour accéder aux postes de gestions.

5.4.1.3 Impuissance

Malgré les politiques proactives adoptées en faveur de l'égalité des employées dans l'institution, objet de notre recherche, quelques infirmières ont rapporté qu'elles vivent un grand sentiment d'impuissance face aux obstacles à la mobilité verticale auxquels elles font face. Ce sentiment d'impuissance entraîne chez elles une détresse psychologique dans leur parcours de carrière. Cette IMV identifie les difficultés à caractère discriminatoire qu'elle a rencontrées avec sa chef d'équipe :

Personnellement, moi j'ai appliqué pour travailler aux soins intensifs ça m'a été refusé et la raison pourquoi ça m'a été refusé, ça n'a pas de sens,.... et puis après, je me suis dit ok, ça sert à rien que je m'obstine avec elle, elle ne veut pas de moi dans son équipe et puis ça sert à rien que je rentre de force, elle va juste me rendre la vie dure afin que juste laisser tomber. Il y a certaines places à l'institution qui sont réservées juste pour les infirmières de la majorité (P6, p. 13).

Certaines IMV considèrent même l'éventualité de changer d'institution, car elles ne sont plus capables de vivre la détresse psychologique causée par l'injustice qu'elles croient subir dans cette institution.

La langue anglaise, devenue une exigence, elle représente une véritable barrière à leur émancipation et limite leurs choix de rester travailler dans l'institution, tel qu'exprimé par cette IMV :

C'est très francophone et moi je suis d'une minorité visible où la langue principale c'est le français et souvent les infirmières de ma minorité visible sont

très limitées en anglais, alors eux autres, elles n'ont pas l'option d'aller voir ailleurs. Alors, elles sont comme clouées à l'institution actuelle parce que c'est pas une option pour elles d'aller voir ailleurs puis chercher une autre position. Alors, elles se résignent à rester à l'institution. So, c'est juste, elles se sont résignées à rester ici, c'est tout. Mais pour ceux qui sont, qui sont bilingues, qui sont plus jeunes, qui ont plus de flexibilité, souvent elles partent ailleurs, dans les plus grands hôpitaux ou est-ce que les chances sont cinquante-cinquante que tu sois de minorité visible ou pas (P6, p.5).

Certaines d'entre elles se sentent impuissantes devant la contrainte de la langue, plusieurs d'entre elles ont des priorités familiales et financières et se trouvent incapables de retrouver le chemin de l'école. Elles sont inquiètes de la possibilité de perdre leur emploi :

Puis c'est sûr que les noires ont tellement peur, premièrement peut être qu'elles ont, une barrière linguistique. Ils ne veulent pas perdre leur emploi il y en a, ça fait quinze ans, ça fait vingt ans, ça fait 25 ans qu'ils travaillent là. Aller ailleurs, recommencer en bas de l'échelon, ce n'est pas quelque chose à considérer. Puis aller quelque part d'autre où tu dois passer une entrevue en anglais, c'est peut-être une barrière linguistique tout et tout (P10, p.24).

Une IMV croit que l'administration de l'institution est impliquée dans tout ce qui leur rend la vie difficile, elle demande à ce que l'institution change de politique envers les IMV :

La culture organisationnelle, l'administration à l'institution X c'est que l'administration embarque aussi, dans cette politique, c'est comme si c'est une culture raciste à l'institution X ça devient une politique organisationnelle. Donc tant qu'on n'arrive pas à changer, puis à changer la mentalité, ça fonctionnera pas (P10, p.30).

Cette IMV attribue à son institution une culture raciste sans donner d'éléments tangibles qui confirment sa thèse. Nous ne pouvons confirmer s'il s'agit d'une mauvaise expérience vécue avec l'une de ses collègues ou l'une de ses gestionnaires.

5.4.1.4 Frustration

Quelques IMV vivent de fortes tensions dans leur relation de travail avec leurs pairs de la majorité. Ces tensions sont caractérisées par une frustration liée à ce qu'elles croient être une injustice et un manque de reconnaissance de leurs compétences. Ces IMV veulent être jugées au

même pied d'égalité que le reste des infirmières; cependant elles croient que ce vœu est miné par une attitude de favoritisme envers les infirmières issues de la majorité et une attitude hostile à leur égard :

Personne ne va me dire là qu'une fille qu'elle soit blanche ou noire, qui sort de l'école qui n'a aucune expérience va travailler à l'urgence sans faire une erreur de médicament. C'est mon exemple banal là. L'erreur de médicament, ça arrive à tout le monde à n'importe quel âge. Mais pourquoi les autres filles blanches on les tolère, mais quand c'est mettons une minorité visible ça sera pas toléré, ça va être dangereux pour la sécurité du patient, mais c'est la même sécurité du patient qui se passe de l'autre côté aussi là (P1, p.11).

Les attitudes négatives d'injustice et de non-reconnaissance des compétences, ressenties par les IMV, ainsi que la surcharge du travail, sont perçues comme une source de frustration. Certaines IMV ont des difficultés à supporter la charge psychique associée aux sentiments d'insatisfaction, de frustration, de stress et de souffrance causés par la surcharge du travail. Ces sentiments négatifs se répercutent sur leur environnement de travail, notamment leurs proches coéquipiers sous forme de tensions et conflits liés à l'exécution des tâches :

C'est la surcharge de travail, les gens sont très occupés, les gens sont frustrés alors qui travaille là? C'est nous, alors on finit par s'accrocher (se quereller), mais ça vient d'où? Si on avait tout l'équipement, tout le personnel, chacun travaillerait à son aise, on serait (satisfait), tout le monde, mais on est frustré. Moi, j'ai pas le temps, j'ai pas d'aide, tu n'as pas d'aide... (P8, p.5).

Une IMV a exprimé aussi un sentiment de frustration et d'exclusion quant aux politiques d'embauche et de promotion du fait que l'une de ses collègues (qui était médecin dans son pays d'origine) ne soit acceptée pour occuper un poste de gestionnaire:

...Tout ça, c'est la frustration, et puis on se dit on n'est pas chez nous. C'est comme ça que moi je vois ça (P11, p.8).

Quelques IMV voient que l'injustice et l'iniquité dont elles se croient victimes leur causent une profonde frustration et tuent en elles tout désir de motivation et d'investissement.

La disparité qu'elles ressentent, en matière de promotion, selon elles, leur cause de la déception. Elles se sentent exclues des postes avancés de la hiérarchie institutionnelle, ce qui laisse à croire qu'elles ne se sentent pas les bienvenues dans leur pays hôte et qu'elles seraient toujours considérées comme des étrangères, exacerbant ainsi leurs sentiments de frustration.

5.4.1.5 Épuisement

Plusieurs IMV interviewées ont exprimé un sentiment de stress chronique et une dégradation de la qualité de vie au travail. La surcharge de travail, la non-reconnaissance de leurs efforts et compétences, un environnement de travail tendu, une communication insuffisante avec leurs pairs de la majorité leur causent du stress. La marginalisation et l'exclusion des postes avancés, le manque de soutien social en milieu de travail, les lourdes responsabilités familiales, et les difficultés de conciliation entre vie familiale et la vie professionnelles sont des facteurs qui provoquent en elles un sentiment d'épuisement voire d'échec.

Une IMV raconte les conditions difficiles auxquelles elle doit faire face tous les jours et le stress que ça lui cause :

Ma charge de travail est beaucoup plus lourde, et à tous les jours une petite plainte qui part, de part et d'autre arrive à la gestionnaire... j'avais cinq patients, cinq patients extrêmement pesants... je dois faire un pansement pic, je dois faire prélèvement de sang via un pic line. C'était la folie furieuse... j'ai fait tout ce qu'il fallait faire, puis j'ai eu un congé. Donc, maintenant mon quota est descendu à quatre patients. Il y a eu une admission. Qui a eu l'admission? C'est moi, puis je ne savais même pas que j'avais une admission. La préposée vient m'appeler pour me dire, ton patient à la chambre (X) à la difficulté à respirer. J'ai dit mon patient dans (X)? J'ai dit, mais j'avais un patient dans la matinée elle a eu son congé à dix heure (P10, p.5).

Sa frustration était encore plus grande quand elle comparait ses conditions à celles d'une collègue de la majorité qui n'avait que quatre patients faciles à gérer :

Pendant que l'autre infirmière blanche, qui avait commencé avec quatre patients, très très léger elle passait, pendant que je courrais sur l'unité. Il est rendu treize heures trente, je n'ai pas pris de pause. À chaque fois que je courrais, je sortais

d'une chambre pour entrer dans une autre, elle était en pause en train de blaguer avec la chef d'équipe. J'ai dit parce que dans la fin de journée moi j'ai fini mon côté avec six patients pendant que l'infirmière blanche autorisée elle, a fini son côté avec quatre patients. J'ai dit ça là! C'est une forme de violence que moi, je n'accepte pas (P10, p.5).

Une autre IMV, tellement stressée par ce qu'elle croit être un manque d'équité, anticipe l'échec comme le résultat ultime dans ses entreprises d'avancement de carrière :

Il n'y a pas d'équité. Alors, on s'attend déjà à ce que, quand tu t'attends déjà à l'échec tu, tu vises pas plus haut que ça parce que tu sais déjà que tu vas échouer (P6, p.12).

À force de croire qu'elles sont désavantagées par rapport à leurs pairs de la majorité, certaines IMV ne croient plus à une réussite de carrière et que seul l'échec leur est réservé. Ainsi, elles croient que la meilleure stratégie de défense à adopter c'est la résignation et l'abandon de la lutte.

5.4.1.6 Obligations diverses

Familiales

L'adhésion des IMV aux normes d'obligation familiale - porter assistance aux membres de la famille dans le pays d'origine - et la conciliation travail famille représentent un enjeu de taille pour ces infirmières. De par leur culture, les IMV sont appelées à s'acquitter de leurs « obligations » à l'égard de leurs parents, de leur famille nucléaire, voire celle étendue, malgré l'éloignement géographique. Cette obligation a une grande importance dans leurs priorités et s'ajoute aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur trajectoire professionnelle. Une IMV responsable semble avoir l'explication de cette situation :

Les immigrants ... arrivent avec un certain âge, ils arrivent, ils ont des familles, de grandes familles, il faut pourvoir aux besoins de cette famille-là. À part de ça, il y a de la famille qui est restée au pays aussi. Donc, il faut penser à ces gens-là. Alors moi, de mon point de vue, je pense que, les gens ne sont pas super motivés eh, à aller, à pousser plus loin mettons pour occuper des postes plus élevés (P1, p.2).

Le conflit entre les rôles que joue une IMV au travail et à la maison explique que la fatigue et le stress vécus au travail peuvent se transposer lors du retour à la maison et vice-versa. Certaines IMV reconnaissent que les obligations familiales constituent un obstacle majeur à leur éducation. Comme le soutient cette IMV, des membres de son groupe ont affirmé qu'elles sont obligées d'occuper deux emplois à la fois pour pouvoir subvenir aux besoins de leurs familles ce qui diminue leurs chances à l'éducation :

Je ne pense pas, qu'elles (IMV) vont se contenter quand tu as un salaire aux deux semaines. T'as mille-cinq cent, deux milles, ça te tente-tu vraiment de retourner à l'école faire une maîtrise pour avoir un niveau très élevé? C'est difficile, pendant que tu dois envoyer de l'argent au pays, puis que tu dois t'occuper de ta famille, ça c'est un volet (P1, p.9).

Elle ajoute dans le verbatim cité à la page 122, qu'elle connaît certaines d'entre elles qui, malgré toutes les barrières socio-culturelles, ont réussi leur diplôme d'infirmière praticienne; mais elles travaillent encore au chevet.

Les IMV se voient ainsi écartelées entre obligations familiales et obligations professionnelles.

Économiques

Le revenu des IMV a une importance capitale pour assurer la sécurité financière de leur ménage. L'essentiel pour les IMV de première génération, selon une participante, est d'avoir un travail afin d'assurer un minimum de confort matériel, s'assurer que leurs enfants soient en bonne santé et qu'ils avancent dans leurs études. Une gestionnaire soutient que si la première génération d'IMV est préoccupée pour subvenir aux besoins de leurs familles, les IMV de deuxième génération, elles, peut-être seraient plus motivées à faire des études pour graver les échelons dans l'institution :

Si elles (IMV) sont immigrantes de première génération, il faut mettre le pain sur la table en premier. Il y a certaines réalités, aller à l'école ce n'est pas nécessairement un choix, tandis que peut-être, la deuxième génération aura peut-être une autre réalité, ça va devenir plus facile d'aller chercher ces diplômes-là et vraiment progresser dans l'organisation (P2, p. 7).

Pour une autre gestionnaire, si les IMV ne cherchent pas à tenter leur chance et appliquer à des positions avancées, c'est qu'elles ont peur des répercussions en cas d'échec; elles ont peur de perdre leur emploi et préfèrent ne pas s'engager dans une trajectoire professionnelle risquée afin d'éviter de mettre en péril leur statut financier :

Le travail pour elles, c'est ce qui paye une facture, c'est leur gagne-pain. Elles en sont fières et puis elles ont une crainte de soulever des points, d'appliquer pour des postes de gestion par peur de conséquences. Après, si elles n'ont pas réussi ou quoi que ce soit. Je pense c'est de fausses croyances. Je pense que surtout à cette institution, on est quand même très ouvert d'esprit. C'est même pas pointé du doigt, c'est plus une institution d'apprentissage. Il y a des chances de grandir dans l'organisation, énormément de formation continue qui est donnée. Donc, c'est à eux aussi de saisir cette chance-là, mais j pense qu'elles n'osent pas (P2, p. 1/2).

Une autre gestionnaire raconte ce que représente quatre heures de travail dans le budget d'une IMV et à quel point ces heures, non payées, peuvent affecter sa famille :

La différence c'est que nous les Canadiens on n'a pas des familles dans d'autres pays qui s'attendent d'avoir, tu sais, cet argent-là. Moi, je ne paye pas pour mes parents, puis je ne paye pas pour mon frère puis j'ai pas une cousine en Italie ou en Chine qui a besoin d'argent. La réalité ici, c'est qu'on a des employés qui ont un travail ici à (l'institution X) à temps complet puis un temps partiel disons en soins de longue durée, alors ils gèrent deux horaires puis, une job là à temps complet pour payer pour la famille puis le point-quatre ou le point-six qu'elles ont ailleurs, pour la famille en Afrique. En plus, elles ont des enfants ... un mariage ... d'autres responsabilités. Si elles manquent quatre heures oh! C'est la fin du monde! ... Je ne peux pas attendre une semaine j'ai besoin de ça parce que ma mère ailleurs attend pour l'argent ...j'vais lui envoyer quand même, mais là il me manque de l'argent pour mes enfants (P4, p.7).

La gestionnaire continue :

J'ai mes dettes à payer, plus j'ai mes enfants, ma famille, plus j'ai des familles ailleurs. Alors, pour moi, les paies on met énormément de temps pour que tout le monde soit bien payé sinon on sait qu'il y a des familles ailleurs qui n'auront pas ce qu'elles ont besoin à cause d'un employé puis ça, on est conscient de ça (P4, p.8).

Les gestionnaires sont conscientes des difficultés financières que vivent certaines IMV; elles sont aussi conscientes qu'une erreur de paye peut causer dans l'immédiat des difficultés financières pour ces infirmières.

5.4.2 Stratégies défensives

Les IMV ont déclaré avoir rencontré, tout au long de leur existence au sein de l'institution, des événements stressants qui les affectent, et auxquels elles doivent s'ajuster. Elles ont déclaré que les tracas quotidiens, l'animosité, la discrimination et les stéréotypes ont un impact sur leur santé psychique autant que sur leur comportement, comme le raconte cette IMV :

À un moment donné, il y avait juste une noire (responsable) puis on l'a fait bouler. Les autres collègues blanches là, c'était des plaintes et des plaintes, parce que ce qui arrive même si t'arrive à un poste, ils vont tellement te fatiguer, ils vont tellement t'intimider, tu vas être fatiguée, tu vas partir (P10, p.12).

Elles doivent utiliser tous leurs processus cognitifs et comportementaux afin de gérer les situations stressantes qui excéderont leurs ressources personnelles. Cette IMV occupant un poste de responsabilité donne l'explication suivante :

Elles ne vont pas aller quelque part où est-ce qu'elles savent que les chances d'échec sont élevées ok? (P1, p.10).

Comme il a été cité dans la page 181 (P6, p.12), où l'IMV donne l'inéquité dans le processus de sélection comme raison de son abstention pour appliquer à un poste, il est probable qu'elle exprime un sentiment de peur de l'échec. Ce sentiment peut provoquer de l'anxiété et du stress ce qui va les inhiber plutôt que de les motiver.

D'un autre point de vue, une gestionnaire voit que c'est plutôt culturel :

Une autre culture eux, ils mettent un mur puis non, c'est correct, vous m'aimez pas, c'est la discrimination, vous faites ça c'est à cause de ma culture, ma peau n'est pas caucasienne alors c'est comme ça que je le vois, c'est comme ça que je ressens avec eux autres (P3, p.1).

De ces verbatim, nous avons relevé que certaines IMV utilisent la discrimination comme une stratégie de défense et en tirent profit. Pour elles, la discrimination est l'explication de l'échec. En utilisant cette stratégie, elles se distancient par rapport à l'échec dans le but de protéger leur estime de soi.

5.4.2.1 Désaffiliation institutionnelle /désengagement

Nous avons constaté qu'un bon nombre des IMV participantes ont adopté des stratégies de défense, comme la désaffiliation, le désengagement et l'évitement. Ces stratégies sont utilisées afin d'atténuer la souffrance vécue. Elles ne sont plus en mesure de supporter le stress généré par les conditions de travail. Peu importe si cette stratégie est efficace ou non, peu importe, si elles arrivent à maîtriser la situation ou non, ce qui les intéresse, c'est diminuer l'effet du stress sur leur bien-être physique et psychique. Le verbatim de cette IMV explique cette stratégie :

Le feeling que ça nous donne, c'est juste que tu viens travailler, tu fais ta job et tu sors de là le plus tôt possible. Tu t'investis pas dans ton emploi émotionnellement dans quoique ce soit, puisque tu risques d'être blessée en retour parce que t'a beau faire ton cent pour cent, mais ça sera jamais assez (P6, p.4).

Dans la plupart des cas, quand il s'agit de poste de gestionnaire à pourvoir, les IMV semblent s'en désintéresser et adoptent une attitude passive, par peur de souffrir en cas d'échec. Cette IMV pense que même si elle fait un grief et qu'elle obtient le poste, les problèmes avec les infirmières de la majorité ne feront que commencer :

Même si tu ferais un grief et tu aurais le poste ils te donneraient pas la paix, et là, c'est encore pire parce que si tu as pris le poste de quelqu'un d'autre là ... maintenant que tu es soi-disant gestionnaire, c'est pas syndiqué, pour eux c'est très facile de te mettre à la porte (P6, p.12).

Ainsi, certaines IMV ont développé une perception négative des chances d'avancement de carrière et ont préféré la désaffiliation et le désengagement au lieu de relever les défis, ce qui est une qualité exigée d'un candidat à un poste de pouvoir.

5.4.2.2 Résistance/résilience

Nous avons relevé qu'il y a des IMV vulnérables qui adoptent des stratégies passives et négatives comme la résignation, la désaffiliation et l'exclusion; d'autres qui ont choisi d'affronter la situation en intériorisant les normes de la majorité et en niant toute discrimination et finalement, celles qui ont choisi des attitudes défensives extrêmes, voire belliqueuses, afin de se protéger contre les comportements qu'elles jugent abusifs.

Cette IMV, constatant que les conditions du travail sont difficiles et qu'il n'y a pas d'espoir d'avancement décide de se résigner et de quitter l'institution :

Oui on est les moins favorisés ... je me sens que, c'est une des raisons pour laquelle moi, quand j'ai eu une année, deux années d'expérience à l'institution, je me suis dit « too bad », je ne vais pas me tuer ici... je ne voyais pas une issue à ça à cette institution. Donc j'ai décidé de partir à l'école (P9, p.4).

Par contre, une autre IMV souligne qu'il faut que les IMV résistent pour réaliser du changement :

C'est difficile de faire comprendre à ces gens-là (IMV) qu'il faut qu'on pousse pour changer la situation (P6, p.2).

Par contre, celle-ci choisit une attitude assimilatrice comme stratégie de défense et d'adaptation afin de surmonter le stress lié au conflit minorité-majorité et croit qu'il n'y a pas de discrimination. Elle voit qu'il ne faut pas tout attribuer au racisme si quelqu'un ne fait pas un travail comme il se doit :

D'où vient le racisme là-dedans, c'est un travail qui n'est pas (bien) fait, il est supposé être fait comme ça alors que tu l'as pas fait comme ça, alors ou est-ce qu'on va chercher le racisme là-dedans (P5, p.6).

Quant à celle-ci, elle trouve que la chef d'équipe lui assigne des tâches supplémentaires, elle refuse catégoriquement l'exécution d'une tâche qui ne relève pas de ses fonctions. Pour elle, cette stratégie de défense est adoptée pour dénoncer la non-reconnaissance de ses compétences :

C'est comme une sorte de politique de douleur. Ils vont te faire travailler, mais sans respecter tes compétences. Je me rappelle une fois une infirmière qui était chef d'équipe, il y a une infirmière qui devrait faire un pansement-vac. (le pansement utilisé dans un traitement par pression négative). L'infirmière est allée voir la chef d'équipe. La chef d'équipe lui a dit, bin va voir X, j'ai dit non. Moi là, j'ai sept patients comme tout le monde je vais prendre soins de mes sept patients. Je ne suis pas une infirmière éducatrice, je ne suis pas un mentor clinique, on ne me paye pas pour. Toi t'es la chef d'équipe tu fais rien au poste, tu vas l'aider ou tu trouves quelqu'un d'autre. Et si tu veux m'envoyer à la gestionnaire, je m'en contrefous (P10, p.6).

Dans un autre verbatim, cette même IMV prend une attitude défensive afin d'atténuer sa frustration quant à la discrimination à la promotion :

Comme on a des noires chevronnées qui ont beaucoup d'expérience. Ils vont mettre une infirmière (caucasienne) qui vient juste de terminer son bac. Une journée j'arrive, il y en avait une, puis elle avait toujours des questions, elle vient me voir, j'ai dit non. Je ne réponds pas à tes questions. T'es chef d'équipe tu prends ta décision. Ah mais, j'ai dit non! Va voir la personne qui t'a placée comme chef d'équipe. C'est ta responsabilité. J'ai dit je m'en contrefous. J'ai dit moi, mes patients, je sais comment « dealer » avec mes patients, je sais comment en prendre soin s'il y a quelque chose, je sais comment faire. On t'a mis comme chef, t'assume (P10, p.6).

Mais une gestionnaire voit en ce genre de comportement une rébellion, et elle le juge comme l'une des séquelles d'un passé douloureux dans leur pays d'origine où sévissaient les guerres et les conflits comme il a été cité auparavant. Certaines stratégies de défense à caractère belliqueux, comme l'a expliqué cette gestionnaire, pourraient être considérées comme les séquelles d'un passé de conflits douloureux que certaines IMV ont importé avec elles et qu'elles utilisent comme stratégie de défense.

5.4.2.3 Résignation

Les IMV ont déclaré que le stress constitue un enjeu majeur dans leur vie professionnelle. Certaines d'entre elles ont adopté la résignation comme stratégie afin d'affronter les effets négatifs du stress. Elles voient que la situation échappe à leur contrôle et quoi qu'elles fassent, elles seraient incapables de réguler les tensions émotionnelles causées par ce stress ni diminuer

son impact sur leur bien-être. Elles ont aussi exprimé un manque de sympathie et d'une insuffisance de soutien social de leurs collègues de la majorité, ce qui rend leur coping encore plus difficile. Cette IMV soutient que son groupe a lâché prise dans leur tentative pour l'accession à un poste de gestionnaire, faute de soutien social; elles se sont donc résignées :

Une chose qui me dérange le plus c'est que les minorités visibles se sont comme résignées à cette situation. Au début ils réagissaient, mais maintenant c'est le silence complet (P6, p.1).

Une IMV souligne que l'un des facteurs de leur résignation est causé par le sentiment de méfiance réciproque entre les IMV et les infirmières caucasiennes :

Dans l'unité des soins il y a en majorité des infirmières caucasiennes blanches. Quand tu vas être là-bas, tu vas être la seule noire parmi toutes les blanches. Ce que les gens racontent c'est qu'elles vont te mettre des « bâtons dans les roues ». J'ai entendu beaucoup d'histoires aux soins où les infirmières, pour te tester, enlèvent des choses ou bien elles mettent des choses à un patient pour voir, comment tu vas réagir. J'ai entendu de toutes les couleurs. Elles (les Caucasiennes) sont « out there to get you too », c'est comme si tu dois toujours regarder derrière ton dos (P.7, p.8).

D'autres IMV, croient que les positions avancées dans la hiérarchie organisationnelle sont destinées aux infirmières de la majorité et qu'elles n'ont aucune chance d'y accéder :

Je me dis pourquoi moi j'vais y aller si j'ai pas la chance, j'ai comme zéro pour cent d'avoir le poste... Ben parce que je vois les minorités au chevet, je dis ben il n'y a personne en haut, je dis ben je pense pas que si moi je fais la différence. C'est peut-être psychologique Ben il y a pas vraiment d'explication, je dis ben y a pas personne dans la haute direction qui est issue des minorités so je me dis ben ça va pas commencer par moi. Je ne pense pas que je serai la première élue gestionnaire, je pense que non. Ça pourrait arriver peut-être, je ne sais pas, à la génération future (P8, p.2).

Les IMV veulent apporter un changement à leur situation. Elles désirent voir plus d'équité dans les politiques de gestion de l'institution, à savoir plus de reconnaissance et plus de soutien. Dans cette situation de statu quo, certaines d'entre elles ont perdu toute confiance en l'avenir et se résignent à quitter l'institution, car selon elles, il y a des lois qui sont dictées par les gestionnaires :

Fait que juste pour éviter certaines histoires, moi, je trouve que ça serait mieux pour moi de juste aller ailleurs que de rester et de chercher à changer les choses parce qu'il y a des lois qui sont écrites sur papier puis il y a des lois qui sont, qui sont rédigées par ... (nom de gestionnaire) (P6, p. 1).

Le manque de confiance en soi et la sous-représentation des IMV en haut de l'échelle hiérarchique enlèvent tout désir de gravir les échelons et c'est ce qu'explique la participante 8 ci-haut. Pour une autre IMV, la lutte pour une promotion crée des tensions; elle pense qu'il faut éviter toute confrontation afin d'éviter les animosités :

C'est juste, on évite les chicanes, c'est parce que aller te battre, aller te plaindre tu essaies d'éviter tout ça, tout ce qui est confrontation, tu évites ça tout ce qui risque d'amener ... d'inconfort tu évites ça (P6. p. 15).

Dans une telle situation de désespoir et de déprime, les IMV finissent par manquer totalement de motivation. Elles se résignent en adoptant une politique d'évitement.

5.4.2.4 Anticipation

Dans leurs stratégies de défense, certaines IMV adoptent l'anticipation comme une réponse aux stress; elles anticipent les conséquences d'un échec à une entrevue ou suite à un conflit avec une paire. Pour elles, prévoir toute menace de dommage et de perte d'estime de soi permet d'amortir le choc psychologique :

Avant, je voulais comme continuer en maîtrise, mais je me disais, avec ce qui se passe, même si je finis, est-ce que vraiment j'aurais une ouverture. Si je vais la finir, qu'est-ce que je vais faire. Est-ce que les gens vont m'accepter, vont me donner un poste plus que ça ? Alors, je me suis dit je pense pas que ça soit vraiment une bonne idée parce que je peux aller étudier et ne pas pouvoir pratiquer ce que j'ai étudié...Oui, alors moi, ça m'a vraiment bloquée. Je me suis dit, je vais rester avec mon bac, je vais travailler avec ça ... j'avais quand même cette ambition (P12, p.6).

Les IMV disent qu'elles ne sont pas habituées à recevoir des compliments. Pour cette raison, quand elles se font appeler par leurs superviseurs pour une quelconque raison, elles anticipent

des blâmes. Ainsi, elles se sont psychologiquement préparées à se défendre et s'attendre à recevoir des propos blessants, même quand elles se font appeler pour des consignes de routine :

On ne s'attend jamais à recevoir des compliments. Oui, on s'attend toujours à recevoir des reproches, alors on se prépare mentalement à se défendre. (rire)
 Oui, alors, même quand on veut te rencontrer pour un rien, toujours on est comme sur la défensive pour quelque chose qui est très grave alors qu'il n'en ait rien. Oui, Ça c'est un comportement qui est vraiment observé. Oui, On est comme ça (P12, p.11).

Ainsi, certaines IMV, consciemment ou inconsciemment, anticipent le blâme au lieu du compliment et l'échec au lieu du succès.

5.4.2.5 Rationalisation

Certaines IMV accusent les gestionnaires d'afficher des postes auxquels on a déjà désigné une personne. Cette pratique, pour elles, est une source de frustration. Pour faire face à cette souffrance, ces infirmières croient qu'elles doivent recourir à la rationalisation de ces actes et donner un semblant de justification :

Quand les postes de responsabilités comme ça vont s'ouvrir, ils ont déjà quelqu'un à qui ils vont donner le poste, et ils vont afficher les postes pour se couvrir. Pour dire, on a déjà le poste, on a affiché tel poste ... Mais quand tu vas postuler, tu vas passer l'entrevue pour rien, tu connais déjà. Parfois, avec leurs murs (qui entendent) et les gens qui parlent aux autres, tu connais déjà à qui appartient le poste et puis ce n'est pas nécessaire d'aller postuler, parce que le poste est déjà donné (P12, p.8).

Pour les IMV, ce qui est le plus frustrant c'est que tout le monde est conscient de la pratique, mais tout le monde y consent, y compris elles-mêmes, participant ainsi à ce qu'elles jugent de l'injustice et à leur propre marginalisation.

5.5 Résumé des résultats

L'analyse des verbatim recueillis auprès des gestionnaires et des IMV nous a permis d'accumuler un éventail important d'informations et de points de vue diversifiés sur le processus d'embauche et l'attribution de postes dans cette institution. Ainsi, nous avons relevé un

important écart dans les points de vue des gestionnaires et des IMV quant au processus de recrutement. Pendant que les gestionnaires voient que le processus mis en place est conforme aux critères de sélection et qu'il est caractérisé par l'objectivité et la transparence, les IMV voient qu'il n'est pas transparent. Elles croient que la sélection des candidats est biaisée et qu'elle est entachée d'injustice, de favoritisme et de discrimination.

Les IMV ont exprimé un manque de soutien social de leurs collègues de la majorité, que ce soit au niveau de la formation ou du mentoring, ce qui se reflète négativement sur leur représentation dans des postes avancés de la gestion. Elles se sont plaintes aussi d'un manque de reconnaissance de leurs compétences et du fait de favoriser quelques infirmières de la majorité non expérimentées pour occuper des postes que certaines IMV qualifiées auraient pu occuper. Les gestionnaires reprochent aux IMV des attitudes de nonchalance, de manque de motivation, de lenteur dans l'exécution de leurs tâches, d'avoir des attitudes agressives et doutent de leurs capacités de gestion. De leur côté, les IMV reprochent aux gestionnaires et chefs d'équipes de leur attribuer des charges de travail excédant leur capacité, ce qui leur cause beaucoup de stress, portant ainsi atteinte à leur bien-être physique et psychique.

Les gestionnaires ont affirmé qu'il y a plus de discrimination entre les IMV elles-mêmes qu'avec les autres infirmières issues de la majorité. Alors que les IMV l'imputent à la discrimination des infirmières de la majorité à leur égard. Elles croient que cette discrimination est génératrice de pressions et de frustrations et la perçoivent comme une réaction de victimisation donnant lieu à leur marginalisation. Elles pensent qu'il n'y a pas de stratégie organisationnelle qui leur assure un minimum de représentation dans les postes avancés de la hiérarchie de l'institution.

Les IMV croient qu'il y a un grand écart entre le discours officiel et la réalité sur le terrain. Elles se sentent comme la pierre angulaire qui fait tourner l'institution, et que sans elles l'institution perdra sa fonctionnalité. Elles se sentent exclues des postes avancés de l'institution, n'ont pas les chances de promotion, n'arrivent pas à s'investir davantage dans leur emploi pour des raisons familiales. Elles ont exprimé aussi qu'elles manquent d'encouragement pour augmenter leur capital humain en matière de formation et d'éducation.

Certaines IMV croient également que les normes sociales adoptées dans l'institution sont les normes de la majorité dominantes. Elles croient qu'il y a une catégorisation dans les différents départements, et que certains départements sont plus valorisés que d'autres. Les plus valorisés sont réservés aux infirmières de la majorité alors que les moins valorisés sont réservés aux IMV.

D'autres IMV ont exprimé un sentiment de souffrance à cause des conditions de travail difficiles telles que la charge de travail, les stéréotypes et le stigmatisme. Elles sont obligées de développer, consciemment ou intuitivement, un mécanisme de défense pour éviter la frustration. Quelques gestionnaires croient que des IMV adoptent des stratégies de désaffiliation, de résignation et d'évitement et imputent leur échec à la discrimination. D'autres croient qu'il y a des IMV qui veulent avancer dans leur carrière, qui cherchent à s'assimiler et à adopter des normes de la majorité et qui ont démontré leur compétence. De leur côté, certaines IMV ont affirmé qu'elles ont reçu le soutien et le coaching nécessaires qui leur ont permis d'atteindre des postes de responsabilité.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

La problématique de notre recherche, sur le plan paradigmatique, s'inscrit dans une perspective postcoloniale. Selon cette perspective, la critique postcoloniale problématise l'héritage idéologique colonial, ce qui engendre de nouvelles formes de résistance et aboutit à un nouvel ordre de justice sociale, institutionnel, économique et politique. Ainsi, le postcolonialisme vise le « décentrement » des valeurs occidentales « en reprenant la marginalisation du colonisé et en lui rendant la part de pouvoir oppositionnel qui lui revient » (Van Gorp 2001, p. 463). La perspective postcoloniale a influencé notre analyse des résultats et nous a permis de prendre en compte les particularités de l'expérience des IMV dans un milieu fortement dominé par la majorité blanche.

Au cours de cette discussion, nous ferons la synthèse des résultats émanant du chapitre précédent, ceci sous forme d'axes de réflexions et tout en faisant les liens avec les écrits existants et les théories présentées plus tôt. Nous terminerons la discussion avec les limites et les implications de ce projet de recherche pour les sciences infirmières.

À partir de notre analyse des résultats, nous avons retenu les axes de réflexion qui font écho à notre question de recherche, à savoir : l'altérité et les rapports sociaux de domination; la représentation sociale des IMV; le multiculturalisme et les défis de l'intégration des IMV et les stratégies organisationnelles facilitant l'inclusion des IMV.

L'altérité et les rapports sociaux de domination

Pour débiter, rappelons brièvement que la notion *Autre* dérive du latin *alter*. Cette notion implique un rapport fondamental avec le *même*, ce qui veut dire qu'il y a toujours une similitude entre le même et l'autre et qu'il y a aussi des interactions qui permettent de s'influencer l'un

l'autre. La notion d'altérité sert à différencier le moi de l'Autre, à faire la distinction entre ce qui nous est familier et ce qui nous est étranger. En d'autres termes, c'est une question d'inclusion ou d'exclusion à notre groupe d'appartenance. Elle renvoie à une distinction entre le même/centre et l'autre/périphérie sous des formes différentes d'identification (semblable/différent, normal/déviant, etc.). Dans cette indissoluble relation identité/altérité, le *moi* ne se conçoit pas sans l'*Autre* et vice-versa. On peut dire qu'il n'y a pas d'identité sans altérité, c'est-à-dire qu'on construit son image de l'Autre (altérité imagée) comme ayant des comportements déviant des normes, créant des situations de tensions, de conflits où l'Autre cherche à se justifier ou s'authentifier comme victime.

De ce fait, les modalités d'inclusion et d'exclusion des IMV pour les postes avancés en gestion soulèvent la question du processus de mise en visibilité. Selon la perception des IMV, le phénomène d'attraction et de similarité - tendance à favoriser les personnes qui nous ressemblent (endogroupe) - est l'une des causes de leur marginalisation. Les résultats de l'étude montrent que les IMV pensent que les gestionnaires de l'institution hospitalière se sentent plus à l'aise à favoriser les infirmières qui appartiennent à leur groupe identitaire. Par conséquent, elles vont leur servir de mentor, leur déléguer le plus souvent des tâches susceptibles d'enrichir leurs connaissances et augmenter leur chance d'ascension dans l'échelle organisationnelle. Les perceptions des IMV laissent penser qu'à l'instar des États-Unis, les minorités visibles sont tolérées du moment qu'elles occupent les communautés qui leur sont désignées et qu'elles occupent les emplois qui leur sont destinés. Bourdieu parle de *magie sociale* nécessaire pour *réconcilier les contraires et apaiser les tensions* ; cette magie est axiomatique et n'est jamais justifiée ni explicitée, elle « parvient toujours à produire du discontinu avec le continu » (Bourdieu 2001, p.61); en d'autres termes on parvient à créer discrètement des catégories

légitimées, voire naturelles. Cette magie touche les rites de nomination, à savoir les nominations officielles et tous les gestes quotidiens qui permettent d'indiquer à l'Autre ce qu'il est, et la position qu'il occupe dans son espace social, dans son milieu de travail et qu'il doit se tenir à la place qui lui est assignée. Ainsi, la désignation d'IMV peut être conçue comme une position statutaire prescrite par le rapport de force et de domination de la majorité blanche. Les résultats de notre recherche ont révélé que les IMV se trouvent cantonnées dans les positions subalternes de la hiérarchie institutionnelle; d'un côté elles se voient – comme nous l'avons observé – majoritaires/visibles dans les postes de chevet où les tâches sont lourdes et *dévalorisantes*, de l'autre côté elles se voient minoritaires/peu-visibles dans les postes *prestigieux* de gestion. Ces mêmes résultats ont été rapportés dans une recherche australienne où Hawthorne (2001) a constaté que les IMV provenant de pays non-anglophones avaient moins de chances de progresser dans leur carrière au-delà d'infirmière de chevet, mais qu'elles étaient disproportionnellement concentrées dans des unités stigmatisées comme en gériatrie. Tout ceci concorde avec le rapport des participantes et avec nos observations.

Dans notre étude, nous nous sommes concentrées sur les postes de gestion, c'est-à-dire les postes de pouvoir au sein de la hiérarchie institutionnelle de l'établissement. Dans une hiérarchie ascendante, infirmière, infirmière chef et gestionnaire, il y a une relation de pouvoir qui augmente selon le niveau de responsabilités. La gestionnaire possède un énorme pouvoir grâce à son charisme, ses habiletés de communication, la pertinence de sa planification et ses compétences techniques et professionnelles. L'infirmière chef qui agit sous l'autorité de la gestionnaire et gère les soins de son unité est responsable de la charge de travail des infirmières et de la dotation sécuritaire. C'est ainsi que nous décrivons la structure de l'élite en soins infirmiers au sein de l'institution. Dans ce système de classe, les IMV se sentent majoritaires

dans les services de soins non valorisés à savoir les soins en santé mentale et en médecine gériatrie et invisibles, par exemple, dans les services des soins intensifs et soins d'urgence. Dans notre analyse des résultats, nous avons abordé la question de la discrimination dans la promotion. Nous avons abordé les stratégies que les IMV utilisaient ou développaient pour faire face à cette situation. Dans un déséquilibre des forces, les IMV ont eu recours à une résistance passive et elles se sont résignées. Les barrières structurelles – peu d'IMV en poste de leadership – amènent ces infirmières à être moins actives dans le jeu d'influence, d'autant plus que les caractéristiques culturelles subjectives agissent sur leur comportement. De là on peut se demander si le contexte organisationnel n'exerce pas une influence sur le comportement des IMV.

Les IMV ont la perception d'être systématiquement mises à l'écart des postes de pouvoir. Cependant, elles doivent s'employer à briser le *plafond de verre* et doivent s'adapter aux règles du jeu; elles doivent savoir choisir les occasions propices et savoir comment en tirer profit.

Cette sous-représentation des IMV dans les postes de pouvoir nous a incité à faire le lien entre le concept de l'altérité et celui du post-colonialisme. Ce dernier place au cœur de ses préoccupations les notions d'altérité et de diversité et vise à promouvoir le dialogue et l'ouverture à l'« Autre ». C'est dans cette perspective que d'éminents penseurs issus de la colonisation tels que Fanon, Memmi, Césaire, Senghor, Saïd et d'autres ont œuvré à la rupture de l'idéologie coloniale qui catégorisait l'espèce humaine (Blanc/Noir, Dominant/Dominé, Maître/Esclave), en dénonçant l'eurocentrisme des récits sur les cultures non européennes. Tout comme le « subalternisme » (Spivak) et le cosmopolitisme (Bhabha et Hall) influencés par le poststructuralisme de Foucault, Derrida et Deleuze, l'orientalisme (Saïd) représente un courant de pensée qui vise la critique de l'eurocentrisme et la réhabilitation des sujets subalternes en leur

donnant la parole (Spivak 2009). Cependant, la perspective essentialiste moderne suggère qu'il y a une ligne de démarcation entre le soi-même et l'Autre. Pour Sartre, Lacan comme pour Lévinas, l'« Autre » est une notion contradictoire désignant le proche et le lointain; cette note désigne aussi la différence comme elle désigne l'aliénation. Comme nous l'avons relevé dans nos résultats, les IMV se sentent exclues des postes de pouvoir, elles disent bénéficier de peu de mentoring et de formation pour accéder à ces postes. Elles croient qu'il y a une ligne de démarcation qui les sépare des infirmières de la majorité. Ces dernières, quant à elles, constatent que les IMV ont des croyances, des expériences et une culture différentes des « leurs », et semblent trouver de la difficulté à travailler ensemble. Cela explique le climat de méfiance ressenti réciproquement par les IMV et leurs pairs de la majorité, climat qui risque d'entraver l'avancement de carrière des IMV.

Cette altérité devient ainsi de plus en plus complexe du fait de l'impact des différences culturelles et semble radicaliser la distance entre les IMV et les infirmières de la majorité. Toutefois, l'altérité d'inclusion/exclusion dépend de la relation de pouvoir qui existe entre les IMV et les infirmières de la majorité. L'analyse de nos résultats nous a permis de noter que la dichotomie inclusion/exclusion paraît comme une simple construction artificielle sans limites claires, car certaines IMV appartenant au groupe des subordonnées ont rejoint le rang des infirmières de la majorité blanche, se considérant simultanément *outsiders* et *insiders*, à la fois incluses et exclues des deux groupes. Trinh (1997) l'explique ainsi:

The moment the insider steps out from the inside she's no longer a mere insider.
She necessarily looks in from the outside while also looking out from the inside.
Not quite the same, not quite the other, she stands in that undetermined threshold
place where she constantly drifts in and out (p.374).

Nos résultats sont corroborés par ce qui a été rapporté dans la recherche menée par Canales (2000) auprès d'un groupe d'infirmières *chicanas* (latinos) et portant sur les rapports de

domination et de subordination en milieu de travail. Dans sa recherche, Canales soutient que les groupes dominants peuvent éprouver à la fois une altérité d'exclusion et d'inclusion. Elle a aussi identifié qu'il y a des membres du groupe subalterne qui ne se perçoivent pas comme *Autre* et par conséquent ne sont pas conscients du processus d'altérité qui influe sur leur vie en milieu de travail. C'est ce que nous avons relevé aussi chez quelques-unes de nos IMV participantes.

La représentation sociale des IMV

Dans les sociétés post-migratoires, caractérisées par une multiculturalité importante et dont le Canada fait partie, la catégorisation constitue un enjeu de pouvoir stratégique. Les institutions y jouent un rôle prédominant dans l'énonciation des identités des groupes minoritaires placés en position subalterne, ceci en fonction d'attributs naturalisés. Ces institutions sont l'acteur principal dans la création, la reproduction et la mobilisation de la diversité; elles peuvent octroyer ou ignorer la reconnaissance des minorités visibles qui les composent. La notion de « minorités visibles » en elle-même souligne une mise en altérité ayant un caractère socialement construit et une catégorisation externe conçue par le groupe de la majorité dominante. Cette catégorisation, souvent discriminante, entraîne le surgissement de sentiments d'appartenance et de solidarité utilisés pour contester, voire opposer le principe de catégorisation. Cette catégorisation formalisée, codifiée, objectivée et développée par les institutions détentrices de l'autorité et du pouvoir peut exercer aussi une violence symbolique sur les dominés en leur assignant des traits sociaux, culturels et individuels inchangeables aboutissant à des marques physiques et des stigmates identifiant leur être collectif (Ducharme et Eid, 2005).

Ces institutions, en termes bourdieusiens (1980), disposent de ressources matérielles et symboliques qui leur permettent d'imposer les catégories et les schémas classificatoires. Cela mène à la création d'identité sociale *autre* dans le sens qu'elle a été élaborée vis-à-vis d'un *autre*,

vis-à-vis de l'altérité. Comme on l'a vu dans la théorie des identités sociales de Tajfel (1970), l'identification externe de l'exogroupe nous explique comment ce dernier est catégorisé négativement et nous explique les effets sur son identité sociale. Goffman (1959/1963), quant à lui, nous explique que bien qu'une personne peut avoir un pouvoir significatif sur la perception d'elle-même dans une interaction, ce pouvoir reste limité; une personne stigmatisée comme une IMV doit toujours calculer les effets de son stigma pour la simple raison qu'elle ne peut pas les contrôler. La notion de stigmatisation met en relation plusieurs concepts tels que les stéréotypes, la discrimination, les rapports de pouvoir, voire la représentation sociale.

Dans une représentation sociale, il est toujours question d'un objet. Dans le cadre de notre recherche, il s'agit des infirmières issues des minorités visibles (IMV) - il n'existe pas de représentation sans objet - et d'un sujet, les infirmières gestionnaires issues de la majorité blanche (IIM). Le sujet (gestionnaire) est porteur des idées et valeurs véhiculées par son groupe d'appartenance au sein de l'institution. Sa représentation de l'objet reflète les normes institutionnelles découlant de sa position dans la hiérarchie organisationnelle (Jodelet 1997). La représentation sociale comporte un noyau central et des éléments périphériques, le noyau central étant le plus stable (Abric, 1989). Le changement du noyau peut entraîner le changement de la représentation. Les IMV manquent de reconnaissance sociale (noyau central); elles se disent *confinées* dans les postes subalternes et invisibles dans les postes de pouvoir. Elles croient qu'elles sont perçues par la majorité comme peu utiles, lentes dans l'exécution des tâches, peu motivées et ne s'intègrent pas suffisamment au sein de l'institution (éléments périphériques). Ce sont les interactions entre groupes IIM (Infirmières issues de la majorité) et IMV qui contribuent à la construction de cette représentation. Les IMV sont alors déterminées par les idéologies dominantes au sein de l'institution. Les quelques éléments périphériques que nous avons relevés

dans les propos de quelques infirmières gestionnaires, à savoir que : les IMV travaillent à un rythme trop lent alors que les Canadiennes blanches travaillent trop vite; les IMV passent leur temps à socialiser, ne priorisent pas le patient, la priorité dans leur culture c'est la socialisation; leur priorité c'est l'argent et faire un minimum de travail; elles ne sont pas des leaders, elles sont des suiveuses; elles ne prennent pas d'initiative; manquent d'empathie et manquent d'engagement; aiment la routine et la stabilité et manquent de flexibilité. Telles sont les caractéristiques attribuées aux IMV par certaines gestionnaires.

L'identité des IMV représente le produit de leurs relations et interactions avec les infirmières de la majorité blanche. Comme le souligne Tajfel (1970), l'identité sociale se fonde sur les connaissances ou les croyances dont dispose une personne à propos d'une catégorie sociale à laquelle il appartient où à laquelle elle est assignée :

Les caractéristiques de son propre groupe (son statut, sa richesse ou sa pauvreté, sa couleur de peau, sa capacité à atteindre ses buts) n'acquièrent de signification qu'en liaison avec les différences perçues avec les autres groupes et avec leurs différences évaluatives [...] un groupe devient un groupe en ce sens qu'il est perçu comme ayant des caractéristiques communes ou un devenir commun, que si d'autres groupes sont présents dans l'environnement. (Tajfel, 1972, p. 295)

En nous basant sur l'identité sociale de Tajfel et Turner (1986), il nous paraît qu'elle est liée à la notion de représentation, qu'elle soit individuelle ou collective. De son côté, Moscovici (1961) donne une grande importance à l'identité sociale dans sa théorie des représentations sociales. Pour lui, les représentations constituent des « attributs fondamentaux » (p.74) des groupes sociaux et elles émergent « là où il y a danger pour l'identité collective » (p.171). Il présente les représentations comme une forme de propagande dont la fonction « régulatrice » se traduit par « l'affirmation et la recherche d'un rétablissement de l'identité du groupe » (p.438). Ainsi, la propagande s'inscrit dans une relation sociale conflictuelle à l'égard de l'objet de discours et

remplit une fonction de régulation où l'on essaie de dépeindre une menace externe afin de consolider l'identité du groupe et de créer une représentation claire et motiver les conduites à son égard.

Plusieurs de nos informants que ce soit du côté IMV ou gestionnaires ont reconnu que les IMV sont représentées comme des personnes lentes et nonchalantes. Pour les unes, il s'agit d'une réalité objective, pour les autres il s'agit de stéréotypes démoralisants. Quoi qu'il en soit, un stéréotype est une composante de la structure de la représentation sociale. Il porte en soi une nature essentialiste. Selon Medin (1989), les qualités qu'on attribue aux membres de la catégorie (IMV) trouvent une explication causale dans cette *essence* du groupe. En d'autres termes, le stéréotype veut que le comportement de nonchalance des IMV ne soit pas un hasard, mais relève de la nature de l'appartenance au groupe IMV. Dans une étude effectuée par l'agence des droits fondamentaux de l'Union européenne FRA (2010), des employeurs allemands craignaient l'embauche d'employés Turcs de peur d'avoir des problèmes avec leurs clients ou leurs employés blancs à cause des préjugés à l'égard de la communauté turque. Lorsqu'on dit que les IMV sont nonchalantes, on ne fait pas le constat d'une corrélation de variables; on dit qu'il y a quelque chose dans le fait d'être membre de la catégorie IMV qui entraîne un manque de sérieux dans l'accomplissement de ses tâches et du fait de *mal faire* son travail. Il est indéniable que ce type de formulations ne rend pas justice aux IMV.

Le multiculturalisme et les défis de l'intégration des IMV

La tendance démographique actuelle du Canada connaît un faible taux de natalité et un accroissement du vieillissement de la population, ce qui représente un enjeu de taille pour l'économie de notre pays. Le Canada, face à une concurrence de plus en plus vive en matière d'attraction de main-d'œuvre qualifiée des pays traditionnels d'immigration (É.U., Australie), est

l'un des rares pays qui jouit d'une bonne réputation en matière de gestion de la diversité culturelle que ce soit au niveau gouvernemental ou de la société civile. Les mesures prises pour lutter contre les discriminations à l'égard des minorités visibles sont importantes si on les compare à celles prises par les Européens. Les départs accélérés à la retraite dans certains secteurs comme celui de la profession infirmière peuvent avoir des conséquences néfastes sur le système de santé. Pour ce secteur, qui fait état de plus en plus de burn-out et de dépressions, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée en est la cause. L'immigration, grâce au sang neuf qu'elle apporte à la profession infirmière, paraît être le remède afin d'atténuer les effets de cette pénurie. Les perspectives démographiques actuelles nécessitent de se tourner vers l'immigration comme source importante d'approvisionnement en main-d'œuvre diversifiée. Toutefois, ces mesures ont leurs propres limites; stéréotypes négatifs persistants, discrimination et déqualifications marquent le parcours professionnel de nombreuses IMV dans leur progression de carrière au sein des institutions de soins. Notre projet explore l'influence de l'ethnicité dans le rapport de ces femmes au travail à travers leurs dynamiques identitaires selon l'axe profession-origine ethnique. Notre démarche est une tentative d'identifier et d'expliquer les stratégies identitaires privilégiées d'insertion dans une institution de santé et potentiellement, face à l'adversité et d'illustrer l'influence de la représentation de « soi » comme IMV dans cette institution.

Dans l'une de ses recherches sur les hiérarchies des catégories professionnelles, Gravay (2008), souligne que seule une faible proportion de femmes considérait la formation comme un moyen de progression et d'avancement de carrière. Il a aussi trouvé que ces femmes considéraient le diplôme comme un moyen de garantir un meilleur avenir professionnel. Ces résultats sont similaires aux résultats de notre recherche. L'intégration dans la société d'accueil ne se passe pas sans heurt et plusieurs de nos IMV participantes racontent avoir eu beaucoup de

difficultés à s'y intégrer. Pour l'une d'elles, obtenir un diplôme en nursing, paraît en soi un défi pour garantir une carrière prometteuse. Une fois le diplôme obtenu, ces IMV ont raconté qu'elles ne pouvaient pas espérer faire des études plus avancées, les obligations familiales les empêchant de le faire. Elles manquent de soutien pour élever leurs enfants et elles doivent répondre aux besoins financiers afin de garantir la survie de leur famille. De plus, le manque de perspective d'emploi ne les encourage pas à faire des études avancées. Quant au milieu de travail, elles disent qu'elles doivent composer avec le manque de soutien social de leurs collègues blanches, elles se sentent marginalisées, exclues et discriminées. Dans une étude qu'il a menée auprès d'infirmières internationales, José (2011) a trouvé que « le soutien des collègues est essentiel pour la survie en milieu de travail » (p.127). Un tel constat explique le sentiment d'impuissance qu'éprouvent les IMV; en l'absence du soutien de leurs collègues blanches; elles disent qu'elles perdent toute volonté d'implication. Cette implication est en fonction de la relation fusionnelle entre elles et leur institution dans le sens qu'elles acceptent ses buts et ses valeurs indépendamment des avantages dont elles peuvent tirer profit.

Notre étude a révélé qu'une minorité d'IMV seulement a manifesté une implication affective et a démontré un attachement spontané sans qu'elles soient soumises à des pressions. Elles ont souligné qu'elles aiment leur institution et sentent lui appartenir, car elles adhèrent à ses buts et valeurs. Par contre, d'autres IMV se sentent contraintes de rester dans l'institution tout en exprimant un sentiment d'insatisfaction quant à leur intégration. Elles disent se sentir discriminées et obligées de former des alliances avec leur cercle formel de collègues afin de diminuer le stress lié à leur sentiment d'exclusion. Kawi et Xu (2009) ont soutenu que les infirmières utilisent leurs cercles informels comme moyen de réduction du stress.

D'autre part, quelques-unes de nos IMV participantes, qui se sont identifiées comme audacieuses disent qu'elles sont confrontées à un mur érigé contre elles et qui les empêche à accéder à des postes plus avancés dans la profession. Lors de l'analyse des données, nous avons constaté que les responsabilités familiales des IMV sont un facteur récurant dans les différentes catégories. Selon les participantes, ces responsabilités familiales sont prépondérantes dans la culture des IMV et influencent leurs conditions de vie; leur âge avancé les empêche de poursuivre des études supérieures et par conséquent affecte leur capital culturel. Les plus jeunes et audacieuses d'entre elles qui parviennent à obtenir un diplôme d'études supérieures se trouvent confrontées à une myriade d'obstacles. Ceci concorde avec plusieurs études qui ont rapporté que les femmes issues des minorités visibles qui aspirent à des postes de pouvoir dans la hiérarchie organisationnelle des entreprises sont confrontées à un plafond de verre qui freine leur progression de carrière (Gelfand et al, 2005; Heilman et Haynes, 2005).

L'institution, objet de notre recherche, a connu des mouvements constants d'infirmières qui changent de postes. Ainsi, la mobilité peut être soit verticale, par rapport à la hiérarchie, ou horizontale quand il y a un changement de poste sans progression dans la hiérarchie. Cette mobilité qui constitue un investissement dans la carrière des infirmières est intégrée dans la politique de gestion des compétences menée par l'institution. Elle risque de ne pas être enrichissante dans le cas de changement d'un poste subalterne à un autre poste subalterne où il n'y a pas de promotion. Par contre, dans la mobilité verticale, le changement de poste est considéré comme une promotion, un enrichissement des compétences et des expériences, une augmentation de responsabilité et de pouvoir. Nos résultats ont montré que peu d'IMV ont accédé à des postes de responsabilité. Elles se sentent marginalisées à cause de leur différence culturelle, ne se sentent pas en sécurité dans une institution où il y a peu de chances de

promotion. Ces résultats sont corroborés par d'autres chercheurs, Etowa, Sarla et Thompson-Isherwood (2009); Winkelmann-Gleed et Seeley, (2005); DiCicco-Bloom, (2004) qui ont soutenu que l'absence de politiques institutionnelles sur la question de la diversité favorise une culture organisationnelle qui maintient les disparités entre infirmières blanches et les IMV, empêchant ces dernières d'accéder aux postes de leadership. Les déterminants de la mobilité peuvent être d'ordre institutionnel ou individuel; les valeurs et les normes véhiculées par l'institution jouent un rôle déterminant dans le processus de mobilité. Le capital humain, que représentent les compétences, les aptitudes personnelles et l'expérience, représentent une source importante à l'IMV et influent sur la prise de décision à la mobilité et déterminent l'attractivité et la désirabilité de celle-ci. Signalons aussi que les caractéristiques d'appartenance ethnique peuvent être des sources de discrimination entravant la mobilité et l'évolution de carrière des IMV. Plusieurs des IMV participantes ont exprimé un sentiment d'injustice, voire de détresse, causé par la non-reconnaissance de leurs compétences et par les stéréotypes qui la justifie. Elles ont rapporté avoir été recrutées grâce à certaines compétences se rapportant à leur langue maternelle. L'institution cherchait à offrir à ses clients des services dans les deux langues officielles. Le français langue minorisée, est donc pour les IMV un outil de capitalisation sur le marché du travail, une source monnayable garante d'employabilité. Cette compétence linguistique semble leur avoir servi comme instrument privilégiant leur recrutement. De plus, leur nomination dans l'institution en tant que femmes issues des minorités visibles ont été médiatisées, tant l'instrumentalisation de leur dimension symbolique a pris le dessus sur d'autres sources de légitimité à savoir, leurs expériences, leurs savoir-faire et leurs talents.

L'instrumentalisation des IMV au sein de l'institution en regard de leur compétence linguistique est une caractéristique singulière de notre étude. L'usage du français comme

instrument qui aide au bon fonctionnement de l'institution est perçu par ces IMV comme insuffisant pour leur reconnaissance. Pour elles, la reconnaissance est un besoin fondamental, car en son absence elles se sentent dévalorisées, mésestimées ce qui donne naissance à la colère et à la frustration. Elles se voient sous-représentées dans les postes de pouvoir et très visibles dans les postes subalternes. Honneth (2010) affirme que chacun devrait pouvoir devenir ce qu'il souhaite sans passer par l'expérience du déni de reconnaissance. Quant à Habermas (2002), il argumente en faveur d'une « éthique de l'espèce humaine ». Il considère l'instrumentalisation de l'humain – son utilisation comme outil pour atteindre un objectif plutôt qu'un être avec des besoins et motivations spécifiques – comme une atteinte à l'image qu'il se constitue de lui-même (Habermas, 2002, p.102). L'instrumentalisation des réfugiés du Moyen Orient (Syrie, Iraq) pour des fins politiques et économiques européennes ou électorales canadiennes et l'instrumentalisation des travailleurs asiatiques sur les chantiers de construction dans le golfe persique (Qatar, etc.) sont des exemples concrets où l'on se sert d'une personne ou d'un groupe de personnes dans le but de parvenir à des fins politiques ou économiques, etc. La crise migratoire issue des conflits au Moyen Orient est source de débats houleux entre partis politiques qui cherchent à l'utiliser pour en tirer des profits électoraux. Dans les pays du golfe, les travailleurs asiatiques philippins, indiens, pakistanais, etc. sont utilisés comme des instruments dans la construction des chantiers de bâtiments et de l'infrastructure routière. Bien que ces immigrés constituent une force productive, leurs conditions restent précaires; ils ne peuvent ni exercer leurs droits syndicaux ni changer d'employeur sans que ce dernier ne donne son consentement. Exploités, corvéables et maniables à souhait, ces travailleurs étrangers ont permis à ces pays d'acheter une force de travail au-dessous de sa valeur, une main-d'œuvre peu onéreuse et peu protégée, donc très économique (Farwa 2014).

Les IMV, elles, croient que leur utilité se limite à offrir des services en français en d'autres termes, elles ne se considèrent pas faisant partie intégrante du corps infirmier, mais plutôt comme une force supplétive embauchée pour répondre aux besoins de l'institution, qui les accepte ou les repousse en fonction de ses besoins. Le fait de parler français ne constitue pas un marqueur identitaire et ne permet pas automatiquement aux IMV l'intégration à la communauté francophone. Les IMV trouvent que les pratiques et politiques institutionnelles à leur rencontre sont une forme d'instrumentalisation qui dénigre leur appartenance à l'institution. Selon la théorie de l'économie des échanges linguistiques de Bourdieu (1982), le français et l'anglais dans le contexte canadien sont des capitaux linguistiques, ayant des caractéristiques de produits *marchandisables* (Heller, 2003, p. 252). Ces capitaux sont d'ordre socioéconomique dans la mesure où ils facilitent l'accès à des postes convoités et aux avantages qu'ils procurent. Ceci dit, le bilinguisme constitue une lutte de pouvoir entre le français, en tant que langue minorisée, et l'anglais en tant que langue dominante. Soulignons que l'hégémonie mondiale de l'anglais est incontestable et que même en France où le français est la langue dominante, l'anglais reste incontournable. Pour la majorité des IMV participantes, l'anglais représente une difficulté majeure à leur accession à des postes avancés.

La communication est fondamentale dans les soins de santé et va au-delà de la connaissance de la grammaire; les IMV sont jugées selon leurs caractéristiques soniques et non verbales (Arakelian et Magnall, 2002). L'anglais, pour la majorité des participantes, n'est pas leur première langue, ce qui crée des difficultés de communication avec leurs collègues de la majorité blanche; le fait d'être laissées seules à se débrouiller avec cette lacune exacerbe leurs frustrations. Ces résultats sont congruents avec ceux d'Obrey et Vasso (2007) qui ont mené une recherche auprès d'infirmières noires et de minorité ethnique au sud de l'Angleterre; celles-ci ont

décrit le sentiment d'avoir été « jetées » dans un monde différent où elles doivent communiquer avec leurs patients et leurs collègues de travail du mieux qu'elles pouvaient, ce qui leur a causé de l'embarras et de l'inconfort. De même, dans une étude menée par Maldano (2014), en Iowa l'auteure a découvert que les latinos qui y habitent perçoivent que la population majoritaire blanche les accepte en tant qu'ouvriers et les rejette en tant que voisins. Leur différence culturelle, phénotypique et sonique (y compris l'usage de l'espagnol) les rend vulnérables dans un État où l'anglais est la seule langue officielle. Les IMV, elles aussi, ont une culture et des caractéristiques telles les traits phénotypiques différents et un ton de voix élevé, ce qui renforce les barrières interculturelles et intergroupes. Des résultats similaires ont été relevés dans des études faites par Buchan, (2006), Alexis, (2004,2005), DiCicco-Bloom, (2004). Ces auteurs ont souligné que sur le plan culturel, les infirmières d'origine asiatique ont senti une altérité et un sentiment d'« outsider » ou de non-appartenance à l'institution dans lesquelles elles travaillent à cause de leur différence culturelle et à cause de leur manque de connaissances culturelles pour intégrer leur société d'accueil. Ainsi, ces infirmières se sentent privées de leurs droits par comparaison à leurs collègues de la majorité. Par contre, Sochan et Singh (2007) estiment que le sentiment de non-appartenance à leur institution n'est autre que le résultat d'un manque de succès à se conformer aux normes institutionnelles ou du manque de soutien.

Contrairement au fait rapporté par certaines gestionnaires que les IMV (africaines et tiennes francophones) ont tendance à être nonchalantes, parfois violentes, Sherman et Eggenberger (2008) rapportent que les IMV asiatiques (anglophones) sont appréciées par leurs gestionnaires, qui soutiennent avoir été extrêmement positives sur leurs expériences avec leurs IMV, qu'elles ont qualifiées d'intelligentes, prêtes à apprendre, loyales et de travailleuses, présentant moins de problèmes disciplinaires.

On peut présumer que les IMV d'origine philippine ou indienne, par exemple, dont la langue officielle est l'anglais, communiqueraient mieux dans leur pays hôte (anglophone) que celles dont la langue est autre que l'anglais.

D'autre part, certaines IMV ont exprimé leur insatisfaction de ne pas pouvoir socialiser et de parler dans leur langue maternelle, ce qui est corroboré par les études faites par Konno, (2006) et Withers & Snowball, (2003), qui ont trouvé que les IMV sont plus à l'aise à travailler avec des infirmières du même groupe ethnique. Cependant, des IMV qui sont parvenues à occuper des postes de leadership ont éprouvé plus de difficultés avec les IMV qu'avec les infirmières de la majorité; ce fait a été confirmé par Etowa (2005).

Des gestionnaires comme des IMV participantes ont rapporté que des conflits interethniques sont fréquents entre les IMV elles-mêmes.

Les IMV se sentent vulnérables et impuissantes face à une lutte pour leur émancipation; elles ont exprimé un sentiment de résignation devant une politique institutionnelle qui, à leurs yeux, est une politique d'assujettissement et de subordination et constitue un obstacle à leurs chances de succès.

La sous-représentation des IMV aux postes de pouvoir met l'institution devant un dilemme éthique portant sur les principes de justice et d'égalité des chances envers son personnel. Les gestionnaires à l'étude se sont dites prêtes à aider les IMV pour accéder aux postes avancés de la gestion, mais leurs efforts se heurtent à plusieurs obstacles. Les raisons évoquées par les gestionnaires résident dans les difficultés d'adaptation des IMV aux normes institutionnelles en matière d'engagement et d'implication dans leur travail ainsi qu'en matière de comportement; les IMV, selon certaines gestionnaires, manifestent de l'agressivité verbale quand des tâches supplémentaires leurs sont assignées. Les IMV, elles, imputent leur sous-

représentation aux postes avancés à plusieurs obstacles, à savoir, les comportements discriminatoires, la stigmatisation et la marginalisation, la lourdeur des tâches qui leur sont assignées, la méfiance qui règne de part et d'autre, et le manque de reconnaissance, ainsi les responsabilités familiales pour n'en citer que quelques-unes. La communication, pour sa part, représente un obstacle difficile à surmonter pour les IMV; même si celles-ci arrivent à développer des compétences de communication interpersonnelles. Pour certaines, ces compétences ne suffisent pas pour se faire entendre auprès du groupe dominant dans le contexte interculturel en milieu de travail.

Les rapports de discrimination à l'égard des IMV sont fréquents, comme le rapporte Baumann, Blythe, Rheaume et McIntosh (2006) dans leur étude sur les *internationally educated nurses*. Ils ont souligné que les infirmières ontariennes accèdent à la profession dans leur vingtaine. Par contre, les IMV n'y accèdent qu'à l'âge de la trentaine à cause de leurs obligations familiales et des lacunes dans leur compétence linguistique. Cette différence d'âge peut influencer le processus d'intégration et de promotion. Plusieurs IMV ont déclaré qu'elles ne peuvent se comparer aux IIM quant à leurs chances de promotion; ces dernières sont généralement plus jeunes et peuvent s'adapter facilement alors que les IMV qui émigrent au Canada sont plus âgées et ont beaucoup de responsabilités familiales. La métasynthèse de Xu, Gutierrez et Kim (2008) sur les IMV asiatiques dans les pays occidentaux montre qu'en plus des problèmes de communication, des différences culturelles et des différences dans les pratiques de soins infirmiers, les IMV sont souvent confrontées à la marginalisation, à la discrimination et à l'exploitation pendant le processus d'acclimatation.

Les stratégies organisationnelles facilitant l'inclusion des IMV

La gestion des ressources internes de l'institution au niveau du recrutement dépend de procédés standardisés, planifiés, issus de négociations entre les dirigeants et les syndicats, facilement identifiables puisqu'ils sont mis en place de façon à être compréhensibles et équitables. Le recrutement des IMV dans des postes avancés comprend une composante formelle, représentée par la réglementation interne, et une composante informelle, observable grâce aux réseaux interpersonnels. Certaines IMV disent qu'elles se sentent exclues, marginalisées et sans soutien réel de leurs gestionnaires dans l'accession aux postes de responsabilité. Des études menées en Grande Bretagne mentionnent que les IMV sont également victimes de discrimination (Mori, 2002; Shields and Price, 2002; Allan and Larsen, 2003; Kyriakides and Virdee, 2003). Les résultats de ces études sont congruents avec ce que les IMV participantes de notre recherche ont rapporté, particulièrement en matière d'égalité des chances et d'avancement de carrière. Elles ont mentionné que leurs homologues blanches ont été promues en dépit de leur capacité relativement *limitée* à gérer le nouveau poste. Des résultats similaires ont été rapportés par Canales (2010) qui souligne que les caractéristiques raciales jouent un rôle important dans les relations entre la culture dominante et les groupes ethniques minoritaires. Cela a incité des sociologues et des juristes à exiger des politiques de justice sociale dans le contexte ethnoculturel faisant ainsi référence à la dénonciation de l'exploitation, de l'oppression et de l'abus de puissance lié à l'origine ethnique, à la classe sociale ou à toute autre caractéristique (Rawls, 1999; Peter et Morgan, 2001; Peter et al, 2004).

Dans notre recherche l'IMV n'agit pas de manière isolée dans cette structure, aussi formalisée soit elle, mais elle est concernée malgré elle par un réseau social, constitué de liens plus ou moins serrés. La formation de ces réseaux va favoriser la création d'un capital social et la

possibilité de bénéficier de ressources pour agir sur l'environnement. Les ressources dont dispose une IMV génèrent un levier d'action sur les barrières structurelles, sur sa carrière interne, donc sur ses possibilités de promotion à l'interne. Flood (2005) suggère que l'accès à des postes de gestion dépend en grande partie du réseautage, de même que Garavan, Hpgan et Cahir-O'Donnell (2003), qui affirment que le réseautage constitue une dimension essentielle dans la vie organisationnelle.

Nous croyons donc qu'il est du devoir de l'institution hospitalière de jumeler les IMV, qui développent un sentiment de loyauté envers elle et qui aspirent à atteindre une position avancée dans sa hiérarchie, avec des gestionnaires expérimentées pour les guider et les initier à exercer leur leadership durant le processus décisionnel.

Les caractéristiques personnelles d'une IMV jouent un rôle capital dans sa trajectoire de carrière, sa promotion et sa position hiérarchique. Pendant que le système de promotion est basé sur des règles précises et manifeste le soutien, la reconnaissance et la gratification de l'institution envers les infirmières de mérite, il existe un système parallèle non reconnu officiellement et qui implique qu'une promotion pourrait avoir lieu indépendamment du système officiel. Ce système informel est caractérisé par les liens établis entre les différents acteurs de l'institution. Les relations interpersonnelles de l'IMV sont en rapport avec les liens qu'elle entretient avec les autres acteurs au sein de l'institution de soins de santé, que ce soit ses superviseurs, ses collègues, ou même, ses patients. Les bonnes relations interpersonnelles encouragent la communication, favorisent de nouveaux contacts, permettent l'accès à l'information et la réception de conseils face à l'obtention de poste avancé.

Dans son article 10, la Charte des droits et libertés stipule que toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, de ses droits, sans distinction, exclusion ou

préférence fondée sur la couleur, la religion, la langue ou l'origine ethnique. Autrement dit, il y a discrimination quand ces droits de la personne sont compromis. Le leadership des gestionnaires en soins infirmiers joue un rôle capital non seulement dans le succès de l'institution, mais plus particulièrement dans la vie professionnelle des IMV. En qualité de chefs de file visionnaires et porteuses d'idées novatrices, elles sont la principale source d'inspiration des IMV. Quelques IMV participantes ont reconnu l'aide et le soutien qu'elles ont reçus des gestionnaires afin d'accomplir leurs devoirs et remplir leurs responsabilités en tant que chefs d'équipe. Cependant, certaines gestionnaires ont trouvé des difficultés pour les épauler à cause de la distance qui sépare les deux cultures, gestionnaires/IMV. Sherman et Eggenberger (2008) notent que des infirmières gestionnaires américaines éprouvent souvent des difficultés à assurer du coaching et du mentoring pour les IMV à cause de lacunes dans les connaissances sur la culture et les pratiques des pays d'origine de leurs IMV.

Le mentor, que ce soit une gestionnaire ou une collègue expérimentée, va jouer un rôle de soutien professionnel, de soutien psychologique et de *role modeling* pour l'IMV. Ce soutien permet d'augmenter les variables nécessaires à la rétention à savoir, la satisfaction, l'engagement, l'implication et la performance. Le succès des IMV dans leur pays d'accueil exige un leadership et un plan de soutien et d'orientation complet (Alexis, 2005; Gerrish & Griffin, 2004; Smith, Allan, Henry, Larsen, & Mackintosh, 2006). Le *role modeling* favorise l'apprentissage relationnel, ce qui permettrait à l'IMV de mieux assimiler son rôle avec les autres et par conséquent de réduire le stress et d'augmenter sa satisfaction personnelle (Azoulay & Herridge, 2011; Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010). De plus, la gestionnaire de par son statut hiérarchique, peut être considérée à la fois comme une évaluatrice et un développeur de carrière, une fonction qui peut faciliter l'avancement de l'IMV dans l'institution.

Les IMV ont rapporté qu'elles manquent de soutien en matière de coaching et de mentoring. Les quelques IMV qui ont eu la chance d'accéder à des postes de responsabilité ont reconnu que le soutien des gestionnaires était indispensable à leur avancement de carrière.

L'IMV ne peut pas se passer du soutien de la gestionnaire et cette dernière peut jouer un rôle décisif dans le développement de son capital social et de sa carrière; car elle a le pouvoir d'avoir une influence positive sur sa satisfaction professionnelle et d'améliorer son engagement et sa performance. Les IMV ont rapporté que le manque de gestionnaires issues des minorités visibles constitue pour elles un handicap. Ces gestionnaires seraient plus disposées à offrir un support émotionnel sur la base d'un partage culturel commun. Thomas (2001), dans sa recherche sur le mentoring des minorités raciales aux ÉU, mentionne que le mentor joue un double rôle de coach et de conseiller. Il donne à la fois des conseils techniques, en expliquant comment faire les choses, et partage ses expériences sur comment faire ces choses. Il offre ainsi un soutien émotionnel important en début de carrière. En l'absence de gestionnaire, l'IMV peut recourir à l'aide d'autres acteurs dans son entourage professionnel notamment des collègues infirmières ayant le même statut au sein de l'institution qui sont potentiellement plus nombreuses et plus disponibles que les gestionnaires. Ces collègues peuvent partager des informations cruciales sur les difficultés professionnelles et même donner des conseils à ce sujet ; elles jouent donc un rôle non négligeable.

L'implication des IMV dans l'institution, dans le contexte de notre recherche, signifie une relation de partenariat entre les infirmières et l'institution de soins qui les emploie. Les infirmières acceptent les buts et les valeurs de leur institution indépendamment des avantages dont elles peuvent tirer profit. Cette implication peut avoir lieu sous plusieurs formes : affective, normative, calculée et aliénante. L'implication affective désigne un attachement émotionnel de

l'infirmière envers son institution. Cet attachement est spontané sans qu'il soit soumis à des pressions.

Notre étude montre que les IMV croient que les chances d'avancement sont minimales, sinon inexistantes, ce qui génère un sentiment de frustration exacerbé par les problèmes familiaux; une telle perception est aussi partagée par les gestionnaires. Elles (les IMV) se sentent obligées de rester dans l'institution en dépit de leur perception d'un manque d'accès à la formation, de mentoring et de chance de promotion. Ceci dit, selon les gestionnaires, les chances de formation, de mentoring et de promotion sont à la portée de tout le monde, mais c'est le manque de motivation et de participation des IMV aux programmes établis par l'institution qui mine leurs chances d'avancement; en d'autres termes, elles donnent la priorité aux difficultés que rencontre leur famille plutôt qu'à l'avancement de carrière. Quant à l'implication organisationnelle au niveau de la gestion, les IMV reprochent à l'institution la non-reconnaissance de leurs compétences alors que la reconnaissance est primordiale pour les impliquer à renforcer leur engagement pour mieux servir leur institution.

Les résultats de notre recherche montrent que les gestionnaires, de leur côté trouvent que les IMV ne s'impliquent pas suffisamment dans leur travail. Elles se limitent à effectuer les tâches qui leurs sont assignées sans chercher à améliorer leurs aptitudes et performances personnelles. Les gestionnaires ont souligné que les IMV, en grande partie, n'étaient pas suffisamment motivées pour diverses raisons: les responsabilités familiales et financières, pour elles, sont prioritaires, leur âge ne leur permet pas de faire des études avancées comme elles ne voient pas l'intérêt d'en faire.

L'instauration d'un programme préférentiel, celui des quotas, peut être considérée comme une solution à envisager ou du moins une politique d'embauche proportionnelle à l'instar

de celle appliquée par l'Université d'Ottawa. Cependant, l'instauration de ce programme a suscité la controverse. La justification morale d'un tel programme oppose théoriciens de la justice et sociologues de la stratification ethnique aux juristes (Elbaz, 2007). D'une part, un tel programme rétablit l'équité envers les stigmatisés et les exclus. D'autre part, il remet en cause l'égalité des chances par rapport aux infirmières de la majorité dominante qui sont plus compétentes pour occuper le poste à pourvoir. Un tel programme, selon ses détracteurs, ouvre une brèche dans l'égalitarisme et est loin de servir à une incorporation citoyenne; c'est donc un mal nécessaire afin de garantir un minimum de représentativité pour les IMV.

Dans nos résultats nous avons pu déduire qu'il est évident que l'institution est proactive pour inclure les IMV dans le processus de développement de carrière, mais reste à savoir si elle a réussi ou non. Les gestionnaires ont confirmé l'existence de programmes de mentoring et de formation destinés à améliorer la performance et l'avancement de carrière pour l'ensemble du personnel, peu importe l'origine ethnique ou la culture. Cependant, d'après notre vérification nous n'avons pu identifier aucune IMV qui occupe la position de gestionnaire. Cela nous incite à nous demander si la non accession des IMV aux postes de gestion est due à la culture organisationnelle comme le prétendent certaines IMV ou si c'est la responsabilité des IMV elles-mêmes qui n'appliquent pas pour des positions affichées ou n'arrivent pas à se conformer aux attentes de leur institution. Nous pensons que l'institution aussi bien que les IMV tiennent une part de responsabilité en ce qui concerne la stagnation des IMV en bas de l'échelle hiérarchique. L'institution est confrontée au dilemme *égalité des chances ou équité*. Le principe d'égalité des chances est avantageux pour les infirmières de la majorité qui sont jeunes, qui ont du soutien social et qui peuvent facilement accéder à une éducation plus avancée. Par contre, l'égalité des chances représente un désavantage pour les IMV; elles sont plus âgées, elles doivent faire face à

des difficultés financières, à des difficultés d'assimilation et de communication. La compétition pour des postes avancés de gestion penche ainsi en faveur des infirmières de la majorité. Il s'ensuit que l'équité en matière d'avancement et de promotion par le recours au quota nous paraît plausible. Cette pratique, malgré qu'elle soit controversée et considérée comme injuste envers les infirmières de la majorité qui la considèrent contraire à une véritable politique égalitariste, vise à procurer un avantage préférentiel à certaines catégories de la population – dont les IMV – afin de compenser une inégalité persistante (Calvès 2004). Cependant, les IMV qui ont la méritocratie doivent faire preuve de plus d'implication dans les politiques décisionnelles de l'institution, prouver leurs compétences et leur capacité d'influencer et d'inspirer leurs collègues et de renforcer leur réseau de soutien.

En résumé, notre recherche montre que les barrières et facteurs facilitant l'avancement de carrière des IMV sont, d'un côté, propres à leurs caractéristiques personnelles, à savoir leurs comportements et leurs stratégies pour atteindre les postes de gestion. D'un autre côté, ils relèvent de la culture organisationnelle, à savoir ses politiques en matière de pratiques et de processus. Notre étude insiste aussi, sur l'importance du concept de l'altérité pour comprendre et appréhender les phénomènes théoriques et pratiques qui se manifestent dans une institution de soins de santé. Les rapports sociaux de domination dans la profession infirmière sont devenus le carrefour des cultures, où se multiplient les rencontres avec l'*Autre* sur une base quotidienne. Cela, à notre avis, explique une dichotomie de perception entre celle des gestionnaires et des IMV. La représentation des IMV dans les postes de gestion nécessite une stratégie organisationnelle plus proactive afin de faciliter leur intégration dans le but d'assurer une justice sociale pour tous et éviter le gaspillage des compétences.

6.1 Implications de l'étude

Cette partie relate les implications pour la recherche, la pratique et la formation.

Recherche

Les résultats de notre recherche viennent contribuer à un corpus de recherches qualitatives qui éclaire la sous-représentation des infirmières issues des minorités visibles et les répercussions psychosociales, les défis et les difficultés perçues par cette population. Nous estimons que notre recherche donnera la voix à ces femmes et contribuera ainsi à mieux faire comprendre leurs perceptions et leurs expériences vécues, quant à leur représentation dans les postes avancés de leur institution. Nous espérons que notre étude, combinant devis qualitatif et pensée critique, contribuera à la production de savoir susceptible de favoriser une meilleure représentation des IMV dans les postes de gestion dans les institutions de soins de santé non seulement en Ontario mais partout au Canada. Compte tenu du manque de recherches qui relatent les expériences des IMV en matière d'avancement de carrière, nous croyons que notre recherche instaure un sujet de recherche encore vierge et inexploré en sciences infirmières. Nous jugeons qu'il est indispensable d'entamer d'autres recherches afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les IMV dans l'atteinte d'une meilleure représentation dans les postes avancés de la hiérarchie des institutions de santé. Les recherches portant sur l'avancement de carrière des IMV doivent continuer à évaluer des modèles conceptuels qui permettent de surmonter les barrières et renforcer les facteurs facilitants.

Notre recherche ouvre ainsi la voie à d'autres recherches sur les facteurs de succès de carrière des IMV. Il serait pertinent de cibler un échantillon composé d'IMV cadres, gestionnaires et professionnelles qui ont obtenu des promotions et ont eu la chance d'accéder à des postes de pouvoir. Ces IMV pourraient apporter des informations pertinentes quant aux

stratégies et aux facteurs facilitants qui leur ont ouvert la voie du succès et favorisé leur accession aux postes de leadership.

Pratique professionnelle

Les perspectives pratiques qui découlent de notre recherche concernent tous les acteurs institutionnels du milieu de recherche, à savoir, l'administration, les ressources humaines (RH) les gestionnaires et les IMV.

Les résultats obtenus démontrent l'impact de la différence culturelle sur la relation professionnelle et les chances de promotion à des postes de gestion. Au niveau pratique, de tels résultats permettront aux dirigeants et aux RH d'identifier les tendances qui émanent de la situation des IMV quant à leur sous-représentation dans les postes de gestion. En tenant compte de ces situations, les dirigeants de l'institution seront plus conscients du rôle qui leur incombe, à savoir réduire les obstacles à l'avancement de carrière tels que perçus par les IMV. Les résultats de cette étude offrent des pistes aux décideurs de l'institution, objet de notre recherche, comme à d'autres décideurs de la profession infirmière afin de promouvoir le recrutement et le maintien en emploi des IMV et d'accroître leurs efforts pour permettre à ces femmes d'utiliser leur plein potentiel et d'avancer dans leur carrière. Ainsi, l'institution est appelée à conscientiser les infirmières de la majorité dominante à l'importance de la diversité culturelle et à la promotion d'un milieu de travail favorisant l'intégration et la reconnaissance des compétences des IMV.

Notre étude incite l'institution de soins à revoir les forces et les faiblesses des pratiques et politiques en place, de favoriser celles qui permettent aux IMV d'atténuer leurs difficultés et/ou éliminer celles qui constituent un obstacle à leur avancement. Ainsi, l'institution pourrait se fixer de nouvelles priorités favorisant l'avancement de carrière des IMV.

Les gestionnaires ont un rôle déterminant à jouer au sein de l'institution; elles ont un rôle névralgique dans la réalisation de ses objectifs, elles représentent un outil indispensable pour instaurer une culture organisationnelle efficace. Une IMV ne peut accéder à un poste sans passer par eux lorsqu'on recrute de nouveaux talents pour l'institution. Leurs points de vue sont importants lors de l'instauration de tout programme de développement de leadership et de planification du perfectionnement professionnel. Notre recherche incitera ces gestionnaires à opter pour la judicieuse stratégie d'intégrer la diversité dans leurs valeurs fondamentales en valorisant les forces de chacun et de corriger ainsi la discrimination envers les groupes minoritaires.

Pour les IMV qui désirent atteindre des postes avancés dans la hiérarchie institutionnelle, les résultats de notre recherche les inciteront à être plus impliquées dans les activités institutionnelles. Elles devraient être proactives dans leur développement et élargir leurs réseaux formels et informels à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution; elles devraient également établir des relations solides avec un mentor et surtout avancer leurs connaissances en matière de leadership. Nos résultats inciteront les IMV à avoir des attitudes positives qui favoriseront leur insertion et leur intégration au sein de l'institution, car elles sont aussi responsables du cheminement de leur carrière.

Formation

Les données recueillies dans le cadre de notre recherche montrent qu'il y a des enjeux liés à la représentation des IMV dans les postes de gestion en matière de formation et de mentoring. Il apparaît nécessaire, voire fondamental, d'inclure dans les cursus académiques des notions théoriques et pratiques qui permettent aux IMV de s'impliquer dans les politiques de gestion de la diversité au sein des institutions de soins de santé. Ces notions permettraient aux IMV de

développer leurs compétences et leurs habiletés de gestion afin d'accéder à des postes avancés. Une formation de base pour les étudiantes (Bac.) et une formation en milieu de travail pour les infirmières issues de la majorité pourrait se faire sous forme d'ateliers dans le but de les sensibiliser sur l'importance de la diversité culturelle et sur la prise en considération des différences culturelles.

6.2 Limites de la recherche

Une des limites de la recherche a été le nombre restreint d'IMV et de gestionnaires interviewées. Le nombre de participantes n=12 dont 8 IMV et 4 gestionnaires, nous paraît insuffisant pour représenter l'ensemble de toutes les considérations d'ordre sensible rattachées au sujet. Le nombre de participantes a limité non seulement la richesse des données, mais nous a également obligées à répéter certains verbatim dans les différentes catégories.

Aucune des gestionnaires n'appartient aux IMV, de ce fait, nous ne pouvons identifier les stratégies adoptées par une IMV pour atteindre les postes avancés de gestion.

Nous aurions aimé étendre la recherche à d'autres institutions afin de mieux identifier les obstacles et les facteurs facilitant l'accession aux postes de pouvoir, mais ni le temps, ni les procédures, ni les moyens ne le permettaient. Une autre limite est reliée au fait que les entrevues se sont déroulées dans une salle de l'institution pendant les heures de travail des participantes. Vu leur charge de travail, certaines IMV ne nous ont accordé qu'une quinzaine de minutes de leur temps. Par contre, certaines gestionnaires ont pu nous accorder plus de temps. Le rapport majorité-minorité et sa dynamique représente une réflexion centrale de notre étude. Toutefois, il y a l'émergence d'autres dynamiques à l'intérieure du groupe IMV qui n'ont pas été retenues dans la présente étude ex. rapport entre Africains de différents pays, Africains-Haïtiens, etc.

Une dernière limite se réfère à la sensibilité du sujet; certaines IMV ont eu peur que leur identité soit révélée et qu'elles subissent des représailles. Elles étaient réticentes à dire librement tout ce qu'elles pensaient; une des IMV participantes a même demandé à ce qu'une partie de son entrevue ne soit pas enregistrée.

Malgré ces limites, notre recherche est porteuse d'importantes informations susceptibles d'aider de futures IMV gestionnaires à avoir un esprit critique envers les conditions de travail des IMV dans un milieu à majorité blanche et invite les institutions de santé à s'engager davantage dans la promotion de la diversité.

CONCLUSION

En raison du contexte sociétal actuel, la profession infirmière doit faire face à plusieurs défis, dont la pénurie d'effectifs causés par les départs massifs à la retraite et le vieillissement de la population. Pour y remédier, les institutions de santé font de plus en plus appel à un personnel soignant issu de l'immigration. Cependant, on constate que peu d'infirmières issues des minorités visibles (IMV) occupent des postes avancés de gestion. Notre recherche a exploré la sous-représentation des IMV dans les postes de gestion dans une institution de soins de santé à l'Est de l'Ontario.

Notre étude a permis d'apporter un éclairage sur les perceptions de huit IMV et de quatre gestionnaires de cette institution de santé quant à l'accès des IMV à des postes de gestion. À travers les concepts d'Othering, de justice sociale et en utilisant l'approche postcoloniale, nous avons fait un examen critique des deux points de vue, celui des gestionnaires, qui étaient toutes des infirmières caucasiennes et celui des IMV. Cette recherche montre qu'il y a un dialogue de sourds quant à l'interprétation du principe de la justice sociale entre les IMV et les gestionnaires. Pour les gestionnaires, il y a une égalité des chances entre toutes les infirmières quant à la promotion et à l'avancement de carrière; selon elles, l'institution adopte une culture organisationnelle qui répond aux besoins de tous ses employés. Par contre, les IMV trouvent que leurs chances de promotion sont minimales et se sentent *cantonnées* dans des positions *subalternes*. Ceci dit, les gestionnaires et les IMV s'entendent sur le fait que ces dernières ont besoin de plus de formation et de mentoring pour accéder à des postes de gestion. Les IMV semblent être incapables de changer la trajectoire de leur carrière sans le soutien actif de leur institution. Celle-ci est donc appelée à adopter une politique plus agressive en matière d'inclusion et de lutte contre la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation.

Peu de recherches se sont penchées sur la question de la représentation des IMV en matière d'accèsion à des postes de gestion. Cette recherche, malgré ses limites, a identifié des pistes de recherche à considérer ainsi que les actions à entreprendre pour une meilleure gestion et une intégration de la diversité. Ainsi, les institutions de santé sont appelées à rendre leur milieu de travail plus accueillant et plus adapté à la population des IMV en les stimulant, en les impliquant et en les incluant davantage dans la gestion des soins infirmiers. Les IMV, à leur tour, sont appelées à jouer un rôle plus actif en s'impliquant davantage dans activités institutionnelles et en s'engageant à améliorer la performance de l'organisation.

RÉFÉRENCES

- Abric, J.C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éds), *Les représentations sociales*, (pp.182-203). Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J. C. (1993). Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representation. *Papers on Social Representations*, 2(2), 75-78.
- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Adam, A. Griffiths, M. Keogh, C. Moore, K. Richardson, H., & Tattersall, A. (2006). Being an 'it' in IT: gendered identities in IT work, *European Journal of Information Systems*, 15, 368-378.
- Adler, N. J. & Izraeli, D. N., (ed.) (1988). *Women in Management Worldwide*. M.E Sharpe, New York.
- Adorno, T. (1976). On the logic of the social sciences in T. Adorno, H. Albert, R. Dahrendorf, J. Habermas, H. Pilot & K. R. Popper (Eds), *The Positivist Dispute in German Sociology*. London: Heinemann.
- Ahmad,W.I.U. (1993). Making Black People Sick: ``Race``, Ideology and Health Research. Dans W.I.U. Ahmad (Éds), *``Race`` and Health In Contemporary Britain* (pp. 12-33). Philadelphia: Open University Press.
- Alexis, O. (2005). Managing change: Cultural diversity in the NHS workforce. *Nursing Management*, 11(10), 28-30.
- Alexis, O. & Vydellingum V. (2004). The lived experiences of overseas black and minority ethnic nurses in the National Health Service in the south of England. *Diversity Health Social Care*, 1(1), 13-20.

- Alexis O, Vydelingum V. (2005). The experiences of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Research in Nursing*, 10(4), 459-472.
- Alexis O., Vydelingum V., & Robbins I. (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2221-2228.
- Allan, H. & Larsen, J.A. (2003). *We Need Respect : experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London: Royal College of Nursing.
- 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.
- Anderson, E. (2007). Fair Opportunity in Education: A Democratic Equality Perspective, *Ethics*, 117, 595-622.
- Anderson, G. L. (1989). Critical ethnography in education: Origins, current status, and new directions. *Review of Educational Research*, 59, 249-270.
- Anderson, J., Khan, K., & Reimer-Kirkham, S. (2011). Community research from a postcolonial feminist perspective: Exemplars from health research in Canada and India. In G. Creese & W. Frisby (Eds.), *Feminist methodologies in community research*. Vancouver, BC: UBC Press.
- Anderson, M., & Seltzer W. (2001). T. The Dark Side of Numbers : The Role of Population Data Systems in Human Rights Abuses. *Social Research*, 68(2), 481-513.
- Andrews c. Law Society of British Columbia, (1989) 1 R.C.S. 143, p. 174
- Andrews, M., & Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29(10), 201-7.

- Arakelian, C., & Magnall, A. (2002). *Intercultural Communication: improving professional interaction*. London: Royal College of Nursing.
- Arthur, W., & Doverspike, D. (2005). Achieving diversity and reducing discrimination in the workplace through human resource management practices: Implications for research and the theory for staffing, training, and rewarding performance. In R.L. Dipboye, & A. Colella, (Eds), *Discrimination at work* (pp. 305-327). Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 248-261). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Azoulay, E., & Herridge, M. (2011). Understanding ICU staff burnout: the show must go on. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 184, 1099-1100
- Baum, F. (2002). *The new public health*. South Melbourne: Oxford University Press.
- Baumann, A., J. Blythe, A. Rheaume & K. McIntosh. (2006). Internationally Educated Nurses in Ontario: Maximizing the Brain Gain. *Health Human Resources* 3(2). Hamilton, ON: Nursing and Health Services Research Unit.
- Baumbush, J. (2010). Conducting critical ethnography in long-term residential care. *Journal of advanced Nursing*, 67(1), 184-192.
- Beaud, S., & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- Bell, M. P. (2007). *Diversity in Organizations*. Mason, OH : South-Western/Cengage.
- Benjamin, A. E. (1989). *The probleme of modernity : Adorno and Benjamin*. London : Routledge

- Bentham, J. (1996). *Fragment sur le gouvernement. Manuel des sophismes politiques*. Paris : L.G.D.J.
- Bewley, T. (1999). *Fairness, Reciprocity, and Wage Rigidity*. Cowles Foundation Discussion Paper No.1383.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' Job Satisfaction: A Meta-Analysis of Related Variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Block, L.M., Claffey, C., Korow, M.K., & McCaffrey, R. (2005). The value of mentorship within nursing organizations. *Nursing Forum*, 40(4), 134–140.
- Bosset, P. (2005). Les mesures législatives de lutte contre la discrimination raciale au Québec : un bilan institutionnel. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 15-30.
- Boukhobza N. (2005). Les filles naissent après les garçons : Représentations sociales des populations d'origine maghrébine en France. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 21(1), 227-242.
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*, (pp. 18). Paris : Droz.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit
- Bourdieu, P. (1980). L'identité et la représentation: éléments pour une réflexion critique sur l'idée de région. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 35, 63-72
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard, 243 p.
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*, Éditions de Minuit. p.24
- Bourdieu, P. (1991), *Langage et pouvoir symbolique*, préface de John B. Thompson [1991], Paris, Seuil, 2001, pp.423
- Bourdieu, P. (1992), *Réponses, pour une anthropologie réflexive*, Paris, Le Seuil.
- Bourdieu, p. (1998), *La Domination masculine*, Seuil, Paris.

- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Paris, Seuil.
- Bowles, H.R., Babcock, L., & McGinn, K.L. (2005). Constraints and triggers: Situational mechanics of gender in negotiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 951-965.
- Brah, A., & Phoenix, A. (2004). Ain't I a Woman ? Revisiting Intersectionality. *J. Int. Women's Studies*, 5 (3), 75-86.
- Bransford, C.L. (2006). The use of critical ethnography in managed mental health care settings. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 33(4), 153-170.
- Brewer, J.D. (2000). *Ethnography*, Buckingham: Open University Press.
- Brighouse, H., & Swift, A. (2009). Educational Equality versus Educational Adequacy: A Critique of Anderson and Satz. *Journal of Applied Philosophy* 26(2), 117-128
- Brown, S. G., & Dobrin, S. I. (2004). Introduction. New writers of the cultural sage: From postmodern theory shock to critical praxis. In S. G. Brown & S. I. Dobrin (Eds), *Ethnography unbound* (pp.1-12). Albany, NY: State University of New York Press.
- Browne, I., & Askew, R. (2005). Race, ethnicity and wage inequality among Women: What happened in the 1990's and Early 21st Century? *American Behavioral Scientist*, 20, 1275-1292.
- Buch, E. D. & Staller, K. M. (2007). The feminist practice of ethnography. In Hesse-Biber, S. and Leavy, P.L. (Ed.), *Feminist research practice: A primer* (First ed., pp. 187-222). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Buchan J. (2006). Filipino nurses in the UK: A case study in active international recruitment. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 113–120.

- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *British association of critical care nurses*, 15(3), 129-140.
- Burke, R.J., Koyuncu, M., & Fiksenbaum, L. (2007). Les pratiques organisationnelles favorables à l'avancement professionnel des femmes et l'augmentation de leur satisfaction et de leur bien être psychologique. 54-79. Dans *Les femmes cadres dans le secteur public. Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, 13, 4.
- Burke, R.J., & Mattis, M. (2005). *Supporting Women's Career Advancement*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Calvès, G. (2004). *La discrimination positive. Que sais-je ?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Camoroff, J., & Camoroff, J. (2009). *Ethnicity Inc.* Chicago, ILL: The University of Chicago Press.
- Campesino, M. (2008). Beyond transculturalism: Critiques of cultural education in nursing. *Journal of Nursing Education*, 47(7), 298-304.
- Canales, M.K. (1998). Changing Perceptions of the Other: Teaching Practices of Doctorally-Prepared Latina Nursing Faculty. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison; Dissertation.
- Canales, M.K. (2000). Othering: toward an understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 16-31.
- Cardu, H (2011). *Resilience Strategies Used by Immigrant Women Facing Professional*

- Deskilling in Quebec: A Literature Review and a small Scale Study*. Ouvrage Collectif sur la Migration, le genre et la déqualification. Bureau International des Migrations. Genève : Suisse.
- Cardu, H. (2008). *Construction identitaire professionnelle et interaction en contexte de transition culturelle : l'étude d'un cas*. Dans la Revue Connexions, 89. Psychosociologie, Sciences Humaines. Paris : Ères. *Numéro spécial : Identité et subjectivité*
- Carspecken, P. (1996). *Critical ethnography in educational research : A theoretical and practical guide*. NewYork : Routledge.
- Catalyst (2008). *Career advancement in corporate Canada: a focus on visible minorities. Workplace fit and Stereotyping*. Toronto: Catalyst.
- CCDA-Conseil Canadien pour la Diversité Administrative, bulletin de rendement annuel de 2012 consulté en ligne de :
<http://boarddiversity.ca/sites/default/files/CBDC-Annual-Report-Card-2012-FRE.pdf>
- Cerdin, J.-L. (2004). Les carrières dans un contexte global, *Revue management et avenir*, 1(1), 155-175.
- Chanoux, P. (2009). La reconnaissance des acquis et des compétences (RAC) des personnes immigrantes, vue sous l'angle de la discrimination. Dans : Paul Eid (dir.), *Pour une véritable intégration. Droit au travail sans discrimination*, Fides, p. 35-51.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Charon, J.M. (1992). *Symbolic Interactionism: An Introduction, an Interpretation, an Integration*. (4 th ed., pp.104). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Chen, C. C., Yu, K. C., & Miner. J. B. (1997). Motivation to Manage: A Study of Women in Chinese State-Owned Enterprises. *Journal of Applied Behavioral Science*, 33, 160-73

- Chevrier, S. (2003). *Le management interculturel*. Editions PUF, collection Que sais-je ?, Paris.
- Chicha, M. T., & Charest, É. (2008). *L'intégration des immigrants sur le marché du travail à Montréal : Politiques et enjeux*. Institut de recherche en politiques publiques, 14(2).
- Choi, J., & Chen, C. C. (2006). Gender differences in perceived work demands, family demands and life stress among married Chinese employees. *Management and Organization Review*, 2(2), 209-229.
- Collin, F. (1992). Pouvoir et domination. In L. Courtois, J. Pirotte, F. Rosart (Eds). *Femmes et pouvoirs. Flux et reflux de l'émancipation féminine depuis un siècle*. Louvain-la-Neuve & Bruxelles, Nauwelaerts.
- Collins, P.H. (1991). Learning from the outsider within: the sociological significance of Black feminist thought. Dans M.M. Fonow, & J.A. Cook, (Éds), *Beyond Methodology: Feminist Scholarship as Lived Research*. Bloomington (pp.35-59), IN: Indiana University Press.
- Collins P.H. (2000), *Black Feminist Thought : Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, New-York Routledge (2nd ed., first in 1990).
- Colwill, N. (1987). Men and women in organizations: roles and status, stereotypes and power, dans K. Shallcross Koziara, M. H. Moskow et L. Dewey Tanner, (éds.) *Working Women: past, present, future*, Washington, The Bureau of National Affairs, 97-117.
- Comeau, Y. (1994), *L'analyse des données qualitatives*, Québec, Université Laval, Cahiers du CRISES, No 9402.
- Cooper, A. J. (1892). *A Voice from the South*, (reprinted in 1998). New York: Oxford University Press.
- Corcoran, M., Datcher, L., & Duncan, G. (1980). Information and Influence Networks in

- Labor Markets, in Duncan, G , Morgan, J., (Eds). *Five Thousand American Families: Patterns of Economic Progress*, A. Arbor, MI: Institute for Social Research, 7, 1-37.
- Cornet, A., Laufer. J. & Belghiti-Mahut, S. (2008). *GRH et genre : Les défis de l'égalité hommes-femmes*. Paris : Vuibert.
- Cox, J.T. (1993). *Cultural diversity in organizations : Theory, Research and Practice*. San Francisco, CA : Berrett-Koehler Publishers.
- Crenshaw K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex : A black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist practice, *University. of Chicago Legal Forum*, 89, 139-167.
- Crenshaw, K. W. (2000). *Background Paper for the Expert Meeting on the Gender-Related Aspects of Race Discrimination*. Zagreb : Croatia.
- Creswell, J. (2002). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Cukier, W., Gagnon, S., Roach, E., Holmes, M., & Khennache, L., Bindhani, P., & Saekang, A. (2013). *Diversity leads: Women in senior leadership positions: A profile of Greater Montreal*. Toronto, Canada: Diversity Institute, Ryerson University.
- Curran, C. (1992). *Building towards the future*. Paper presented at The National Conference on Nursing Administration, Ottawa, ON.
- Daft, R.L. (1992) *Organization Theory and Design*, 4th ed. St. Paul, MN: West.
- Daft, R.L. (2009). *Organization theory and design* (10e éd.). Mason, OH: South-Western Cengage Learning.
- Daftary, A. (2012). HIV and tuberculosis: the construction and management of double stigma. *Social science & medicine*, 74(10),1512–1519.
- Daley, D.M. (1996). Paths of glory and the glass ceiling: differing patterns of career

- advancement among women and minority federal employees. *Public Administration Quarterly*, 20(2), 143-162.
- Das Gupta, T. (1996). Anti-black racism in nursing in Ontario. *Studies in Political Economy*, 51.
- Das Gupta, T. (2005). *Implementing accountability for equity and ending racial backlash in nursing*. Toronto: Canadian Race Relations Foundation.
- De Hoogh, A., Den Hartog, D., Koopman, P., Thierry, H., Van den Berg, P., Van der Weide, J., & Wilderom, C. (2005). Leader motives, charismatic leadership, and subordinates' work attitude in the profit and voluntary sector. *Leadership Quarterly*, 16: 17-38.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (1994). (Eds), *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2003). Introduction: the discipline and practice and qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry*, (pp.1-45). Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction : The Discipline and Practice of Qualitative Research. Dans N.K. Denzin & Y.S Lincoln (Éds), *Handbook of Qualitative Research* (pp.1-32).Thousand Oaks, Ca,: Sage.
- Desgroseilliers, V., & Vonarx, N. (2010). Expérience migratoire et santé : ou comment penser l'altérité et la souffrance identitaire. *Aporia*, 2(2),17-25.
- Deslauriers, J.P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145-152
- DiCicco-Bloom, B. (2004). The racial and gendered experiences of immigrant nurses from Kerala, India. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 26–33.
- DiTomasso, N., Hooijberg, R. (1996). Diversity and the demands of leadership. *Leadership*

Quarterly, 7(2), 163-187

Diversity Institute (2012). *Women in senior leadership positions: A Profile of the Greater*

Toronto. Consulté en ligne de :

www.ryerson.ca/content/dam/.../DiversityLeads_Gender_2012.pdf

Drevdahl, D. J., Canales, M. K., & Dorcy, K. S. (2008). Of goldfish tanks and moonlight tricks:

Can cultural competency ameliorate health disparities? *Advances in Nursing Science*, 31(1), 13-27.

Du Bois, W. E. B. (1920). *The Damnation of Women*. (reprinted in 1996). In N. Huggins

(Eds), *Du Bois Writings*. New York: Library of America Colleges Editions.

Du Bois, W. E. B. (1903). *The Soul of Black Folk*, New York, Barnes & Noble Classics.

Ducharme, D., & Eid, P. (2005). *La notion de race dans les sciences et l'imaginaire raciste: la*

rupture est-elle consommée?. L'observatoire de la génétique. Consulté en ligne de :

www.omics-ethics.org/observatoire/archives/archives2005.html

Eagly, A.H., & Carli, L. L. (2007). *Through the labyrinth: The truth about how women become*

leaders. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Eagly, A. H., & Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders.

Psychological Review, 109, 573–598.

Eid, P. (2012). *Mesurer la discrimination à l'embauche subie par les minorités racisées :*

résultats d'un « testing » mené dans le grand Montréal. Commission des droits de la

personne et des droits de la jeunesse, Montréal: Quebec.

Elbaz, M. (2007). *Hiérarchies polyethniques, justice intergénérationnelle et programmes*

préférentiels au Canada. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Françoise-

Romaine Ouellette et Claude Bariteau, *Entre tradition et universalisme*. Colloque 1993

- de l'ACSALF, pp. 435-455. Québec : L'Institut québécois de la culture (IQRC), 1994, 574 pp.
- Eliev, S., & Bernier, C. (2003). Perceptions de femmes cadres dans une entreprise typiquement masculine, *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 9 (2) 87-113.
- Elliott, J., Berman, H., & Kim, S. (2002). A critical ethnography of Korean Canadian women's menopause experience. *Health care for women international*, 22, 377-388.
- Etowa, J. (2007). Negotiating the boundaries of difference in the professional lives of Black nurses. *The International Journal of Diversity in Organizations, Communities and Nations*, 7(3), 214-226.
- Etowa, J., Sarla, S., & Thompson-Isherwood, R. (2009). The substantive theory of surviving on the margin of a profession. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 174-181.
- Fanon, F. (1952). *Peau noires. Masques blancs*. Paris: Les Éditions du Seuil, 239
- Farwa, Z. (2014). Addressing issues of migrant labour rights in Qatar. *The Edge* 6(56), 34-41
- Ference, T. P., Stoners, J. A. F., & Waren, E. K. (1977). Managing the career plateau. *Academy of Management Review*, 2(4), 602-612.
- Fetterman, D.M. (1989). *Ethnography second edition step by step: Applied Social Research Methods*. Thousand Oaks; London: SAGE
- Field, D., & Santucci, J. (1983). Working Steel. Dans J. Penny, *Hard earned wages, women fighting for better work*, The Women's Press : Toronto,
- Fine, M. (1994). Working the hyphens: Reinventing self and other in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 70-82). Thousand Oaks, C.A: Sage.
- Flood, L.C. (2005). The new sisterhood, *Human Resources*, June, pp.46-49

- Ford Gilboe, M., Campbell, J., & Berman, H. (1995). Stories and numbers: Coexistence without compromise. *Advances in Nursing Science*, 18(1), 14-26.
- Fortin S. et Houssa É (2012). La recherche qualitative au service du changement. *Recherche Qualitative*. 31(2), 52-78.
- Fortino, S. (2003). *La mixité au travail*. Paris : La Dispute/SNÉDIT .
- Foucault, M. (1972] 1996). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Tel/Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard, coll.
- Foucault, M. (1976), *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1978] 2004). *Naissance de la biopolitique*, Cours au Collège de France, 1978-1979, Paris. Paris : Seuil Gallimard.
- FRA agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne *Exclusion et discrimination dans les 27 États membres de l'Union européenne - Mise à jour 2008*
http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1696-pub-migrants-minorities-employment_FR.pdf
- Fradin, B., Quere, L., & Widmer, J. (1994). *L'enquête sur les catégories*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Freire P. (1972). *Pedagogy of the Oppressed*. Penguin, London.
- Frenette, M., & Morissette. R. (2003). *Convergeront-ils un jour? Les gains des travailleurs immigrants et de ceux nés au Canada au cours des dernières décennies*. Ottawa : Statistique Canada.
- Gandz, J., Crossan, M., Seijts, G., & Stephenson, C. (2010). *Leadership on Trial: A Manifesto for Leadership Development*. London, ON: Richard Ivey School of Business.
- Garavan, T., Hpgan C., & Cahir-O'Donnel, A. (2003), *Making Training and Development*

- Work. A Best practice Guide.* Oak Tree Press : Dublin.
- Gelfand, M.J., Nishii, L.H., Raver, J.L., & Schneider, B. (2005). Discrimination in Organizations : An Organizational-level systems perspective. In R.L. Dipboye & A. and A. Colella (Eds), *Discrimination at work: The psychological and organizational bases.* (pp. 89-116). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gerrish, K., & Griffith, V. (2004). Integration of overseas registered nurses: Evaluation of an adaptation program. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 579-587.
- Glensne, C., & Peshkin, A. (1992). *Becoming qualitative researchers: An introduction.* New York: Longman.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health : A Introduction.* Thousand Oaks, California : Sage Publication.
- Granovetter, M. (1995). *Getting a Job: A Study of Contacts and Careers* (2nd Ed). The University of Chicago Press, Chicago.
- Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., & Wormley, W.M. (1990). Organizational experiences and career success of black and white managers. *The Academy of Management Journal*, 33(1): 64-86.
- Grodent, F., Lincken, A., et Tremblay, D.-G. (2011). *Temps de travail, implication professionnelle et temporalités sociales des gestionnaires à la Société de transport de Montréal. Une analyse en termes de niveaux de responsabilités.* Communication au consortium doctoral AGRH 2011, Marakkech, Maroc, les 26-28 octobre 2011
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K.

- Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: Sage.
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *The SAGE handbook of qualitative research* (3 rd ed., pp. 191–216). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guénif-Souilamas, N. (2005). En un combat douteux. *Revue européenne des migrations internationales*, 21(2) consulté de :
<http://remi.revues.org/2493>
- Guest, G., Bunce, A., and Johnson, L. (2006). ‘How Many Interviews are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability’, *Field Methods*, 18: 59-82.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel* (Tome 1). Paris: Fayard.
- Habermas, J. (1990). *La technique et la science comme idéologie*. Paris : Gallimard.
- Habermas, J. (1992). *L'éthique de la discussion*. Paris : Cerf.
- Habermas, J. (2002). *L'avenir de la nature humaine*, op. cit., p. 102
- Hagey, R., Jacobs, M., Turriffin, J., Lee, R., Purdy, M., Chandler, M., Cooper Brathwaite, A. and Das Gupta, T. (2005). *Implementing accountability for equity and ending racial backlash in nursing*. Toronto: Canadian Race Relations Foundation.
- Hall, J. M., & Fields, B. (2012). Race and microaggression in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*, 35(1), 25-38.
- Hall. S. (1991). Ethnicity, identity and difference. *Radical America*, 3, 9-22
- Hall, S. (1994). Cultural studies: Two paradigms. In *Culture/power/history: A reader in contemporary social theory*, eds NB Dirks, G Eley and SB Ortner, 520–38. London & New York: Routledge.

- Hall, D.T. (1976). *Careers in organizations* , Goodyear Publishing Company : Santa Monica, Californie
- Hall, D.T.et Mirvis, P.H. (1996). The New Protean Career. Psychological Success and the Path with a Heart. Dans D.T. Hall and Associates, *The Career is Dead – Long Live the Career: A Relational Approach to Careers*, San Francisco: Jossey-Bass, p.15-45
- Hara Associates Inc. (2006). *Drop-off Rates for Employment Equity Groups Automated Screening Reports & Appointments 2000-2005*, Ottawa: Hara Associates Inc.
- Harrowing, J. N., Mill, J., Spiers, J., Kulig, J., & Kipp, W. (2010). Culture, context, and community: Ethical considerations for global nursing research. *International Nursing Review*, 57, 70–77.
- Hassouneh-Phillips D., & Beckett A. (2003). An education in Racism. *Journal of Nursing Education*, 42 (6), 258-265.
- Heilman, M. E. (2001). Description and prescription: How gender stereotypes prevent women’s ascent up the organizational ladder. *Journal of Social Issues*. 57,
- Heilman, M.E., & Haynes, M.C. (2005). Combating Organizational Discrimination : Some Unintended Consequences. Dans R.L. Dipboye & A. Colella (Eds), *Discrimination at Work : The Psychological and Organizational Bases*, (p. 353-378). Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Heilman, M.E., & Okimoto. T.G. (2007). Why are women penalized for success at male tasks?: The implied communality deficit. *Journal of Applied Psychology*, 92, 81-92.
- Heller, M. (2003). *Crosswords: Language, education, and ethnicity in French Ontario*. 2e édition Berlin: Mouton de Gruyter.
- Hellzen, O., Asplund, K., Sandman, P., & Norberg, A. (2004). The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provokingly: An interview study.

- Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 3-11.
- Henry, F., Tator, C. Mattis.W., & Rees,T. (2005). *The colour of democracy : Racism in canadian society*. (3e ed.), Toronto : Thomson Canada.
- Hite, L.M. (2006). Perceptions of racism and illusions of equity. *Women in Management Review*, 21(3) : 211-223.
- Holmes, D., & Federman, C. (2003). Killing for the State: The Darkest Side of American Nursing. *Nursing Inquiry*, 10 (1), 2-10.
- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Understanding Disgust in Nursing: Abjection, Self, and the Other. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 20 (4), 305-315.
- Holzer, H. (1988). Search Method Use by Unemployed Youth. *Journal of Labor Economics*, 6(1), 1–20.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Traduit de l'allemand par Pierre Rusch. Passages. Paris : Les Éditions du Cerf.
- Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS* 1(23), 133-136.
- Honneth, A. (2010). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Les Éditions du cerf.
- Horkheimer, M. (1978). *Théorie critique*. Paris : Payot.
- House, R. J., Hanges, P. J., Javidan, M., Dorfman, P. W., & Gupta, V. (Eds), (2004). *Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hum, D., & Simpson, W. (1999). Wage opportunities for visible minorities in Canada. *Canadian Public Policy / Analyse De Politiques*, 25(3), 379-394.

- Huppert-Laufer, J. (1982). *La féminité neutralisée? Les femmes cadres dans l'entreprise*. Paris : Flammarion.
- Information and Communications Technology Council (ICTC) (2008). *Outlook for the Information and Communications Technology Labour Market*, Ottawa, ICTC.
- Ionnides, M., & Loury L., (2004). Job Information Networks, Neighborhood Effects, and Inequality. *Journal of Economic Literature*, 42, 1056-93.
- Irvine, D., & Evans, M. (1992). *Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: A Review and Meta-Analysis*. Toronto: University of Toronto Faculty of Nursing Monograph Series.
- Jacob, J. D. Gagnon, M., & Holmes, D. (2009). Nursing so-called monsters: On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 153-161.
- Jeans, M. E., & Rowat, K. (2005). Leadership Objective C: Competencies Required of Nurse Managers. consulté de : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/competencies_required_nurse_managers_e.pdf?la=en
- Jensen, S.Q. (2011). Othering, identity formation and agency. *Qualitative Studies*, 2(2): 63-78.
- Jodelet, D. (1997). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Moscovici, S. (dir.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, p.365.
- Johnson, S. L. & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90.
- Jose, M.M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review*, 58, 123-129.
- Kark, R., & Dijk, D. (2007). Motivation to lead, motivation to follow: The role of the self-regulatory focus in leadership process. *Academy of Management Review*, 32(2), 500-528.

- Kawi, J., & Xu, Y. (2009). Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: An integrative review. *International Nursing Review*, 56, 174–183.
- Koshy S., 2004, *Sexual Naturalization: Asian Americans And Miscegenation*, Stanford, Stanford Univ. Press.
- Kergoat, D. (2003). *Travail des hommes, travail des femmes : le mur invisible*. Paris : L'Harmattan.
- Kergoat, D. (2009). Individu, groupe, collectif : quelques éléments de réflexion. Dans P. Cardon, D. Kergoat, & R. Pfefferkorn (Eds), *Chemins de l'émancipation et rapports sociaux de sexe*. Paris, La Dispute, 47-62.
- Kincheloe, J., & McLaren, P. (2000). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp. 279-313). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Konno, R. (2006). Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice: a systematic review. *International Journal of Evidenced-Based Healthcare*, 4(2), 83–100.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. (2nd Edition) University of Chicago Press.
- Kuhn, T. S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion
- Kuo-Rice, Y. L. (2005). *Career experiences and career development among Chinese American professional women: A qualitative study*. Unpublished doctoral dissertation, Western Michigan University.
- Lancellotti, K. (2008). Culture care theory: A framework for expanding awareness of diversity and racism in nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 179-183.

- Landry, S. (1990). Les femmes et la dynamique du pouvoir dans les groupes restreints. Dans R. Tessier et Y. Tellier, (Eds), *Pouvoirs et cultures organisationnelles*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Laufer, J. (2004). Femmes et carrières : la question du plafond de verre, *Revue française de gestion* 4(151), 117-127.
- Laufer, J., Pochic, S. (2004). Carrières au féminin et au masculin. Dans A. Karvar, L. Rouban (Eds), *Les cadres au travail, les nouvelles règles du jeu*, La Découverte.
- Leiris, M. (1969). Race et civilisation. Dans M. Leiris, *Cinq études d'ethnologie*, Paris, Denoël, p. 9-80.
- Letrillard, L. Bourgeois, I. Vega, A. Cittée, J., & Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer, La revue française de médecine générale*. 20 (88), 106-112.
- Lévi-Strauss, C. (1952). *Race et histoire*. Paris: UNESCO
- Lévi-Strauss, C. (1983). *Le Regard éloigné*, Plon, Paris, p.15-16.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures*, 1(1), 92-100.
- Liamputtong, P., & Ezzy, D. (2005). *Qualitative Research Methods*, South Melbourne: Oxford University Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Linehan, M. & Scullion, H. (2008). The development of female global managers: The role of mentoring and networking. *Journal of Business Ethics*, 83(1), 29-40.
- Link, B. G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of Sociology*, 27, 363-385.

Loi Canadienne (1995) site web de la législation consulté en ligne de :

<http://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/e-5.401/>

Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Loiselle, C.G. Profetto-

MacGrath, J. Polit, D.F. Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of Nursing Research*. Philadelphie: Lippincott.

Lugones, M. (1990). Playfulness, "world"-traveling, and loving perception. Dans G. Anzaldúa, (Éds), *Making Face, Making Soul: Haciendo Caras*, (pp.390-402). San Francisco: Aunt Lute Foundation Books.

Lynam, M.J., Browne, A.J., Reimer-Kirkham S., & Anderson, J.M. (2007). Re-thinking the complexities of 'Culture': What might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry* 14: 23–34.

Lynam, M. J., Loock, C., Scott, L., & Khan, K. B. (2008). Culture, health, and inequalities: New paradigms, new practice imperatives. *Journal of Research in Nursing*. 13: 138-148.

Lyness, K.S. & Heilman, M.E. (2006). When fit is fundamental: Performance evaluations and promotions of upper-level female and male managers. *Journal of Applied Psychology*, 91, 777-785.

Macnee, C.L. (2004). *Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Madison D.S. (2005). *Critical Ethnography: Method, Ethics, and Performance*. Sage, Thousand.

Marcuse, H. (1964). *One-dimensional man*. Boston : Beacon Press.

- Market and Opinion Research International (MORI), (2002). *Internationally Recruited Nurses Members Study: A Survey of the Royal College of Nursing Internationally Recruited Nurses Members*. London : MORI
- Marx, K. (1982), *L'idéologie allemande*. Paris, Éditions sociales.
- Mauss, M. (1929) Les civilisations: éléments et formes, *Essais de sociologie*, Représentations collectives et diversité des civilisations (pp. 456 à 479). Paris: Les Éditions de Minuit, 1969, 740 pages. Collection: Le sens commun
- Maxwell, J. A. (1999). *La modélisation de la recherche qualitative : Une approche interactive*. Éditions Universitaires de Fribourg. p. 140-147
- Maytree foundation, (2007). *La force des idées, Le leadership municipal dans l'intégration des immigrants*. Consulté en ligne de : http://citiesofmigration.ca/wp-content/uploads/2012/03/Municipal_Report_Canada_French.pdf
- Mayor, V. (2004). Climbing high: A look at strategies used by leading Black nurses in their career development. *Nursing Standard*, 18(34), 104.
- McDonald, S. (2011). What's in the 'old boys' network? Accessing social capital in gendered and racialized networks. *Social Networks*, 33(4), 317-330.
- McIntosh, P. (1992). White privilege and male privilege: a personal account of coming to see correspondences through work in women's studies. Dans M.L. Anderson, & P.H. Collins (Éds), *Race, Class, and Gender: An Anthology* (pp.70-81). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- McLaren, P., & Giarelli, J. (1995). *Critical theory and educational research*. Albany, NY: SUNY Press.
- McLean, A. & Leibing, A. (2007). (Eds) - *The Shadow Side of Field Work: Theorizing the*

- Blurred Borders between Ethnography and Life, Boston: Blackwell Publ.
- McLeod, P.L., Lobel, S.A., & Cox, T.H. (1996). Ethnic diversity and creativity in small groups. *Small Group Research*, 27(2), 248-264.
- McPherson, K. (2005). The Nightingale influence and the rise of the modern hospital. Dans C. Bates, D. Dodd, and N. Rousseau, (Eds), *On all frontiers: Four centuries of Canadian nursing* (pp. 73-87). Ottawa ON: University of Ottawa Press.
- Medin, D. (1989). Concepts and Conceptual Structure. *American Psychologist*, 44(12), 1469-1481.
- Metz, I. (2009). Organisational factors, social factors, and women's advancement. *Applied Psychology: An International Review*, 58(2), 193-213.
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mill, J-S. *L'utilitarisme* [1861] Paris, Ed. Flammarion, 1988, chap. III, p. 98
- Millor, G. K., Haber, J. E., Carter, E., Feldman, H. R., Hott, J. R., & Jacobson, L. (1992). What is nursing research: Evolving approaches to methods and content. *The Journal of the New York State Nurses Association*, 23(3), 4-9.
- Mitra, A. (2003). Breaking the Glass Ceiling: African-American Women in Management Positions. *Equal Opportunities International*, 22(2), 67-79.
- Moran P., Duffield C., Donoghue J., Stasa H. & Blay N. (2011). Factors impacting on career progression for nurse executives. *Contemporary Nurse* 38(1-2), 45-55.
- Moscovici, S., (1961). *La psychanalyse, son image et son public. Études des représentations sociales de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, Paris.

- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representation. Dans R. M., & Farr, S. Moscovici. *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press : 3-69.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *In Recherches qualitatives*, hors série, 3, 1-27.
- Obrey A., Vydelingum V., Robbins I., (2006). Overseas nurses' experiences of equal opportunities in the NHS in England. *Journal of Health Organization and Management*, 20(2), 130-139.
- Oesch-Serra, C. et Py, B.(1995). L'évolution des représentations. In G. Ludi, & B. Py (Eds), *Changement de langage, langage du changement*. (pp.147-170). Lausanne: L'Âge d'Homme.
- Omi, M., & Winant, H. (1994). *Racial formation in the United States: From the 1960s to the 1990s* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *Norme d'exercice : Normes professionnelles, édition révisée 2002*
http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Sherbrooke.
- Paillé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.

- Montréal : Armand Colin.
- Paligot, P. R. (2006). *La République raciale : paradigme racial et idéologie républicaine (1860-1930)*, Paris : PUF.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*: 3 ed. Thousands Oaks : Sage.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage.
- Pellizzari, M., (2004). *Do Friends and Relatives Really Help in Getting a Good Job?*. CEP Discussion paper No 623, London School of Economics.
- Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie : L'observation*. Paris : La Découverte.
- Peter E., & Morgan K. (2001) Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry* 8(1), 3–10.
- Picot, G, Hou, F., & Coulombe, S. (2007). *Le faible revenu chronique et la dynamique du faible revenu*. Ottawa : Statistiques Canada.
- Poglia Mileti, F. (2001). *Construction sociale des catégories d'altérité et identité des populations migrantes : Réflexion théorique et étude de cas*. Version électronique http://www.unifr.ch/socsem/cours/compte_rendu/Les%20conceptions%20nationales.pdf
- Powell, G. N. (2012). Six ways of seeing the elephant: The intersection of sex, gender, and leadership. *Gender in Management*, 27(2), 119-141.
- Powell, G. N., & Graves, L. M. (2003). *Women and Men in Management* (3rd edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Racine, L. (2003). Implementing a Postcolonial Feminist Perspective in Nursing Research Related to Non-Western Population. *Nursing Inquiry* 10(2), 91-102.

- Rawls, J. Distributive Justice, dans Samuel Freeman, (dir), *Collected Papers*, Cambridge: Harvard University Press, 1999, 130-53.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Rawls J. (1999). *The Theory of Justice* (3 édition). Cambridge, MA: Harvard University Press,
- Rees, A., Schultz, G., (1970). *Workers and Wages in an Urban Labor Market*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2012). Exploring the mutual construction of racializing and medicalizing discourse of immigrant tuberculosis in the Canadian press. *Qualitative Health Research*, 22(7), 910-920.
- Reitz, J.G. (2001). Immigrant skill utilization in the Canadian labour market: Implications of human capital research. *Journal of International Migration and Integration*, 2 (3) 347-378.
- Richard Orlando, C. (2000), Racial diversity, business strategy, and firm performance: A resource-based view, *Academy of Management Journal*, 43(2), 164-177.
- Richard Orlando C., B. Murthi, Kiran Ismail, (2007). The Impact of Racial Diversity on Intermediate and long-term Performance: The moderating Role of Environmental Context. *Strategic Management Journal*, 28(12), 1213-1233.
- Riverin-Simard, D., Spain, A., & Michaud, C. (1997). Le développement vocationnel adulte et le vieillissement. *Cahiers de la recherche en éducation*, 3(2), 185-211.
- Rivière, C. (1999-1995) *Introduction à l'anthropologie*. Paris : Hachette
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2007). *Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers : Développement et maintien du leadership infirmier*. Toronto, Canada

- Roper, J.M., & Shapira, J. (2000). *Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks, Sage.
- Roy, B. (2003). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Royal Bank of Canada, (2005). *The Diversity Advantage: A Case for Canada's 21st Century Economy*. Toronto: RBC. Consulté de <http://www.rbc.com/newsroom/pdf/20051020diversity.pdf>
- Ryan, M.K. & Haslam, S.A. (2007). The glass cliff: Exploring the dynamics surrounding the appointment of women to precarious leadership positions. *Academy of Management Review*, 32(2), 549-572.
- Sabattini, L. (2008). *Unwritten rules: What you don't know can hurt your career*. Consulté de : http://www.catalyst.org/file/209/ur_final_web.pdf
- Sanchez-Mazas, M. and Casini. A. (2005). Egalite formelle et obstacles informels à l'ascension professionnelle : les femmes et l'effet "plafond de verre". *Social Science Information* 44(1), 141-173.
- Satz, D. (2007). Equality, Adequacy and Education for Citizenship. *Ethics* 117: 623-648.
- Savoie-Zajc L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelles et assistée par le logiciel NUD.IST, *Recherches qualitatives*, 21, p.99-123.
- Scambler, G. (2006). Sociology, Social Structure and Health-related Stigma. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (3): 288-295.
- Schein, E. H. (1996). Career anchors revisited : Implications for career development in the 21st century, *Academy of Management Executive*, 10(4), 80-88
- Schein, V. E., & Mueller, R. (1992). Sex role stereotyping and requisite management

- characteristics: A cross cultural look. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 439–447.
- Schein, V. E. (1973). The relationship between sex role stereotypes and requisite management characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 57, 95–100.
- Schön, D. A. (1996). *Le tournant réflexif*. Montréal : Éditions Logiques, 23, 532.
- Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative Inquiry : A Dictionary of Terms*. Thousand Oaks : California, Sage Publication, Inc
- Secrétariat du Conseil du trésor du Canada, (2000). *Rapports du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Consulté en ligne de :
<http://www.tbs-sct.gc.ca/reports-rapports/index-fra.asp>
- Senator Donald, O. (2012). *Les femmes issues des minorités visibles occupant un poste de cadre au sein de la région de Toronto*. Université Ryerson, Diversity Institute.
- Sherman R.O. & Eggenberger T. (2008) Transitioning internationally recruited nurses into clinical settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39, 535–544.
- Shields, M. A., & Wheatley-Price, S. (2002). Racial Harassment, Job Satisfaction and Intentions to Quit: Evidence from the British Nursing Profession. *Economica* 69 (274), 295–326.
- Smedley, A. (1999). *Race in North America: Origin and evolution of a worldview* (2nd Ed.). Boulder, CO: Westview Press.
- Smith, P., Allan, H., Henry, L., Larsen, J. A., & Mackintosh, M. (2006). *Valuing and recognizing the talents of a diverse workforce*. University of Surrey, Guildford.
- Sochan A. & Singh M.D. (2007). Acculturation and socialization “voices” of internationally educated nurses in Ontario. *International Journal of Nurses*, 45, 130-136.
- Sökefeld, M. (1999). Debating Self, Identity, and Culture in Anthropology, *Current*

- Anthropology*, 40, 417-447.
- Sokoloff, N. J., & Dupont, I. (2005). Domestic violence at the intersections of race, class, and gender challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence against women*, 11(1), 38-64.
- Spivak, G. C. (1988). *Les subalternes peuvent-elles parler ?*, traduit de l'anglais par J. Vidal, (2009). Paris, Editions Amsterdam.
- Stanfield, J.H. (1994). Empowering the culturally diversified sociological voice (response). Dans A. Gitlin (Eds). *Power and Method: Political Activism and Educational Research* (pp.166- 175). New York: Routledge.
- Statistique Canada (2010). *Projection de la diversité de la population canadienne, 2006 à 2031*. Ottawa : Ministre de l'Industrie.
- Statistique Canada, (2011), *À la poursuite de la réussite au Canada et aux États-Unis : Les déterminants des résultats sur le marché du travail des enfants d'immigrants*. N° 11F0019M au catalogue – N° 331.
- Statistique Canada (2013). *Définition d'Enfants d'immigrants de première et de deuxième générations*. consulté de :
<http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2011004/def/generation-generation-fra.htm>
- Statistique Canada, (2008). *L'évolution de la population active au Canada : Recensement de 2006*. N° 97-559-X au catalogue, Périodicité : hors série.
- Stevens, P.E, & Hall, J.M. (1988). Stigma, health beliefs and experiences with health care in lesbian women. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 20(2), 69-73.
- Street, A. (1992). *Inside nursing : a critical ethnography of clinical nursing practice*. Albany : State University of New York Press

- Tajfel, H., & Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W.G. Austin (Eds), *Psychology of intergroup relations* (pp.7-24). Chicago: Nelson-Hall.
- Tedlock B. (2000). Ethnography and ethnographic representation. In N. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, (Eds), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 455–486.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research : Analysis Types and Software Tools*. New York : The Falmer Press.
- Thomas, D.A. (2001). The truth about mentoring minorities race matter. *Harvard Business Review*. 79(4), 98-107.
- Thomas, J. (1993). Doing critical ethnography. Sage University Paper: Newbury Park. 83p.
- Thomson, D., Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). *Nurse job satisfaction -Factors relating to nurse satisfaction in the workplace*. Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa, ON.
- Touraine, A. (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble?*, Paris: Fayard.
- Tremblay, D. G. (2004). *Conciliation emploi-famille et temps sociaux* (pp.197-233). Presses de l'Université du Québec.
- Trinh, M. (1997). Not you/like you : Postcolonial women and the interlocking questions of identity and difference. In A. McClintock, A. Mufti, & E. Shohat (Eds), *Dangerous liaisons: Gender, nation, and postcolonial perspectives*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Troy, P. H., Wyness, L. A., & McAauliffe, E. (2007). Nurses experience of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health* , 5 (15).

- Tung, R. L. (1998). American expatriates abroad: From neophytes to cosmopolitans. *Journal of World Business*, (33)2, 125-144.
- Tylor, E.B. (1871). *Primitive culture : Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom* (2 vols.). Londres : Murray [trad. fr. 1876 -78 La civilisation primitive, 2 vols. Paris : Reinwald].
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). Health Resources and Services Administration, consulte en ligne de :
<http://www.hhs.gov/ocio/egov/annualreport/egovanrprt2006.html>
- Van Manen, M. (1995). On the epistemology of reflective practice. *Teachers and Teaching: Theory and Practice* 1 (1), 33-50.
- Villeneuve, M., & MacDonald, J. (2006). *Toward 2020: Visions for Nursing*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- Wayne, S. J., Linden, R. C., Kraimer, M. L., & Graf, I. K. (1999). The role of human capital, motivation and supervisor sponsorship in predicting career success. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 577-595
- Weber, M. (1971). *Économie et société, vol. 1*. Paris : Pion. (Traduction par Freund, J.)
- Weis, L. (1995). Identity formation and the processes of "othering": unraveling sexual threads. *Educational foundations* 9(1), 17-33.
- Winkelmann-Gleed, A., & Seeley, J. (2005). Strangers in a British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing*, 14(18), 954-961.
- Winkler, B.S. (1996). Straight teacher/queer classroom: teaching as an ally. Dans K.J. Mayberry (Eds), *Teaching What You're Not: Identity Politics in Higher Education* (pp.47-69). New York: New York University Press.

Worchel, S., & Austin, W. (1986). *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 7-24).

Chicago: Nelson-Hall.

Xu Y., Gutierrez A. & Kim S.H. (2008) Adaptation and transformation through (un) learning:

lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *Advances*

in Nursing Science 31, E33-E47.

Yap, M., & Konrad, A. M. (2009). Gender and racial differentials in promotions: Is there a sticky

floor, a mid-level bottleneck, or a glass ceiling? *Relations Industrielles/Industrial*

Relations, 64, 593–620.

Yi-hong, J. (1992). The cultural quality of the Chinese female. *China Woman*, 26–27.

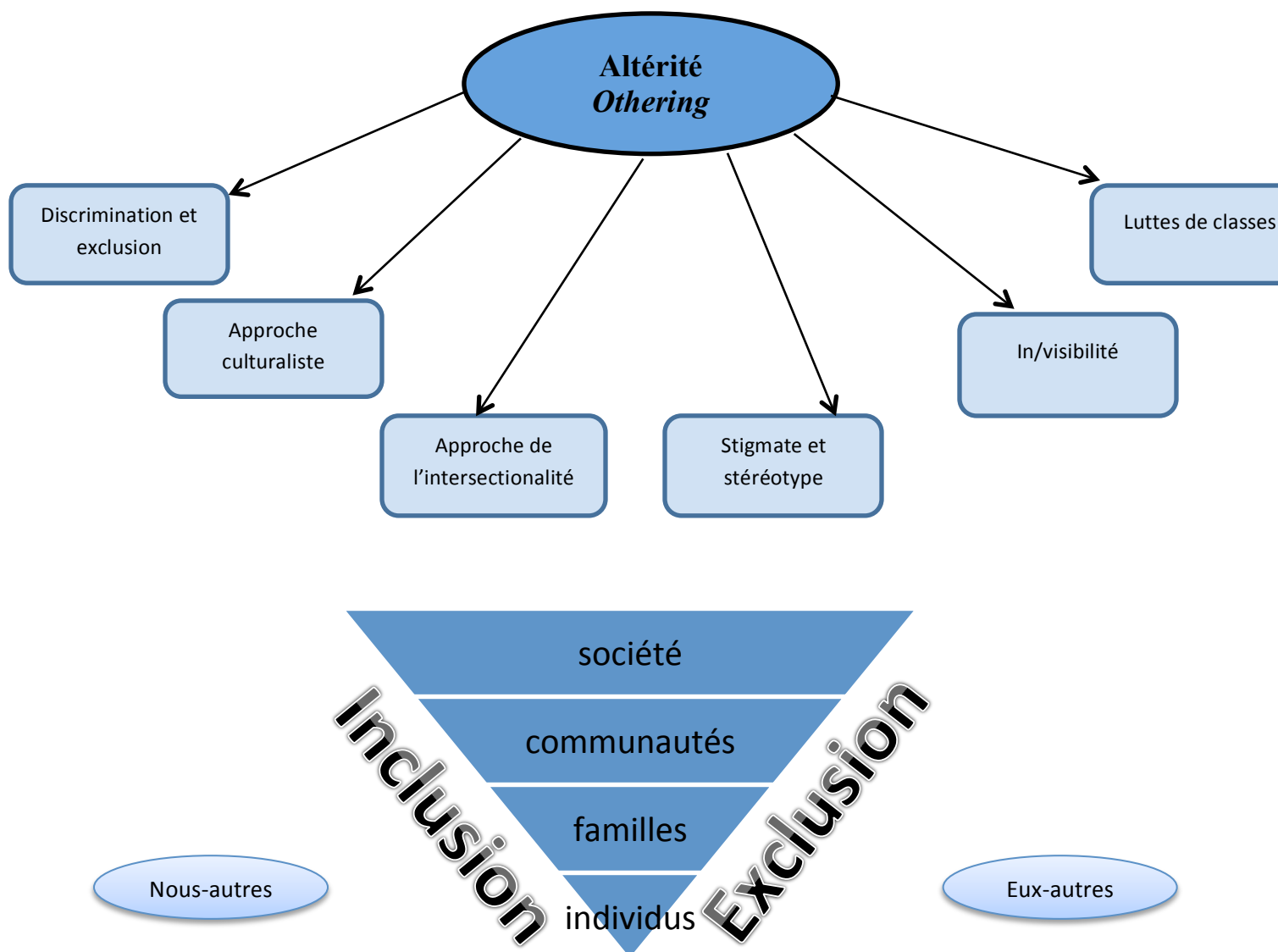
ANNEXES

Annexe 1

Cadre Théorique

Cadre théorique

Alterité avec une perspective postcoloniale



Annexe 2

Invitation à la participation au projet de recherche

Invitation à la participation à un projet de recherche intitulé
Infirmières issues d'immigration et minorités visibles : barrières sociales et culturelles à la mobilité.

Chercheure principale

Naima Bouabdillah RN, MScN, étudiante au doctorat
École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Directrice de thèse

Jocelyne Tourigny, RN, PhD
Professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Co-Directeur de thèse

Dave Holmes, RN, PhD
Professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche qui non seulement contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, mais aussi vous donnera une opportunité de faire entendre les réalités du travail des infirmières.

But de la recherche

Ce projet a pour but d' :

Explorer l'expérience des infirmières issues des minorités visibles en matière de développement de carrière et de mobilité verticale,
Explorer les facteurs contributifs à la sous-représentativité des infirmières issus de minorités visibles dans des postes de gestion,
examiner les structures de la culture organisationnelle dans le processus d'embauche et de promotion.

Si vous désirez participer à l'étude, vous devez être âgé de plus de 18 ans et vous devez avoir au moins un an d'expérience. La chercheure vous rencontrera individuellement pour une entrevue qui sera audio enregistrée. L'entrevue ne durera pas plus de 60 minutes durant laquelle la chercheure vous posera des questions ouvertes, mais directement liées au sujet de recherche. Cette rencontre va avoir lieu dans un endroit privé dans votre milieu de travail ou ailleurs selon votre choix.

Pour participer à l'étude, vous serez appelé à signer le formulaire de consentement en pièce jointe. (Annexe 1)

Annexe 3

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

L'entrevue durera 60 minutes et débutera par une explication claire du processus d'entrevue. La signification de mobilité verticale sera amplement clarifiée. La chercheuse prendra le temps de répondre à toute question ou inquiétude que la participante peut avoir. La chercheuse passe en revue le formulaire de consentement avec la participante, une copie signée lui sera remise.

La participante commencera par remplir le questionnaire socio démographique.

Déroulement de l'entrevue

Aviser la participante que la chercheuse peut prendre des notes de temps à autre et vérifier le bon fonctionnement de l'audio enregistreur. La participante aura le choix de regarder les notes prises durant l'entrevue et de les modifier si elle le juge nécessaire.

Questions

Une seule question générale sera posée. Cette question ouverte et large va pouvoir faire émerger les thèmes qui nous intéressent tels que la mobilité verticale et l'avancement de carrière.

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en tant qu'infirmière au Canada?

Liste de vérification

Cette liste de vérification servira comme guide de travail qui permettra à la chercheuse de s'assurer que les concepts qui se rapportent aux questions de recherche sont abordés.

Racisme et profession infirmière

Déontologie infirmière

Caractéristiques du racisme

Racisme style ouvert

Racisme style subtil

Agression

Discrimination

Pouvoir

Relation entre le personnel infirmier

Relation entre le personnel infirmier et les gestionnaires

Présence des groupes de coalition entre le personnel infirmier (cliques)

Représentation du groupe ethnique dans le corps administratif

Leadership et identité culturelle

Formation Mentorat pour les infirmières

Opportunité de développement professionnel

L'influence de la communication et du langage

Implication dans la prise de décision

Altérité

Stratégies mises en place par la culture institutionnelle qui influence l'inclusion/exclusion

Sentiment d'appartenance et d'identité professionnelle

Sentiment d'infériorité et d'in/visibilité

Minorité et mobilité

Stratégies d'embauche et de promotion

Politique et procédure d'affichage des postes interne et externe (formel et informel)

Égalité de chances

Annexe 4**Questionnaire sociodémographique**

Questionnaire sociodémographique

Date : / / 2014

Coordonnés :

Pseudonyme :

Déclarez-vous appartenir aux minorités visibles

- Oui
- Non

Genre

- Femme
- Homme

Nombre d'années de travail en tant qu'infirmière

- Un à deux ans
- Trois à cinq ans
- Cinq à dix ans
- Plus que dix ans

Titre de votre emploi actuel

- Infirmière de chevet
- Infirmière clinicienne spécialisée
- Gestionnaire
- Infirmière en pratique avancée
- Autre spécifiez _____

Nombre d'années dans cet emploi

- Moins d'un an
- Un à quatre ans
- Cinq à 10 ans
- Plus que dix ans

Quel est votre statut dans cet emploi ?

- Temps complet
- Temps partiel
- Temporaire

Quel est votre plus haut niveau d'éducation (en soins infirmiers ou autre)?

Obtenu au Canada

Obtenu dans un autre pays

- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre spécifiez _____

- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre Spécifiez _____

Votre groupe d'âge

- Moins de 25 ans
- 25 à 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- Plus que 65 ans

Merci beaucoup pour votre participation

Annexe 5**Grille d'observation inspirée de Peretz (2004)**

Grille d'observation inspirée de Peretz (2004)

Catégories	Propriétés élémentaires de la situation
Déterminer la situation observée	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'unité de soins • Impression générale que donne l'unité • Culture spécifique à l'unité
Apparence physique, outils et élément de décor	<ul style="list-style-type: none"> • La structure géographique de l'unité, • Son architecture et l'organisation des couloirs • Endroit spécial pour les affiches. • Les décors
Accessibilité et présence dans les lieux	<ul style="list-style-type: none"> • Les règles pour l'accès à l'unité • Est-ce qu'il y a des affiches de restriction?
Qui sont les professionnels de l'unité? Qui fait quoi?	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le ratio des infirmières issues des minorités visibles • Observation de la relation entre le personnel infirmier • Qui est présent lors des réunions • Qui prend la parole dans les réunions • Qui sont les personnes qui font la sélection des critères d'embauche et de promotion • Qui est présent pour l'entrevue d'embauche • Qui prendrait la décision de la sélection.
Qui utilise les lieux	<ul style="list-style-type: none"> • Les endroits réservés à la documentation • Est-ce qu'il y a des regroupements de professionnels • Qui est présent à ce regroupement
Comment sont utilisés lieux	<ul style="list-style-type: none"> • Observation de différents quarts de travail • La proportion de présence de minorités visibles dans différents quarts de travail.
Situer l'établissement dans son environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Situer l'unité observée dans l'établissement • Soins aux enfants, aux adultes, aux personnes âgées • De l'information des mesures spécifique à l'unité • Situer l'établissement en général dans la communauté. • Qui sont les utilisateurs des services de soins de cet établissement?

Annexe 6
Aprobation éthique



Université d'Ottawa University of Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Le 28 mars 2014

Naima Bouabdillah
Étudiante au doctorat
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Jocelyne Tourigny
Professeure et superviseure
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Re: Dossier éthique #A03-14-04 – «Infirmières issues de minorités visibles: barrières socio-culturelles à la mobilité verticale en milieu hospitalier»

Chères Mme Bouabdillah et Professeure Tourigny,

Merci pour les documents fournis en ce qui a trait à votre projet nommé ci haut, ainsi que pour la lettre d'approbation du CÉR de [REDACTED] (dossier # NB-06-02-14).

Ceci est pour confirmer que conformément à l'entente entre l'Université d'Ottawa et [REDACTED], l'Université d'Ottawa a autorisé que le comité d'éthique en recherche de [REDACTED] sera le CÉR officiel pour l'évaluation et la supervision de la recherche mené à ou au travers de [REDACTED].

Nous vous rappelons votre obligation de:

- Suivre les procédures établies par le CÉR de [REDACTED] incluant les processus de compte-rendu et de renouvellement de certificat;
- De respecter l'autorité du CÉR de [REDACTED] et de leurs exigences, incluant, sans limites, la nécessité de modifier ou d'arrêter la recherche si le CÉR l'exige

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter au (613) 562-5387.

Sincèrement,

[REDACTED]

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

550, rue Cumberland Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada 550 Cumberland Street Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

(613) 562-5387 • Téléc./Fax (613) 562-5338
<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/>
<http://www.research.uottawa.ca/ethics/>

Annexe 7

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

- Chercheure principale :** Naima Bouabdillah RN, MScN, étudiante au doctorat
École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
- Directrice de thèse :** Jocelyne Tourigny, RN, PhD
Professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
- Co-Directeur de thèse :** Dave Holmes, RN, PhD
Professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
- Titre du projet :** Infirmières issues d'immigration et minorités visibles : barrières sociales et culturelles à la mobilité.

But et description de l'étude:

La présente étude a pour but d'explorer l'expérience des infirmières issues des minorités visibles en matière de développement de carrière et de mobilité verticale, d'examiner les structures de la culture organisationnelle dans le processus d'embauche et de promotion et enfin explorer les facteurs contributifs à leur sous-représentativité dans des postes de gestion.

Votre implication dans l'étude:

Votre participation à cette étude est volontaire et consistera en une entrevue qui ne dépassera pas 60 minutes, sauf s'il y a accord mutuel entre la chercheure et la participante. Cette entrevue sera programmée à la date et à l'heure qui vous conviennent et aura lieu soit dans votre milieu de travail ou encore à l'extérieur selon l'entente prise avec la chercheure.

Avantage de l'étude:

En participant à ce projet, vous ne bénéficierez d'aucun avantage direct par contre, vous allez contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières. Votre collaboration aidera à faire connaître des réalités vécues par les infirmières canadiennes.

Inconvénients/Risques de l'étude:

À notre connaissance, il n'y a pas de risques liés à la participation à cette étude toutefois, certaines questions pourraient vous causer un inconfort psychologique par le fait même que vous allez partager des expériences et des idées personnelles. Tous les efforts seront faits pour respecter ces réflexions personnelles dans la rédaction et la communication de la recherche.

Droit à l'anonymat et à la confidentialité:

Votre identité demeurera strictement confidentielle, que ce soit lors de l'analyse des résultats de l'étude ou dans toute publication de ces résultats. Les enregistrements porteront un numéro seulement et seules la chercheure principale et la directrice de thèse auront accès à l'information

obtenue. Celle-ci ne servira qu'à cette recherche et sera gardée sous clé dans le bureau de la chercheuse principale et sera détruite cinq ans après la soutenance de la thèse.

Droit à l'information et au retrait de l'étude:

Votre participation est volontaire et vous pouvez vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous aurez simplement à aviser la chercheuse responsable du projet ou sa directrice.

Si vous pensez participer à cette recherche ou si vous avez besoin de plus d'information sur cette étude, vous pouvez contacter la chercheuse principale **Naima Bouabdillah** au numéro suivant: xxxxxxxxx ou par courriel : xxxxxxxxxxxxx

Si vous avez des commentaires, des questions ou des inquiétudes concernant la conduite éthique de cette étude, vous pouvez contacter le **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** Pavillon Tabaret 550, rue Cumberland Pièce 154 Ottawa, ON, Canada K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387 Téléc. : 613-562-5338 ethique@uOttawa.ca

**Je déclare (nom complet en lettres moulées) _____ avoir lu et
compris les termes du présent formulaire et accepte de participer,
Signature _____ Date _____**

**Je déclare (nom complet en lettres moulées) _____ avoir
expliqué tous les détails et les termes du présent formulaire au participant,
Signature _____ Date _____**