

**Racisme anti-Noir dans la profession infirmière :**  
Comprendre l'expérience des infirmières Noires exerçant dans la région de la capitale  
nationale (Ottawa-Gatineau)

**Sadjo Paquita**

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa  
Dans le cadre des exigences  
Du programme de Doctorat en Philosophie (PhD)  
Études Féministes et de Genre

Sous la direction de :

Dre. Délice Mugabo  
Dr. Idrissa Beogo

Institut d'Études Féministes et de Genre  
Faculté des Sciences Sociales  
Université d'Ottawa

© Sadjo Paquita, Ottawa, Canada, 2025

## RÉSUMÉ

**Mots clés :** Anti-racisme ; Féminisme Noir ; Infirmières Noires ; Soins infirmiers ; Racisme anti-Noir ; Ottawa-Gatineau.

---

Depuis près d'une trentaine d'années, plusieurs auteur.rice.s se sont penché.e.s sur la question du racisme dans la profession infirmière et plus largement dans le domaine de la santé canadien. Certain.e.s d'entre iels se sont particulièrement intéressé.e.s à l'expérience des infirmières Noires (IN). Néanmoins aucune étude à ce jour ne s'est intéressée à l'expérience des IN francophones. L'objectif premier de cette recherche est de parvenir à une compréhension éclairée de l'expérience du racisme vécue par les IN dans un espace de soin hiérarchisé et multi-relationnel. Un tel objectif vise à identifier sous le prisme de leurs récits expérientiels, comment opère le racisme ; quelles sont ses formes, de quelles manières il agit sur le parcours professionnel et de formation ; et enfin quelles sont les stratégies mises en œuvre à l'échelle individuelle, organisationnelle et systémique pour pallier la perpétuation du racisme dans la profession infirmière.

Cette thèse s'inscrit dans une perspective féministe intersectionnelle informée par les épistémologies et théories *Black feminist* permettant de saisir les oppressions multiples dont les femmes Noires sont à l'aune et comment ces dernières façonnent leurs conditions d'existence, économiques, politiques et sociales. Afin de saisir ces dynamiques tant sur le plan macro-systémique que micro-expérientiel, le cadre théorique élaboré permet de saisir les éléments qui constituent l'identité professionnelle – *infirmière* – et sociale – *Noire*. La présente recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative soutenue par une approche phénoménologique critique du genre et de la race. La période de collecte des données s'est étendue de septembre 2022 à février 2023. Les entrevues ont majoritairement été menées en ligne et en personne. Les données recueillies ont été générées par le biais d'entrevues semi-dirigées (N = 15) avec des IN Afro-Canadiennes exerçants dans la région de la capitale nationale (Ottawa-Gatineau).

Au niveau micro-expérientiel, les résultats ont démontré que les IN subissent le racisme tant sur le plan organisationnel et qu'interpersonnel. Ce racisme s'introduit dans *et* a une incidence sur les rapports soignant.e-soignant.e et soignant.e-soigné.e dans l'espace de soin. Au niveau macro-systémique, le racisme vécu au niveau expérientiel et organisationnel fonde et alimente la structuration globale du travail infirmier qui reste profondément genré et racisé. Les IN sont surreprésentées dans les domaines et les grades en soins infirmiers les moins prestigieux et sous-représentées dans les domaines et les grades en soins infirmiers plus prestigieux. Le racisme impact de manière significative leur parcours professionnel et les opportunités auxquelles elles ont accès.

Les conclusions de cette thèse reposent sur le postulat que dans la promotion de l'équité dans l'espace de soin et la diversité dans la profession infirmière, il est essentiel de développer des stratégies organisationnelles afin de lutter effectivement contre le racisme dans les milieux d'emploi et de formation. Cela implique de soutenir le développement des politiques d'équité, diversité et inclusion (EDI), mais également des pratiques pédagogiques anti-oppressives et antiracistes basées sur une décolonisation tangible des curriculums en sciences infirmières. Ces transformations nécessitent l'inclusion de cours sur la compétence culturelle visant à cultiver l'humilité raciale. La concrétisation de ces actions favoriserait la création et la transformation

de milieu d'emploi et de formation psychologiquement sécuritaire orientées vers une pratique, mais aussi une compétence infirmière efficiente et performante.

\*\*\*

## ABSTRACT

**Key words:** Anti-Black Racism; Anti-racism; Black feminism; Black nurses; Nursing; Ottawa-Gatineau.

---

For nearly thirty years, several authors have been examining the issue of racism in the nursing profession and more broadly, in the Canadian healthcare. Some have been concerned particularly with the experience of black nurses (BNs). However, no research has yet focused on the experience of French-speaking BNs. The purpose of this research is to gain an enlightened understanding of the experience of racism in a hierarchical, multi-relational care space. Such objective aims to identify through the lenses of their narrated lived experiences, how racism operates; what are its shapes, in which ways it affects the professional and training pathways; and finally, what are the strategies implemented at the individual, organizational and systemic levels to palliate the perpetuation of racism in the nursing profession.

This thesis is rooted in an intersectional feminist perspective informed by Black feminist epistemologies and theories, which enables us to capture the multiple oppression to which Black women are subject, and how these shape their economic, political and social conditions of being. In order to grasp these dynamics at both macro-systemic and micro-experiential levels, the theoretical framework developed enables us to grasp the elements that constitute professional – *nurse* – and social – *Black* – identities. This research is supported by a qualitative methodology grounded in a critical phenomenological approach of gender and race. The data collection period ran from September 2022 to February 2023. Interviews were mostly conducted online and in person. The data collected were generated through semi-structured interviews (N=15) with African Canadian BNs practicing in the National Capital Region (Ottawa-Gatineau).

At the micro-experiential level, the results showed that BNs experience racism at both organizational and interpersonal scales. This racism is introduced into and has an impact on caregiver-caregiver and caregiver-care receiver relationships in the care space. At the macro-systemic level, racism experienced at interpersonal and organizational levels underpins and fuels the overall structuration of nursing labor, which remains highly gendered and racialized. BNs are overrepresented in less prestigious nursing fields and grades and underrepresented in more prestigious fields and grades. Racism therefore has a significant impact on their career paths and the professional opportunities available to them.

The implications of this thesis are based on the premise that, in promoting health equity and diversity in nursing care space, it is essential to develop organizational strategies to effectively tackle racism in both employment and training environments. This entails not only supporting the development of equity, diversity and inclusion policies, but also anti-oppressive and anti-racist pedagogical practices based on a concrete decolonization of nursing curricula. Furthermore, these changes imply the inclusion of courses on cultural competence aimed at fostering racial humility. The implementation of these actions would promote the creation and transformation of psychologically safe working and training environments aligned with an efficient and effective nursing practice and competency.

## TABLES DES MATIÈRES

---

RÉSUMÉ .....	II
ABSTRACT.....	IV
TABLES DES MATIÈRES .....	V
TABLEAUX ET FIGURES.....	VII
DÉDICACE .....	VIII
REMERCIEMENTS .....	IX
PRÉFACE : .....	- 1 -
AUTO-ETHNOGRAPHIE D'UNE FEMME NOIRE, MAIS PAS INFIRMIÈRE !.....	- 1 -
INTRODUCTION .....	- 9 -
CHAPITRE 1 : .....	- 16 -
PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE.....	- 16 -
1.1 : PROBLÉMATISATION ET QUESTION DE RECHERCHE.....	- 16 -
1.2 : CADRAGE SPATIAL ET LINGUISTIQUE DE LA RECHERCHE .....	- 22 -
1.3 : OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	- 24 -
CHAPITRE 2 : .....	- 26 -
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	- 26 -
2.1 : L'ASSIGNATION HISTORIQUE ET CONTEMPORAINE DES FEMMES NOIRES AUX MÉTIERS DU SOIN .....	- 26 -
2.2 : LE RACISME ET LA DISCRIMINATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN .....	- 31 -
2.3 : L'EXPÉRIENCE HISTORIQUE ET CONTEMPORAINE DES INFIRMIÈRES NOIRES.....	- 35 -
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL .....	- 39 -
THÉORISER ET CONCEPTUALISER L'EXPÉRIENCE DES INFIRMIÈRES NOIRES .....	- 39 -
3.1 : LES THÉORIES CRITIQUES POUR COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DES INFIRMIÈRES NOIRES.....	- 40 -
3.1.1 : <i>Le Black feminism et la pensée féministe Noire canadienne</i> .....	- 40 -
3.1.2 : <i>La pensée infirmière et la praxis émancipatrice</i> .....	- 45 -
3.2 : L'ALTÉRITÉ – <i>OTHERNESS</i> – ET LES RELATIONS AU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....	- 50 -
3.2.1 : <i>Définir l'espace de soin</i> .....	- 50 -
3.2.2 : <i>Définir le rapport soignant.e-soigné.e dans l'espace de soin</i> .....	- 53 -
3.2.3 : <i>Définir le rapport soignant.e-soignant.e dans l'espace de soin</i> .....	- 56 -
3.3 : LES TYPES ET NIVEAUX D'OPÉRATIONS DU RACISME.....	- 58 -
3.3.1 : <i>Le racisme systémique</i> .....	- 58 -
3.3.2 : <i>Le racisme organisationnel</i> .....	- 61 -
3.3.3 : <i>" Everyday racism " et le racisme interpersonnel</i> .....	- 64 -
3.4 : RACISME ET IDENTITÉ NOIRE .....	- 67 -
3.4.1 : <i>Blackness et anti-Blackness</i> .....	- 67 -
3.4.2 : <i>Le Racisme anti-Noir et le racisme genré</i> .....	- 71 -
CHAPITRE 4 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET ÉPISTÉMOLOGIQUE.....	- 75 -
LES THÉORIES <i>BLACK FEMINIST</i> AU CROISEMENT DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE CRITIQUE .....	- 75 -

4.1 : PARADIGMES MÉTHODOLOGIQUES ET ÉPISTÉMOLOGIQUES.....	- 77 -
4.1.1 : <i>Le savoir et le point de vue situé des femmes Noires</i> .....	- 77 -
4.1.2 : <i>La transformation des conditions d'existence et la justice sociale</i> .....	- 81 -
4.1.3 : <i>La phénoménologie critique pour entendre et transformer</i> .....	- 84 -
4.2 : COLLECTE ET GÉNÉRATION DES DONNÉES .....	- 87 -
4.2.1 : <i>Entrevues semi-dirigées et histoires orales</i> .....	- 88 -
4.2.2 : <i>Recrutement des participantes à la recherche</i> .....	- 92 -
4.2.3 : <i>Considérations éthiques</i> .....	- 96 -
4.2.4 : <i>Profil des participantes à la recherche</i> .....	- 98 -
4.3 : ANALYSE DES DONNÉES SOUS LE PRISME DE L'IPA.....	- 102 -
4.3.1 : <i>L'IPA et le meaning making</i> .....	- 102 -
4.3.2 : <i>Retranscription et codage des données</i> .....	- 105 -
4.3.3 : <i>Analyse thématique et mise en relation des données</i> .....	- 108 -
4.3.4 : <i>Véracité et validité des données</i> .....	- 110 -
<b>CHAPITRE 5 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>- 114 -</b>
<b>PARCOURS PROFESSIONNELS DES INFIRMIÈRES NOIRES ET EXPÉRIENCES</b>	
<b>VÉCUES DU RACISME.....</b>	<b>- 114 -</b>
<i>Encadré 1 : « À une tétée de l'éjection »</i> .....	- 115 -
5.1 : AU COMMENCEMENT ÉTAIT... LA PERCEPTION DU RACISME DÈS LES BANCS DE FORMATION.....	- 115 -
-	
5.1.1 : <i>En théorie... Rester et poursuivre la formation</i> .....	- 116 -
<i>Encadré 2 : « Silence, infirmière en évaluation »</i> .....	- 122 -
5.1.2 : <i>Ça passe ou ça casse, l'étape fatidique du stage</i> .....	- 123 -
<i>Encadré 3 : « Un coup, et puis c'est tout »</i> .....	- 127 -
5.2 : SUR UN PLANCHER GLISSANT : EXPÉRIENCES DU RACISME AU TRAVAIL.....	- 129 -
5.2.1 : <i>Dream team ? Vivre le racisme entre soignant.e.s</i> .....	- 129 -
<i>Encadré 4 « Sainte nitouche pas »</i> .....	- 136 -
5.2.2 : <i>Au chevet, à la guerre comme à la guerre</i> .....	- 137 -
5.2.3 : <i>Assignées et surveillées, la gestion[naire] en question</i> .....	- 142 -
5.3 : QUAND L'ÉTAU SE RESSERRE : VIVRE [AVEC] LES CONSÉQUENCES DU RACISME.....	- 147 -
<i>Encadré 5 : « Boire pour faire face »</i> .....	- 149 -
5.3.1 : <i>« Not good enough » : Rester et subir le racisme ?</i> .....	- 150 -
<i>Encadré 6 : « Assistante-infirmière cheffe... Bis »</i> .....	- 155 -
5.3.2 : <i>Un plancher collant : évoluer dans le domaine</i> .....	- 156 -
<i>Encadré 7 : « Not the angry one »</i> .....	- 163 -
5.3.3 : <i>Réagir face au racisme : entre agentivité, résilience et résignation</i> .....	- 164 -
<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....</b>	<b>- 171 -</b>
<b>« EN MODE SURVIE » : RACISME ET MISE EN MARGE DES INFIRMIÈRES NOIRES</b>	
<b>DANS LES ESPACES DE FORMATION ET DE SOINS .....</b>	<b>- 171 -</b>
6.1 : LE RACISME ANTI-NOIR DANS LES ESPACES DE FORMATION ET DE SOINS INFIRMIERS.....	- 172 -
6.2 : « AU BAS DE L'ÉCHELLE » : LE CARE COLONIAL SOUS LE PRISME DE L'EXPÉRIENCE VÉCUE DES	
INFIRMIÈRES NOIRES.....	- 179 -
6.3 : PLANCHER COLLANT, PLAFOND NOIR : ÉVOLUER EN CONTEXTE ANTI-NOIR ET RACISTE.....	- 186 -
6.4 : STRATÉGIES INDIVIDUELLES, ENJEUX SYSTÉMIQUES : ÉRADIQUER LE RACISME DANS LES SOINS	
INFIRMIERS.....	- 190 -
6.5 : PENSER UN ENVIRONNEMENT DE FORMATION ET D'EMPLOI EN SOINS INFIRMIERS	
PSYCHOLOGIQUEMENT SÉCURITAIRE.....	- 197 -
6.6 : CONTRIBUTIONS, RECOMMANDATIONS ET LIMITES DE LA RECHERCHE .....	- 204 -
<i>Contributions</i> .....	- 204 -
<i>Recommandations</i> .....	- 207 -

<i>Limites et ouvertures</i> .....	- 210 -
<b>CONCLUSION</b> .....	- 213 -
<b>ANNEXES</b> .....	- 219 -
ANNEXE 1 : CERTIFICAT ÉTHIQUE .....	- 219 -
ANNEXE 2 : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	- 220 -
ANNEXE 3 : GUIDES D'ENTREVUE.....	- 225 -
ANNEXE 4 : AFFICHES DE RECRUTEMENT .....	- 229 -
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	- 230 -

## TABLEAUX ET FIGURES

---

<b>TABLEAU 1</b> : PASSATION DES ENTREVUES	- 96 -
<b>TABLEAU 2</b> : ORIGINE, DURÉE DE L'ÉTABLISSEMENT* ET STATUT AU CANADA	- 99 -
<b>TABLEAU 3</b> : ÂGE ET STATUT MATRIMONIAL	- 100 -
<b>TABLEAU 4</b> : GRADE EN SOINS INFIRMIERS, DOMAINE ET LIEU D'EXERCICE	- 101 -
<b>FIGURE 1</b> : LES NIVEAUX D'OPÉRATION DU RACISME DANS LE DOMAINE INFIRMIER (AUTEURE : SADJO PAQUITA)	- 178 -
<b>FIGURE 2</b> : LE PROCESSUS DE PERCEPTION DU RACISME (AUTEURE : SADJO PAQUITA).....	- 192 -
<b>FIGURE 3</b> : LES RAPPORTS HIÉRARCHIQUES DANS L'ESPACE DE SOIN (AUTEURE : SADJO PAQUITA) .....	- 199 -
<b>FIGURE 4</b> : LA TRILOGIE DU SAVOIR DANS LE DOMAINE INFIRMIER (AUTEURE : SADJO PAQUITA) .....	- 210 -

## DÉDICACE

---

*À mes neveux et ma nièce, mes « Moundjou Gôzô »,  
Eden, Thiago, Seydina, Inaya, Djany, Elyakym et Ethan  
Pour qui, sous le prisme de leur métissage,  
Ces questions seront essentielles un jour.*

## REMERCIEMENTS

---

Cette thèse est le résultat d'un très long parcours et d'un don de soi sans pareil. Je reconnais les difficultés, les embuches, les facilités, les réussites et satisfactions qui, entremêlés les unes aux autres, ont pavé mon chemin doctoral. Je reconnais aujourd'hui l'importance de vivre chacune de ces étapes et qu'il a fallu passer par là, tant bien que mal, pour arriver au bout du chemin. Je remercie Allah de m'avoir facilité cette épreuve, car *dans toute difficulté il y a certes une facilité*.

Chaque parcours est unique, et dans l'unicité de mon parcours je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de thèse, Délice Mugabo pour avoir cheminé avec moi dans l'aboutissement de mon travail de la manière la plus bienveillante qui soit, d'avoir soulevé les enjeux intrinsèques à ma recherche qui ont tant participé à son développement, qu'au développement de ma réflexion et de mon positionnement en tant que chercheuse et femme Noire musulmane. Merci d'avoir posé les bonnes questions. Je remercie chaleureusement mon co-directeur de thèse Idrissa Beogo pour son expertise et ses expériences qui m'ont été précieuses, pour sa disponibilité et son soutien dans le développement de ma réflexion. Merci d'avoir fait partie du voyage. Je remercie mon ancienne directrice de thèse, Sonia Ben Soltane, professeure adjointe à l'École de travail social de l'université d'Ottawa qui a cheminé avec moi au début de mon parcours doctoral.

Un grand merci, et toute ma reconnaissance à l'Institut d'Études Féministes et de Genre, au corps professoral et au corps administratif de m'avoir soutenu et épaulé durant l'ensemble de mon parcours. À Corrie Scott professeure à l'université d'Ottawa, et ancienne directrice adjointe de l'IEFG, merci pour « *le triangle et l'hexagone* », il a été essentiel à mes réflexions sur mon identité Noire ; À Nandy Cassamajor, chargée des opérations de l'IEFG merci pour ton accompagnement à travers les aléas du doctorat qui a contribué à rendre cette expérience positive. Merci à l'Université d'Ottawa pour leur soutien financier obtenu grâce à des bourses d'études tout au long de mon parcours.

Je remercie mes parents, ma mère Rokhaya de m'avoir transmis le goût pour le « genre », de m'avoir poussé et inculqué la recherche de l'excellence. Merci à mon papou Jean-Louis de m'avoir longuement écouté parler de mes projets et d'avoir participé à ma réflexion depuis mes premiers pas universitaires ; *dieuredieuf, singuila mingui na ala*. Papou, merci de m'avoir envoyé depuis la France, « *Parole aux n\*\*resses* », « *Peau Noire masque blanc* », et « *La condition Noire* ». Merci à mon grand frère Brahim « *El nino brown* » que je sais que je rends fier. Au-delà de la force des remerciements, je suis profondément reconnaissante d'avoir eu les « *Paquitas ninas* » mes sœurs Aïcha, Mariame, et N'dèye, qui ont été un pilier à mon bien-être spirituel, physique et mental. Merci de me soutenir depuis toujours.

Kôta remerciement à ma sœur d'une autre mère, Brenda, qui m'a permis quand il le fallait, de vivre autrement que par mon doctorat ; À « l'oignon fait la force » et mes collègues de doctorat à l'IEFG ; À mes sœurs-amies en islam. Merci chaleureux à tout.e.s mes proches et ami.e.s qui ont participé de près ou de loin à mon aventure doctorale.

Et enfin, le meilleur dit-on, pour la fin, mon profond respect et ma sincère gratitude aux femmes qui ont participé à cette étude et qui ont pris le temps de me raconter leurs expériences respectives, sans vous cette thèse ne serait pas.

\*\*\*

## PRÉFACE :

### Auto-ethnographie d'une femme Noire, mais pas infirmière !

---

« Fille de l'hexagone et de l'atlantique, mon ascendance, mes origines, mes trajectoires et ma propre histoire m'inscrivent dans l'immensité culturelle, politique et intellectuelle de l'Atlantique Noire un espace géographique profondément façonné par l'histoire. J'évoque cet espace, qualifié de triangulaire, qui a mis en relation de manière inédite et pérenne trois continents ».

**Maboula Soumahoro, « Le triangle et l'Hexagone » (2020 : 11).**

**« L'Afrique », La France et le Canada**

« *Mbi Bârâ ala* ». Je vous salue. Je suis une femme Noire musulmane.

Cette préface a pour principal dessein de me situer au sein de la présente étude, étude dans laquelle je m'ancre de facto en position d'*insider* et d'*outsider*. Cette posture d'*insider*, doit nécessairement être transparente. Mes recherches ont été largement influencées par mon expérience vécue sous couvert de la compréhension de mon héritage familial et de mon identité Noire dans un espace Atlantique en permanence, et infiniment transnational. L'histoire et l'expérience vécue des femmes Noires que vous allez lire aujourd'hui m'a profondément fait me questionner sur mon propre ancrage, et de quelles manières, notre Noir ancrage et nos luttes sont cartographiés dans un espace qui va au-delà des frontières établies<sup>1</sup>, cartographie qui façonne et véhicule l'anti(et)blackness. Mon histoire fait échos à cette expérience politiquement construite à travers l'histoire, qui nous place, nous femmes Noires, *ici* et *aujourd'hui*, à la jonction de deux empires impériaux<sup>2</sup> francophone et anglophone.

Layla D. Brown-Vincent (2019)<sup>3</sup> souligne l'importance de l'auto-ethnographie dans la méthodologie *Black feminist*. En reprenant les perspectives de l'anthropologue *Black feminist* Irma McLaurin, elle suggère que pour une anthropologie *Black feminist*, “telling

---

<sup>1</sup> McKittrick, K. (2006). *Demonic grounds: Black women and the cartographies of struggle*. U of Minnesota Press.

<sup>2</sup> Madibbo, A. (2021). *Blackness and la Francophonie: Anti-black racism, linguisticism and the construction and negotiation of multiple minority identities*. Presses de l'Université Laval.

<sup>3</sup> Brown-Vincent, L. D. (2019). Seeing It for Wearing It: Autoethnography as Black Feminist Methodology. *Taboo: The Journal of Culture and Education*, 18 (1). <https://doi.org/10.31390/taboo.18.1.08>

our stories’, ‘bearing witness’, and ‘testifying’ otherwise referred to here as autoethnography, is ‘an innovative strategy of knowledge production’” (Brown-Vincent, 2019: 112). Cela implique une conscience des histoires, des vécues et des marquages qui façonnent notre propre « être dans le monde » :

“Auto-ethnography is not simply a way of knowing about the world; it has become a way of being in the world, one that requires living consciously, emotionally, reflexively. **It asks that we not only examine our lives but also consider how and why we think, act, and feel as we do. Auto-ethnography requires that we observe ourselves observing,** that we interrogate what we think and believe, and that we challenge our own assumptions, asking over and over if we have penetrated as many layers of our own defenses, fears, and insecurities as our project requires. It asks that we rethink and revise our lives, making conscious decisions about who and how we want to be” (Jones, 2013; dans Brown-Vincent, 2019: 111).

Je me *situe*. Ma situation est multiple. Originnaire du cœur de l’Afrique, je suis de la République Centrafricaine (RCA). Ancienne Oubangui-Chari, elle est le berceau des Bantous, une ethnie qui s’étend de la Centrafrique au sud du continent. Je suis née à Bangui en amont des rapides du fleuve Oubangui. *Bangui*, ancien poste militaire des colons français est devenue la ville la plus grande et la capitale du pays. Ex-empire de l’empereur Bokassa appelé le « roi n\*\*re » par certains, la RCA s’est fait connaître au monde à travers son couronnement. Une fille de l’empire ? *De là*, je vois mes frères Bantous sur les rives de la République Démocratique du Congo, Zongo. *Je suis d’ici*, par mon père, Jean-Louis Sarto Pacheco Paquita, ma grand-mère paternelle, Yolande « Paquâ » Paquita, et mon arrière-grand-mère paternelle, Albertine M’bissi Yangogo. Au fond, je suis Bantou. *Sadjo*... « Es-tu guinéenne ? – Non... ». Le « j » de Sadjo a tendance à tromper. Je suis une *Sadio* de la vallée du fleuve *Sénégal*, Sadio du village de *Lawdamba* dans le département de *Podor*. Sadjo avec « i » qui s’écrit avec j. Je suis toucouleur, *pulaar*. *Je suis de là-bas*, par ma mère, Rokhaya « Daba » Faye, petite-fille de Savalo Faye, fille de Birahim Faye (lui-même né au Sénégal, originaire du village de *Rosso* en Mauritanie de par mon arrière-grand-mère maternelle Marème Ba) et de Aïssatou Ndaw. Mon grand-père maternel fut un cadre de la SNCF (Société Nationale des Chemins de fer Français) à Dakar. L’histoire de Jean-Louis et de Rokhaya est l’histoire de la quête de ce dernier pour retrouver son père à l’âge 28 ans. Jean-Louis Sarto Pacheco Paquita devait être un Diop<sup>4</sup>. Petit fils de Fatou

---

<sup>4</sup> Nom de famille répandu au Sénégal

Diarré Ly et de Pape Ousmane Diop, mon père est le fils d'Ibrahima Diop, mon grand-père paternel. Ce dernier fut un ancien médecin militaire de l'armée française, déployé dans les années 1960 à Bangui. Mais... ceci est l'histoire d'Ibrahima et de Yolande. *Sadjo Diop* ? Dans le cœur oui...

*Paquita*. « As-tu des origines espagnoles ? – Non... Brésilienne ? – Non... – d'Amérique Latine alors ? – Non... ». Dépendamment des contextes et des inquisiteur.rice.s, je raconte la suite de mon histoire. Mon arrière-grand-père paternel, Stanislas Pacheco, père de Yolande et grand-père de Jean-Louis, était originaire de *Goa*, une province de l'Inde colonisée par les Espagnols et les Portugais. Il s'est rendu en Oubangui-Chari vers les années 1900-1920. Planteur, Papi Stanislas possédait une plantation café en Centrafrique et faisait du commerce d'ivoires d'éléphant. Plantation et ivoires que ma grand-mère, sa sœur ma grand-tante Argélia, et leur frère Sarto ont hérité. Plantation dans laquelle, jeune, mon père avant sa quête jouait un rôle.

Féru de questions existentielles dès mon plus jeune âge, je me penchais des après-midis entières dans les malles et les valises remplies de photos, « Mami, montre-moi encore les photos, – c'est qui ? » le doigt pointé sur une pellicule en noir et blanc jaunie par le temps... Enfance, jeunesse, vieillesse... Personnes perdues, vivantes, proches, lointaines, capturées dans le temps... J'ai toujours voulu connaître mon histoire familiale. Mais je ne savais pas que mon histoire familiale, me situais dans l'écume de la colonisation de l'Inde à l'Afrique en passant par la France.

Mon père était un enfant de cœur issu d'une fervente famille catholique. Converti à l'islam dans sa quête personnelle, il a rencontré ma mère, issue d'une fervente famille musulmane Dakaroise, et se sont mariés. Les premières expériences d'altérité et de colorisme ont été vécues au sein même de ma famille et dans mes pays d'origine. De même, du côté de mon père en Centrafrique, nous étions les seuls musulmans. Mon père, métissé, clair de peau, ma mère, Noire. Ma grand-mère paternelle fière de faire partie de « l'élite métisse », l'une des rares Centrafricaines-Indiennes du pays. Cheveux ondulés, doux, brillants, la seule chose de Noire profonde. Je me suis toujours profondément demandé de quelles manières

atterrir dans cette famille à l'âge de 21 ans avait affecté la perception d'elle-même qu'avait ma mère. De mes frères et sœurs, je suis prétendument la plus « claire ». Ma mère quelques mois après ma naissance s'est fait arrêter à l'aéroport d'Orly (France). On lui demanda selon ses dires si, je cite « j'étais bien sa fille ». Car Noire, elle ne pouvait pas avoir un bébé « blanc ». Plus tard, ma nourrice Sidonie avec qui j'ai grandi jusque l'âge de 12-13 ans, me portait au dos et m'amenait avec elle au marché. Elle me racontait comment les femmes du marché s'attroupaient dans son dos pour voir le bébé « blanc ». *Moundjou gôzô*. Dans ma langue paternelle, le sangô, Moundjou veut dire « blanc », gôzô est la poudre de manioc (Kassava) blanche transformée en pâte pour accompagner les plats en sauce. Moundjou gôzô est le surnom que ma nourrice me donnait et qui a été repris par les personnes de notre quartier. *Moundjou gôzô* de la Centrafrique, j'étais assimilée à une blanche.

2013, la guerre en Centrafrique nous pousse à rentrer en France. Et je découvre que si je suis Moundjou gôzô, je suis aussi Noire. Dans le même temps où j'étais perçue comme « blanche », par ces mêmes processus de perception j'étais perçue comme Noire. Venue de Bangui, j'avais connu la France et le Nutella durant les étés que nous passions à Champs-sur-Marne (Département de Seine-et-Marne, France), y vivre, et y découvrir toutes les saisons était une autre histoire. Débarquée au Havre (Département de Seine-Maritime, France), une nouvelle altérité se présentait à moi. Le Havre, deuxième port de France et dans les dix premiers Européens, est un ancien port impérial et colonial. Mais pour Claude Malon<sup>5</sup>, – oubliant le passé colonial et impérialiste français ; oubliant que ce même port avez vu l'arrivée, avec les importations coloniales<sup>6</sup>, d'Africains Noirs de la vallée du fleuve – la ville du Havre était « une ville ouverte sur le monde, métropole de la mer [une] citée cosmopolite [un] carrefour des influences [la] porte des Amériques »<sup>7</sup>. Port sur le rivage, duquel, loin à l'horizon, je perçois la porte d'où mes ancêtres sont partis. La porte du non-retour<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Claude Malon, travailleur étrangers et coloniaux au Havre (1880-1962) In Barzman John, Saunier Éric (dir), *Migrants dans une ville portuaire : Le Havre (XVI-XXI siècles)*. Publication de l'université de Rouen et du Havre, 2005, 240 pages.

<sup>6</sup> Barzman John, Saunier Éric (dir), *Migrants dans une ville portuaire : Le Havre (XVI-XXI siècles)*. Publication de l'université de Rouen et du Havre, 2005, 240 pages.

<sup>7</sup> Claude Malon, travailleur étrangers et coloniaux au Havre (1880-1962) In Barzman John, Saunier Éric (dir), *Migrants dans une ville portuaire : Le Havre (XVI-XXI siècles)*. Publication de l'université de Rouen et du Havre, 2005, 240 pages. Page 43.

<sup>8</sup> Cette métaphore fait référence aux ports de départ des esclaves vers les pays colonisateurs d'occident. On retrouve ces portes principalement dans les pays de la côte ouest africaine dont, le Sénégal sur l'île de Gorée ou encore le Bénin, à Ouidah.

Ma dernière année de lycée (secondaire) que j’entamais a été le témoin des premiers stéréotypes et préjugés racistes auxquels j’ai été confronté. « – D’où tu viens ? – Tu parles bien français ! ; – Est-ce que c’est comme dans Kirikou ? Comment ça se fait que tu sois Française ? ; – Est-ce que ton père est blanc ? ». Dépendamment des contextes et des inquisiteur.rice.s, je raconte la suite de mon histoire. Ma grand-mère paternelle Yolande est née en 1932 à Fodé Bangassou sous occupation française de la Centrafrique, ce qui a fait d’elle et bien... Une Française. Nationalité qu’elle a conservée puis transmise à mon père et que mon père m’a transmise. Suis-je française de « souche » par filiation ? Je suis définitivement une fille de l’empire. *Marie-Thérèse*, « *Maïté* ». Mon second prénom qui fait honneur à ma patrie, m’ancre dans ma francité. Assise au fond de la classe, la solitude s’installe, « – Papa je veux rentrer à Bangui. – Pour quoi faire il n’y a plus rien ». Ce que j’avais connu n’y était plus. Du lycée français Charles de Gaulle de Bangui que j’avais connu toute ma vie, révélateur du statut social de mes parents, j’atterrissais à Caucriauville dans une cité HLM (Habitation à Loyer Modéré) en plein cœur d’une zone urbaine sensible (ZUP). En 1976, on comptait au Havre 11 foyers<sup>9</sup> de travailleurs avec près de 1150 ressortissants d’Afrique Noire. En 1989, ils étaient 1200 principalement sénégalais, maliens, mauritaniens et vivaient principalement dans cette cité située au nord-est de la ville du Havre. Le point culminant du quartier nous offre une vue plongeante sur l’estuaire de la Seine et le port du Havre. Nous nous retrouvions dans nos origines. Caucriauville ou le nouveau village de la vallée du fleuve Sénégal.

Je pensais à la *cité du Port* (Dakar, Sénégal), près du port de Dakar, dans la cour commune où ma mère a grandi, et qu’elle avait quittée si jeune. Là-bas nous étions les Centrafricain.e.s-Français.e.s. Sénégalaise dans le cœur, qui ne parle pas wolof ni pulaar. « – Pourquoi votre mère ne vous a pas appris ? » Une nouvelle altérité. La charge de la transmission culturelle et langagière telle une épée de Damoclès sur la tête de ma mère, s’abat. « *Je pense donc, je suis* », mais je ne parle pas, alors je ne suis pas. Sénégalaise dans le cœur... L’amour. *Na goré! Na goré!* Ma tante maternelle Djimby qui chante pour que je danse. Les repas autour du plat, le partage et la communion, la *Terranga*. Ma tante Mariame me disait souvent, « – Tu ressembles à une Mauresque avec ton Melfeu (Grand-

---

<sup>9</sup> Ibid. Page 146.

voile de prière utilisée notamment par les femmes mauritaniennes) ». Les Maures de Mauritanie sont composés de Maures « Noire.s » et de Maures « blanc.he.s » proches des Maghrébins et des tribus berbères arabisées. *Sadjo de Rosso en Mauritanie ?*

Ma constante association à ce qui serait plus blanc que Noir, plus occidental qu'africain et ma perception de moi-même exclusivement Noire posent là tout le paradigme de l'altérité. Pap Ndiaye disait dans la *Condition Noire*<sup>10</sup> qu'il y a deux types d'identité, celle qui est choisie et celle qui est prescrite. Cette prescription, vous l'aurez vu d'un espace, d'un continent, d'un pays à un autre, varient. Entre curiosité et admiration, entre altérité et infériorisation, la couleur de peau renvoie à une étrangeté ineffaçable<sup>11</sup>. Être Noire c'est être visible dans l'espace et la société et quoi qu'il en soit, cela me place automatiquement et en permanence, dans une infinie étrangeté. Nonobstant, mon expérience me laisse croire que l'appartenance au fait d'être Noire est une question de perspective. Sous le 33<sup>ème</sup> parallèle terrestre, je serais potentiellement perçue comme plus blanche que Noire. Au-dessus... une étrangère altérité.

L'accueil et la solidarité j'ai été témoin à Caucriauville au sein de la communauté sénégalaise, m'a amené à traiter lors de mon premier mémoire de Maîtrise (Master 1) à l'Université de Poitiers, des « Pratiques familiales transnationales de la communauté sénégalaise de Caucriauville ». Mon désir était de mettre en lumière l'origine de l'établissement de cette population, mais aussi les pratiques diverses qui les liaient à leur pays d'origine en y incluant la question des « générations suivantes ». Cette recherche s'insérait dans deux axes, un premier spatialisant par la construction d'un espace transnational basé sur la famille en migration à travers le lien entre le pays d'origine et d'accueil ; et un second dynamisant par l'analyse des processus de transmissions de pratiques culturelles et enfin le sentiment d'appartenance aux deux nations, la France et le Sénégal, *ici et là-bas* à travers les générations. Le parcours des femmes issues des secondes générations d'immigré.e.s qui ont participé à l'étude ont piqué au vif mon attention. Cette

---

<sup>10</sup> N'Diaye (2008) *La condition noire*, Essai sur une minorité française, édition Calmann Lévy, Paris 521 pages

<sup>11</sup> Ibid.

recherche éveilla en moi l'envie de poursuivre plus largement sur l'expérience des femmes Noires dans le cadre de ma deuxième année de maîtrise.

Tout commence à la gare de Blois (Blois, Région Loir-et-Cher, France), en février 2019. Patrick Fioyi Ayikon, président de la Coordination des Associations Noires de Loir-et-Cher 41 (CAN 41) me cherche dans la gare. Rectification : cherche une « femme latino-américaine », parce que *Paquita*... « – Sadjo, je suis là je te cherche, – Moi aussi, je ne vous vois pas. J'ai un foulard en pagne bleu sur la tête ». La surprise et les rires s'élèvent quand Monsieur Ayikon me dit « – Mais j'ai vu ton nom j'ai pensé que tu étais d'Amérique latine ». Sacré patronyme. Durant ma seconde année de maîtrise (Master 2), dans un mémoire intitulé « Percevoir et ressentir le racisme et la discrimination : Trajectoires personnelles et professionnelles de femmes Noires qualifiées à Blois (Loir-et-Cher, France) » et partir d'un engagement associatif au sein de la CAN 41 je me suis intéressée à l'expérience de racisme perçue et vécue par des femmes Noires membre de l'association et exerçant dans la ville. J'ai eu l'occasion à travers ce projet de travailler avec dix femmes Noires issues de premières et secondes générations d'immigré.e.s, sur une période de quatre mois et ainsi d'obtenir des données qualitatives sur leurs expériences respectives. Dans cet échantillon se trouvaient deux infirmières et une aide-soignante. Lors de l'analyse des données, le principal constat que j'ai fait était que l'expérience de ces trois femmes, similaire, se distinguait par rapport à celle des six autres femmes. J'ai cherché à comprendre quels étaient les déterminants et les facteurs entrant en compte dans l'évaluation et le ressenti d'actes racistes propre au domaine du soin à travers l'expérience de ces trois femmes. Une partie entière de mon mémoire leur a été dédiée.

Ma volonté ici est de pouvoir mettre en lumière les mécanismes d'opération du racisme anti-Noir et comment il participe à la construction de l'expérience d'être Noir.e dans le domaine infirmier et plus largement, du *care* – soin. Initialement, ma thèse de doctorat devait être un prolongement de mon second mémoire de maîtrise. Néanmoins, à mon arrivée au Canada, j'ai pensé mon grand projet autrement, car si l'expérience de ce (*Blackness*) qu'être Noir.e (*Being black*) va au-delà des frontières, elle est essentiellement localement ancrée. Comprendre l'enjeu de ces expériences au Canada était donc une

évidence. De plus, je mets un point d'honneur à travailler à mon échelle. Ce qui implique dans ma perspective de m'intéresser aux personnes et aux espaces qui m'entourent, soit ici, Ottawa-Gatineau. Couplée aux enjeux financiers et de mobilité, soulevés par le terrain à « l'étranger », l'idée de traiter de cette thématique dans le contexte canadien, et spécifiquement québécois et ontarien a donc autant pris son sens que ma volonté d'opter pour une perspective féministe. J'ai bon espoir que ma recherche pourra contribuer à l'amélioration des conditions d'existence des femmes et des infirmières Noires et en particulier celles qui ont fait partie de cette étude ; qu'elle permettra de maintenir et faire vivre leurs expériences au cœur des débats sur le racisme anti-Noir dans le travail infirmier et dans le système de santé canadien.

*Grandis ici, mais de là-bas, grandis là-bas, mais d'ici, maintenant... je suis ICI. Moundjou gôzô de la Centrafrique, sénégalaise, française vivant au Canada. Et non, pas espagnole. La socialisation à des coutumes et traditions multiples ; à l'Islam, au catholicisme ; du Berceau, à la Terranga en passant par l'Hexagone et l'Amérique ; d'un empire à l'autre ; du fleuve Oubangui, à la vallée du fleuve Sénégal ; du port de Dakar au port du Havre, la face tournée vers l'Atlantique je vois le sillage, celui de Christina Sharpe<sup>12</sup>, depuis la porte du non-retour.<sup>13</sup> Jamais loin d'un port, jamais loin d'un point d'eau, à la recherche de miens. Je suis une femme Noire musulmane – mais pas infirmière –, je me suis toujours perçue et identifiée comme telle. Aussi, marquée par ces sillages, je m'identifierais toujours sous le prisme de mes origines et de mon vécu. Cette thèse m'aura permis de me questionner sur mon propre ancrage et mon expérience « d'être Noire », seul dénominateur commun entre les participantes à cette étude et moi. À travers cette préface, j'ai partagé avec vous un peu de moi, comme Adjoua, Christine, Fabienne, Farida, Florence, Jeanne, Kémi, Marie, Rose, Selina, Shauna, Stéphanie, Suzanne, Uwineza et Yamissi<sup>14</sup> nous ont partagé un peu d'elles-mêmes.*

*“The personal is [and will always be] political”*

**(Brown-Vincent, 2019: 111).**

---

<sup>12</sup> Christina Sharpe (2016) “In the wake, On blackness and Being”.

<sup>13</sup> Titre du livre de Dionne Brand (2001) “A map to the door of no return, Note to belonging”.

<sup>14</sup> Pseudonymes des participantes.

## INTRODUCTION

---

“In this day and age, is there really racism in Nursing?”  
(Vaughan, 1997: 135).

Il semblerait qu’aujourd’hui encore, cette question posée par Jeannette Vaughan (1997)<sup>15</sup> est d’actualité. Jeannette, en tant qu’infirmière et femme blanche, estimait avoir une compréhension des enjeux de « diversité », de « minorisation » et de « racisme » ... Jusqu’à ce qu’elle participe à la Conférence Nationale sur la Race et l’Éthnicité à Atlanta aux États-Unis (É-U) en 1994. Elle faisait partie des 10 % de personnes blanches présentes à la conférence et dans plusieurs des ateliers de la conférence, elle était la seule personne blanche. Pendant les six jours qu’ont duré l’évènement, elle a côtoyé et socialisé avec des personnes Noires et racisées respectivement représentées à 85% et 5%. Au quatrième jour, “[she] was experiencing some discomfort at having repeatedly being referred to as a Euro-American, as being left out of discussions involving the plight of students and professionals of color” (Vaughan, 1997: 137). Elle consulta alors une consœur Afro-Américaine afin de clarifier cette sensation d’inconfort et d’anxiété engendrée par sa posture lors de ces ateliers. Cette dernière lui répondit,

**“Look around you. What do you see? A sea of my own people is what I see. Honey, what you are feeling is what it's like to be a minority’.** She continued to explain that what I was experiencing was what the average Black professional experiences every day—a sea of white. **The difference was, once I left the conference, I could return to the culture of dominance and take off this "minority hat" I was wearing. Once she left the conference, it was back to being the minority – every hour of every day, of every week at work and in society in general –”** (Vaughan, 1997: 137).

Son expérience pendant six jours en tant que femme blanche ne jouissant pas du privilège de la majorité ; du privilège de prendre la parole ; du privilège de s’exprimer sur les conditions d’existence d’autres personnes et groupes minoritaires et racisé.e.s, ont ébranlé sa posture et sans doute engendré un examen de conscience sur la notion de « privilège

---

<sup>15</sup> À l’époque de l’écriture de l’article, Madame Jeannette Vaughan était professeure adjointe en soins infirmiers cliniques (Médecine/chirurgie) à la Texas Woman's University College of Nursing, située à Dallas, au Texas (É-U).

blanc » et de culture de la domination dans laquelle elle évoluait naturellement au quotidien. Cette expérience inédite et momentanée dans le temps pour elle, est pour une grande majorité de professionnels de la santé Noirs et racisés, une expérience quotidienne. Une expérience naturellement façonnée par la blancheur qui structure la société et par conséquent, l'expérience de[être] minoris[t]é.

Au Canada, cette expérience de racisme vécue par les infirmières Noires a largement été abordée par les historiennes et les chercheur.euse.s dans le domaine (Calliste 1993 ; Das Gupta, 1996 ; Hine, 1989 ; Flynn, 2008, 2011, 2012 ; Jefferies et coll., 2018). Seulement, ces expériences et cette littérature ont longtemps été invisibilisées. Invisibilisées à l'image de leur identité genrée et racisée. Les politiques racistes, anti-Noirs et ségrégationnistes canadiennes n'ont évidemment pas épargné le domaine de la santé et de formation en santé, dont la formation en sciences infirmières. En effet, en raison des politiques d'exclusion des écoles infirmières canadiennes, plusieurs femmes Noires n'ont pas eu l'opportunité d'accéder à la formation et à la profession infirmière. Dans son ouvrage, *Black Women In White: Racial Conflict and Cooperation in the Nursing Profession, 1890-1950*, Darlene Clark Hine (1989) explique qu'à la fin des années 1890, c'est une élite composée d'infirmier.ère.s blanc.he.s qui a orienté et structuré la professionnalisation des soins infirmiers. Un corps scientifique et professionnel ; des curriculums de formations; de meilleurs salaires et conditions d'emploi ; mais aussi des conditions d'admission strictes ont été mises en place par ces leaders. Elle souligne que si ces processus de professionnalisation ont permis d'améliorer le statut et la condition des infirmières, ils se sont avérés être des obstacles majeurs à la progression professionnelle des infirmier.ère.s Noir.e.s. Le domaine, et par conséquent sa professionnalisation ont et ont largement été influencés par la blancheur – whiteness – (Puzan 2003 ; Allen, 2006 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Bell, 2021 ; Bonini et Matias, 2021 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; D'Antonio, 2022; Stake-Doucet, 2023).

Dans son article *'I'm Glad That Someone Is Telling the Nursing Story' Writing Black Canadian Women's History*, Karen Flynn (2008) soulève justement l'importance de raconter l'histoire des femmes Noires canadiennes et particulièrement celles des

infirmières Noires. En 1947, lorsque les infirmières Noires ont été permises d'accès aux écoles infirmières au Canada, Frieda Parker Steele et Cecile Wright Lemon commencent leur formation d'infirmière à l'école infirmière St. Joseph de l'Hôtel Dieu à Windsor (Ontario) (Flynn, 2008). Elles étaient respectivement la troisième et la quatrième femme Noire à être admises au sein de cette institution. Les femmes Noires n'ayant pas pu avoir cette « chance » ont rejoint les bancs de formation dans les écoles d'infirmière aux États-Unis, dans des villes telles que New York, Nashville, Chicago ou Washington, D.C (Canadian Nurse Alliance, 2022). Nombreuses d'entre elles ont rejoint la Black Cross Nurses association (Marano, 2018) originalement fondée à Philadelphie (É-U) et dont 32 antennes ont vu le jour au Canada, les premières étant à Montréal (Québec) et Toronto (Ontario) en 1919. Ces femmes ont largement contribué aux soins et à la santé des populations canadiennes et canadiennes Noires elles-mêmes victime d'un système qui n'a su les prendre en charge :

**“The constructive relations Black nurses enjoyed with their communities had a significant impact on their professional identities and on their self-esteem. Regardless of how they were perceived or portrayed by whites, Black nurses found confirmation of their worth from their people. Thus, they could never imagine themselves as so many victims, powerless to combat racism” (Hine, 1989: 188).**

Ce retard historique permis par l'entrave à l'accès aux formations et le faible, voire non-recrutement d'étudiant.e.s infirmier.ère.s et d'un personnel infirmier Noir, participent aujourd'hui à la création et la consolidation d'un domaine infirmier blanc et féminisé (Bent, 1993 ; Vaughan, 1997 ; Punshon et coll., 2019 ; Jefferies, 2020 ; Stake-Doucet, 2020 ; Philbert et coll., 2024). Si cela n'a pas empêché l'augmentation de la diversité, à l'image de la société, dans le domaine infirmier académique et professionnel (Etowa, 2007 ; Cousineau, 2009 ; Premji et Etowa, 2014 ; Cooper Brathwaite et coll., 2022), le racisme anti-Noir et le sexisme systémiques ont participé et participe à la subordination des femmes Noires et plus largement des personnes racisées dans le domaine. En effet, ces dernières se concentrent souvent dans les grades et les domaines de soins infirmiers le moins prestigieux et sont sous-représentées dans les positions de leaders et dans les domaines considérés comme plus prestigieux (Alire, 2001 ; Udod et Racine, 2018 ; Cineas et Schwartz, 2023 ; Luhanga et coll., 2023b ; Travers et coll., 2024). Plusieurs voix s'élèvent dans le domaine afin d'opter pour une perspective post-décoloniale et féministe Noire afin de déconstruire

ces fondements permettant, la réorientation du développement de la connaissance et de la pratique infirmière vers une recherche active de justice sociale (Walter, 2017 ; Jeffries et coll., 2018, 2022 ; De Sousa et Varcoe, 2021). Ces perspectives soulignent le besoin de pratiques anti-oppressives et anti-racistes pour améliorer les conditions de travail des infirmier.ère.s Noir.e.s et racisé.e.s (Etowa et McGibbon, 2009 ; McGibbon et coll., 2014 ; Holland, 2015 ; Hantke et coll., 2022).

L'histoire et l'expérience actuelles des infirmières Noires ne peuvent donc être racontées sans celles du sexisme et du racisme anti-Noir systémiques qui ont influencé leur présence, leur nombre, et leur position dans le domaine infirmier canadien. Le racisme anti-Noir est un racisme qui est orienté vers les personnes Noires et considéré comme tel et impact de manière significative l'accès aux ressources et l'expérience de ces dernières (Benjamin, 2003 ; Das Gupta, 2009 ; Waite et coll., 2024 ; Prendergast et coll., 2024). En effet, il se perpétue tant dans les relations interpersonnelles quotidiennes au travail que dans l'organisation et la structuration du travail infirmier (Cognet, 2004 ; Capozzi et Rhodes, 2006 ; Butler et coll. 2018 ; Cognet et Carlier, 2018 ; Dryden et Nnorom, 2021 ; Fernandez-Gutiérrez et Mosteiro-Diaz, 2021 ; Beagan et coll., 2023). De plus, il a des conséquences reconnues sur la santé mentale et physique des personnes qui le vivent (Byers et coll., 2021 ; Johnson, 2021 ; Luhanga et coll., 2023a) ainsi que sur leur avancement de carrière (Hagey et coll., 2001 ; Etowa, 2007 ; Etowa et coll., 2009 ; Waite et Nardi, 2019 ; Bouadillah et coll., 2021 ; Jefferies et coll., 2022b).

Ce racisme à l'image de l'expérience des personnes vers qui il est dirigé, peine à être reconnu et adressé. Plusieurs recherches pointent du doigt l'impact de ce racisme anti-Noir sur les infirmières Noires, leur parcours professionnel et de formation au Québec, mais principalement en Ontario (Calliste, 1993 ; Gupta, 1996, 2009 ; Waite et coll. 2024 ; Prendergast et coll., 2024). Les associations et groupements professionnels infirmiers canadiens reconnaissent également l'existence et les conséquences du racisme anti-Noir dans les réseaux de santé sur les professionnels de santé et la population Noire et racisée pratiquant ce même réseau (AIIC, 2020 ; OIIQ 2021 ; RNAO ; 2022). Nonobstant, cette reconnaissance ne soutient et ne favorise pas la mise en œuvre d'actions pour l'entériner

de manière effective. Un récent rapport soumis au 4<sup>e</sup> Examen périodique universel du Canada, visant à dénoncer le racisme anti-Noir systémique au Québec (Avril, 2023)<sup>16</sup> soulève les barrières structurelles qui affectent les personnes Noires et afro-descendantes dans la province du Québec et plus largement au Canada. Les barrières dans le domaine de la santé, de l'immigration et en ce qui concerne le domaine carcéral et l'intervention policière ont été soulignées. Nier l'existence de ce racisme au Canada et son imprégnation dans le système de santé est donc particulièrement difficile. Ce rapport insiste également sur le manque de données et de ressources documentaires sur la situation des personnes Noires au Canada et précisément dans la province du Québec qui reste majoritairement impactée. Il est donc plus que nécessaire d'interroger l'expérience actuelle des infirmières Noires et de les entendre s'exprimer sur les facettes de cette dernière. En ce sens, dans une perspective intersectionnelle et *Black feminist*, cette thèse s'attardera à comprendre quelles sont les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires exerçant dans la région de la capitale nationale, en identifiant quelles sont les formes de racisme subit par les infirmières Noires, les effets de ce dernier sur elles et leur condition de travail, leurs expériences et leurs parcours professionnels ainsi que, les stratégies mises en œuvre par ces dernières pour résister face à ce racisme.

La précédente préface a permis de souligner les choix du sujet de recherche et les éléments qui ont également participé à la constitution de ce dernier. Néanmoins, la perspective initiale portée par cette thèse a évolué. Au départ, dans la compréhension de l'expérience des infirmières Noires, le but était de saisir les processus de subjectivation identitaire face au vécu du racisme. Cette logique se situait essentiellement sur la manière dont les infirmières Noires faisaient preuve de subjectivation politique face au racisme et comment se dernier impactait autant leur identité professionnelle, *infirmière*, que leur identité sociale, *Noire*. Cette orientation s'intéressait principalement aux stratégies mises en œuvre pour lutter contre le racisme. Nonobstant, le terrain de recherche a fortement influencé le cours et la direction de la recherche. Cette évolution a demandé un réexamen théorique qui se voulait à l'écoute des récits partagés par les participantes à la recherche. Il a été essentiel

---

<sup>16</sup> Issues d'une collaboration entre le Centre des travailleurs et travailleuses immigrantes (IWC-CTI) et la Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM (CIDDHU).

de saisir l'ensemble des enjeux que les participantes ont soulevé et cela va au-delà de leur capacité à résister face au racisme qu'elles subissent. De même, initialement, la recherche se basait sur l'expérience du racisme au travail et entre collègues, mais les résultats ont également permis d'élargir cette perspective aux relations multiples qui se forment dans les espaces de formation et de soins qu'elles pratiquent. Cette évolution démontre dans quelles mesures le « terrain » façonne intrinsèquement la recherche, mais reflète aussi un processus méthodologique phénoménologique et *Black feminist* qui se veut à l'écoute des personnes concernées.

En ce sens, cette thèse se divise en six chapitres. Le *chapitre premier* illustre la problématisation du sujet de recherche, expose la question de recherche et les différents objectifs de la recherche. Il permet aussi, la justification du cadrage spatial et linguistique de cette dernière. Le *second chapitre* expose la recension des écrits et permet également de comprendre les mécanismes historiques et contemporains anti-Noirs, racistes et sexistes qui façonnent l'expérience des infirmières Noires et les ont assignées aux métiers du *care* – soin –, dans des postures subalternes. Le *chapitre 3* consiste en une présentation du cadre théorique et conceptuel qui a guidé la recherche en s'attardant sur les différents concepts et théories qui ont été mobilisés. Ce chapitre expose à travers ces concepts et théories ; les enjeux qui constituent l'expérience et les conditions d'existence des infirmières en tant que Femme et Noire. Il permet de définir l'espace de soin et les multiples relations qui s'établissent dans ce dernier. De même, il détaille les différents types de racisme ainsi que leur niveau d'opération et fait un focus sur ce qui façonne l'identité Noire à l'origine de l'expérience de racisme vécue par les infirmières Noires, soit la *Blackness*, l'*anti-Blackness*, racisme anti-Noir et le racisme genré. Le *chapitre 4* expose la démarche épistémologique et méthodologique qui a guidé la recherche. Il fait la lumière sur le croisement entre les théories *Black feminist* et la phénoménologie critique permettant la lecture de l'expérience racontée par les infirmières Noires qui ont participé à l'étude. Il permet également un regard sur les stratégies de recrutement des participantes ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Enfin, ce chapitre permet la présentation des participantes à l'étude. Le *chapitre 5* expose les résultats obtenus au regard des objectifs de la recherche et leurs interprétations. Le *chapitre 6* discute les résultats obtenus. Il permet,

en reprenant les enjeux relevés à travers les résultats, leurs mises en relation avec des théories et des concepts pertinents. Enfin, il permet aussi d'apporter des réflexions nouvelles sur les résultats et souligne tant les contributions, que les limites de la recherche. L'usage du terme 'racisme' dans le cadre de cette recherche doit systématiquement être pensé comme anti-Noir.

\*\*\*

## CHAPITRE 1 :

### Problématisation de la recherche

---

Ce premier chapitre expose les interrogations qui ont permis de constituer et d'alimenter la présente recherche, de définir les enjeux et les principaux objectifs, ainsi que la pertinence sociale et scientifique de traiter la question de la condition des infirmières Noires et de leurs expériences de racisme dans le milieu du travail infirmier.

#### 1.1 : Problématisation et question de recherche

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière une crise du *care*, mais aussi, et surtout de la condition des travailleur.euse.s du *care* et notamment des infirmier.ère.s (Batra et coll., 2020 ; Chirico et coll., 2020 ; Lancet, 2020 ; Shreffler et coll., 2020 ; Finch 2022 ; Gabriel, 2022). Cette situation sans précédent a valu à ces travailleur.euse.s d'être intégré.e.s dans la catégorie de « travailleur.euse.s essentiel.le.s » (Seidenberg, 2020). La pandémie n'a pas échappé à la question cruciale du racisme multidimensionnel et de son impact sur la condition et la santé des donneur.euse.s et des bénéficiair.e.s du soin (Devakumar et coll., 2020 ; Garcia et coll., 2020 ; Khazanchi et coll., 2020 ; Tuyisenge et Goldenberg, 2021 ; Sabaletto, 2021).

D'une part, selon l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC, 2021), il y avait près de 459 005 infirmières et infirmiers réglementés et admissibles à la pratique et 91% de ce personnel étaient des femmes. Selon Statistique Canada (Khanam et coll., 2022)<sup>17</sup>, 87% des aides aux soins de santé et préposé.e.s aux bénéficiaires sont des femmes. Une majorité écrasante qui à travers ces pourcentages, réaffirme la considération du travail de *care* et plus spécifiquement du travail infirmier et de préposé.e.s aux bénéficiaires comme des domaines majoritairement « féminins » et féminisés (Punshon et coll., 2019 ; De Sousa et Varcoe, 2021). Une perspective déjà appuyée par les données de Statistique Canada

---

<sup>17</sup> Auteur.rice.s des rapports pour Statistique Canada. Cette forme de référencement est privilégiée dans le texte.

(Cornelissen, 2021) qui démontraient la très forte majorité des femmes exerçant dans le domaine infirmier et d'aides aux soins de santé. La Fondation Canadienne des Femmes (CWF, 2023) précise que le rôle des femmes sur le marché du travail et dans les secteurs considérés comme essentiels, tels que les 5C : *Caring, Clerical, Catering, Cashiering et Cleaning*, en première ligne, ont contribué au fait que ces dernières, comparativement aux hommes, ont été plus touchées par la pandémie. D'autre part, la pandémie a renforcé les inégalités sociales créant une certaine marginalisation à plusieurs égards des personnes Noires, racisées (Isaac et Elrick, 2021) et [supposément] issues de l'immigration, mais a également contribué à l'exacerbation du racisme et de la xénophobie (Massoui et coll., 2020 ; Garon, 2020). Justement, un rapport d'Immigration Réfugiés Citoyenneté Canada (Mooten, 2021) affirme la persistance du racisme et la discrimination à l'encontre des travailleur.euse.s immigré.e.s. Lors de la pandémie, on a pu constater une surreprésentation des travailleur.euse.s immigrant.e.s dans les secteurs qualifiés « d'essentiels » (Isaac et Elrick, 2021 ; Gabriel, 2022). Ces configurations confirment le nexus, *care* – genre – race – migration (King-Dejardin, 2019 ; Gabriel, 2022) et sa structuration dans le marché du travail canadien. On observe également ces configurations dans la littérature qui s'intéresse au *care* et aux travaux domestiques effectués par les femmes migrantes au Canada (Hibbert, 2008 ; Lawson, 2013 ; Green-Stewart, 2022). Si les recherches conjointes sur le genre et la migration ont permis de mettre en lumière l'expérience des femmes racisées, cette littérature n'est pas spécifique aux femmes Noires.

Brown (2023) a démontré sous le prisme du capitalisme racial, l'impact disproportionné de la COVID-19 sur les soignant.e.s « essentiel.le.s » Noir.e.s qui, majoritaire en première ligne, ont été exposées à la contamination du virus et à sa propagation au sein de leurs communautés. Également, dans une perspective féministe Noire canadienne, l'analyse de Knight et coll. (2021) critique le manque d'intersectionnalité des analyses genrées qui ont été faites de la pandémie. Iels<sup>18</sup> suggèrent que le capitalisme racial nie l'expérience des femmes Noires et a participé à l'intrication inédite entre le racisme anti-Noir, la COVID-19 et les conditions matérielles d'existence des femmes Noires. Iels précisent aussi l'impact de

---

<sup>18</sup> Pronom inclusif mis pour il.s et elle.s

la pandémie sur la santé mentale des femmes Noires en soulignant les effets néfastes du travail émotionnel lié à la gestion du racisme anti-Noir dans ces conditions. Etowa et Hyman (2021) ajoutent que ce sont les femmes Noires afro-caribéennes canadiennes et immigrantes qui ont été les plus affectées personnellement et économiquement par la pandémie. Elles privilégient une analyse intersectionnelle incluant les rapports sociaux de genre, race et migration, en soulignant qu’ “approximately one third of the ACB [African, Caribbean and Black] populations were engaged in precarious work, and these proportions were higher among racialized women (43.1%) and newcomer women, who are largely racialized (48.1%)” (Etowa et Hyman, 2021: 9). Une analyse soutenue par Jefferies et coll. (2022a) qui soulignent également que les infirmières Noires canadiennes, africaines et caraïbéennes se sont essentiellement retrouvées en première ligne durant cette pandémie.

Selon Statistique Canada (Cornelissen, 2021) dans un rapport sur *la contribution des immigrants et des groupes de populations désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*, au cours des dernières décennies le nombre de personnes immigrantes dans la profession infirmière et d'aides aux soins de santé (dont préposé.e.s aux bénéficiaires) a augmenté plus rapidement que dans n'importe quelle autre profession avec 13,7 % en 1996 et 21,9% en 2016. La proportion d'immigrant.e.s exerçant dans le domaine infirmier ou d'aide aux soins infirmiers compte principalement des personnes originaires d'Afrique de l'Ouest, du Centre et de l'Est (32%), des Caraïbes (12%), et d'Asie du Sud-Est (10%). Les aides aux soins de santé d'origine immigrée iels représentent 41% du personnel dans la province de l'Ontario et 26,1 % du personnel dans la province du Québec. Conjointement, dans la région de la capitale nationale (Ottawa-Gatineau), iels représentent plus de la moitié du personnel soit 52% (Statistique Canada, Turcotte et Savage, 2020). En 2009 déjà, Cousineau prévoyait l'accroissement de la diversité dans le domaine infirmier en soulignant le recrutement et la reconnaissance de diplôme infirmier étranger en réponse à la pénurie de main-d'œuvre qui a touché et touche encore le domaine. Une pratique particulièrement mise en œuvre par la province du Québec et de nombreuses autres provinces, dont l'Ontario. Walani (2015) souligne l'expérience des discriminations en emploi basées notamment sur la race, la couleur de peau, le sexe, mais aussi la religion, vécue par ces infirmières. Ces discriminations participent à la création d'un

environnement de travail hostile dans lequel les compétences des personnes Noires et racisées sont sous-évaluées et sous-utilisées. Cette logique se reflète encore à travers les contributions d’Ugiabe et coll. (2023), mais également de Bortolussi-Courval, Stake-Doucet et Umaigba (2023) qui tirent la sonnette d’alarme sur l’incitation à l’exode des infirmières des pays à faible et moyen revenu vers les pays à revenu élevé, pour combler ce qui serait un manque de main-d’œuvre dans le domaine infirmier. Pour iels,

“High-income countries do not have a shortage of registered nurses (RNs); they have a shortage of healthcare institutions providing necessary and sustainable working conditions, leading to a loss of nurses. In Canada, the number of vacant RN positions increased from 10,400 to 22,400 (85.8%) from 2019–2021, despite a net growth of 7910 nurses (+2.5%) from 2020–2021. Rather than resorting to recruiting nurses overseas, **governments should implement other solutions with documented success: safe nurse-patient ratios and measures to protect nurses from structural and workplace violence**” (Bortolussi-Courval et coll., 2023: sp).

En février 2022,

« **Le ministre du Travail [du Québec], Jean Boulet, annonçait que son gouvernement allait investir 65 millions sur 2 ans pour recruter et intégrer 1000 infirmières de l’étranger.** Les pays ciblés pour la première phase sont l’Algérie, le Cameroun, le Maroc, la Tunisie et l’île Maurice. Dans des phases ultérieures du programme, le Québec visera la Côte d’Ivoire, le Liban, la République démocratique du Congo et le Sénégal » (Leduc, 2022, la presse).

Bortolussi-Courval et coll. (2023) suggèrent que ces politiques renforcent les inégalités dans un système de santé global et ne s’attaque pas véritablement aux enjeux à l’origine du problème de la rétention des infirmières soient, les différentes formes de violences, le harcèlement sexuel et le racisme au travail. Cette logique concernant les violences en milieu infirmiers rejoint la perspective élaborée par Croft et Cash (2012) sur la notion de harcèlement [*Bullying*] et de violence latérale qui prend place dans les environnements de travail infirmiers.

Cette récente littérature sur l’essentialité du personnel soignant pendant la COVID-19 a permis de dépeussier des enjeux liés aux conditions de travail des donneur.euse.s de *care*, à la race et au racisme dans le domaine de la santé canadien et précisément dans le domaine infirmier. Nonobstant, elle ne dévoile que des enjeux qui étaient bel et bien existants. L’engouement scientifique et médiatique autour de ces questions a aussi montré l’intérêt de

[re] interroger la place de ce travail et de ces travailleuses Noires, racisées, et/ou immigrantes dans nos questionnements scientifiques actuels.

De plus, la littérature démontre les difficultés subies par les infirmières Noires au cours de l'histoire et leurs impacts sur leurs parcours professionnels et leur leadership, de l'accès à la formation qui leur a longtemps été dénié, à leur invisibilisation en tant que personnel de la santé du fait de leur identité sociale Noire ou racisée (Flynn, 2008, 2009, 2011 ; Etowa et coll., 2009 ; Jeffries et coll., 2018 ; Iheduru-Anderson et coll., 2021a ; Jeffries et coll., 2022 ; De Sousa et coll., 2024). Agnès Calliste (1993), mais également Tania Das Gupta (1996) dénonçaient le racisme anti-Noir vécu par les infirmières Noires et/ou afro-canadiennes dans le travail infirmier au Québec et en Ontario. Elles ont souligné que la logique raciste et ségrégationniste n'a pas échappé au domaine et que les infirmières Noires et/ou afro-canadiennes ont été admises dans les formations en sciences infirmières seulement à partir des années 1940. Les qualifications requises devaient être « over and above » celles qui étaient attendues par les infirmières blanches (Das Gupta, 1996). Récemment, plusieurs auteur.rice.s soulignent également le climat raciste et anti-Noir à plusieurs échelles qui imprègnent les différentes structures de formation et d'emploi dans le domaine (Hassouneh, 2008 ; Waite et Nardi., 2019 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Iheduru-Anderson et coll., 2021b ; Hantke et coll., 2022 ; Prendergast et coll., 2024 ; Waite et coll., 2024). De Sousa et Varcoe (2021) précisent que:

“Nursing as a predominantly white profession (regardless of the identities of diverse nurses) upholds whiteness as an ideology with profound negative effects for nurses and patients. **Racialized nurses experience racism and discrimination from their counterparts that characterize them within the profession as the Other, lessening their sense of belonging and hindering career progression**” (De Sousa et Varcoe 2021: 4).

En 2020 à la suite du décès brutal de George Floyd aux États-Unis, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIC, 2020) a exprimé la volonté de démanteler le système d'oppression qui perdure dans le domaine infirmier en effectuant une déclaration contre le racisme envers les Noir.e.s dans les soins infirmiers et les soins de santé. De même, suite au tragique décès de Joyce Echaquan, une femme Autochtone Atikamekw, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2021) a reconnu l'existence et l'impact néfaste du racisme systémique dans le réseau de la santé québécois et la « possibilité » que les

personnes racisées pratiquant ce même réseau en tant que professionnel.le.s de la santé et/ou soigné.e.s soient victimes de racisme. Cet évènement a également été condamné par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada (AIIAC). En parallèle, Dorais (2020) ainsi que Pierre et Bosset (2021) soulignent justement l'existence du racisme systémique au Québec de même que l'imbrication du racisme anti-Noir et de la suprématie blanche dans les structures de la société québécoise. À l'évidence, ils imprègnent aussi son système de santé.

Le rapport de la Black Nurses Task Force (2022) issue de l'association des infirmières et des infirmiers autorisé.e.s de l'Ontario (RNAO) publié en février 2022 a démontré la prévalence du racisme dans le domaine infirmier en se concentrant sur sa perception et son expérience par les infirmières Noires de la province. L'enquête a révélé que sur les 205 infirmières Noires participant à cette étude, 95,6 % se disaient victime du racisme (88,3 % sur 95,6%) et/ou pensaient l'être (7,3 % sur 95,6 %). En effet,

**« Une majorité écrasante de participants (91 %) a déclaré avoir été victime de discrimination et de racisme tant au niveau individuel qu'institutionnel. Et une majorité (81 %) a déclaré que le racisme avait eu des effets négatifs sur leur santé mentale à des degrés modérés ou élevés. 82 % des participants ont également révélé avoir éprouvé un malaise modéré ou élevé dans leurs études et leur travail »** (Black Nurses Task Force, RNAO, 2022 :17, traduction libre).

La persistance du racisme dans un secteur d'emploi qui compte parmi son personnel et qui continue de recruter un personnel Noir, racisé et/ou d'origine immigrée pose un problème majeur au domaine infirmier et au système de santé plus largement (Etowa, 2007 ; Premji et Etowa, 2014). Forcée est de constater, mais aussi de trouver une définition à ce mal qui touche les infirmières Noires, d'identifier les différents rouages qui contribuent au maintien de cet environnement raciste et anti-Noir dans les soins infirmiers ainsi que son impact sur l'expérience et les parcours professionnels de ces dernières. Il est nécessaire, selon ces configurations, d'interroger la manière dont le racisme envers les infirmières Noires opère dans l'espace de soin ; ses formes et ses effets envers et sur ces dernières ; de même que les stratégies d'adaptation qu'elles mettent en œuvre pour y faire face. Il s'agira donc de comprendre à travers cette thèse [*quelles sont les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires exerçant dans la région de la capitale nationale (Ottawa-Gatineau)*].

## 1.2 : Cadrage spatial et linguistique de la recherche

Le terme « région de la capitale nationale » est utilisé pour désigner l'ensemble métropolitain composé de la ville de Gatineau (province du Québec) et de la ville d'Ottawa (province de l'Ontario) (Gilbert et Veronis, 2013). Cette région est considérée comme une zone « interface » entre les deux provinces, mais représente également une zone « barrière » entre ces dernières (Gilbert et Brousseau, 2011). Dans cet espace, les deux langues officielles du Canada, l'anglais et le français, sont parlés (Ray et Gilbert, 2020). Si ces deux espaces sont politiquement régis, régulés et structurés de manière différente (Gilbert et Veronis, 2013), il n'en est pas moins que leur chevauchement en fait un espace de vie privilégié (Gilbert et Brousseau, 2011).

Selon Statistique Canada dans la série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration, *Diversité de la population Noire au Canada : un aperçu* publié en février 2019, c'est la région de la capitale nationale qui a vu l'accroissement le plus rapide en termes de population Noire entre 1996 et 2016. Elle représente, après Toronto et Montréal, le troisième centre urbain comptant le plus de personnes Noires au Canada (Statistique Canada, 2019). Dans cette structuration, les femmes Noires étaient un peu plus nombreuses que les hommes Noirs. En effet, en 2016, la population Noire au Canada était composée de 51,6 % de femmes (Statistique Canada, 2019). L'Ontario représente la province qui compte le plus de personnes s'identifiant comme Noire (52,4 %) et le Québec la seconde (26,6 %). Les deux langues maternelles recensées sont pour ces populations le français (Québec notamment) et l'anglais (l'Ontario notamment). En se référant à ces deux langues officielles, Gatineau est majoritairement francophone et Ottawa majoritairement anglophone. Pour Fortier et coll. (2018), la maîtrise de l'une ou de l'autre langue – français, anglais – est un élément essentiel à l'insertion professionnelle sur le marché du travail canadien. Le bilinguisme représente donc un atout majeur à cette dernière, ce qui rend cette région particulièrement attractive.

Selon certain.e.s auteur.rice.s l'intégration des immigrant.e.s francophones d'origine africaine ou perçue comme tel.le.s, serait plus difficile que celle des autres groupes (Kamanzi, 2012 ; Blain, 2014 ; Fourot, 2016 ; Madibbo, 2020). En effet, hormis les barrières linguistiques qu'ils peuvent rencontrer, ils sont également confronté.e.s à la non-reconnaissance de leurs diplômes et/ou de leurs expériences professionnelles antérieures ; et aux différentes discriminations basées sur le sexe, la race et l'origine ethnique (Kamanzi, 2012 ; Fourot 2016 ; Fortier et coll., 2018). Bourhis et Carignan (2010) dans leur contribution sur le linguicisme au Québec et dans l'ensemble du Canada, suggère que ce sont bien les minorités visibles, ethnoculturelles et linguistiques anglophone (notamment au Québec) qui subissent la discrimination sur le marché du travail. Ils suggèrent deux versants à la définition du linguicisme,

“ When discrimination targets outgroups that speak a different language, or that speak with a different accent, we call it linguicism. Institutional linguicism occurs when a language majority enacts language laws or regulations that impose restrictions or unfair treatment on targeted language minorities” (Bourhis et Carignan, 2010: 156).

Récemment, Amal Madibbo (2020a, 2020b, 2021) a montré la dévalorisation de l'identité à la fois *Noire et francophone*, à travers le racisme anti-Noir et le linguicisme subi par les personnes s'identifiant comme telles. Elle précise que les personnes Noires et les personnes Noires francophones sont celles qui sont les plus touchées par l'exclusion du marché du travail au Canada et notamment dans la province du Québec (Madibbo, 2021). Elle souligne notamment que le racisme vécu en emploi participe aussi au maintien d'un plafond de verre anti-Noir qui impacte l'intégration économique des personnes Noires et Noires francophones (Madibbo, 2020b). Une enquête menée par Statistique Canada en 2019 à travers l'Enquête Sociale Générale et publiée en 2022 a démontré que près de la moitié (46 %) des Noir.e.s de 15 ans et plus ont déclaré avoir été victimes d'au moins une forme de discrimination au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (Cotter, 2022). Le rapport précise que la race et la couleur de peau sont les premières sources de discriminations suivies de l'origine ethnique, la discrimination fondée sur la religion et la langue, plus courante chez les populations Noires. De plus, toujours selon Statistique Canada, les crimes de haine concernant la race et l'ethnicité ont largement augmenté en Ontario (2e place) et au Québec (3e place), la population Noire reste la principale touchée avec un pourcentage de 26% (Jing Hui Wang et Greg Moreau, 2022). Ces éléments

contextuels et caractéristiques de la région de la capitale nationale font de cet espace, une zone d'étude pertinente sur le racisme dans la profession infirmière au travers de l'expérience des infirmières Noires.

### **1.3 : Objectifs de la recherche**

Au regard de l'ensemble des éléments soulevés précédemment, le but de la recherche s'oriente principalement sur l'expérience du racisme vécue par les infirmières Noires dans leur espace de travail en leur offrant la possibilité d'exprimer cette expérience vécue de leur point de vue situé. L'un des objectifs de cette recherche est donc d'une part, de déterminer **(1) quelles sont les formes de racisme subit par les infirmières Noires**, de leur point de vue. Au travers de l'expérience racontée par les infirmières Noires, il serait possible **(a) d'identifier les différents niveaux d'opération du racisme** et **(b) comment cette opération se matérialise et s'articule au niveau de l'expérience vécue**.

Les formes de racisme identifiées, il sera nécessaire de déterminer **(2) quels sont les effets du racisme sur les infirmières Noires, sur leurs expériences et leurs parcours professionnels**. Une large littérature s'attarde à démontrer **(a) les conséquences psychiques et psychologiques** qu'il peut avoir sur les personnes qui le subissent (Buchanan et Fitzgerald, 2008 ; Schmitt et coll., 2014 ; Williams, 2021a, 2021b). En effet, Williams (2020) fait référence à l'impact du racisme sur la santé mentale des personnes qui le subissent et la forme traumatique que peut prendre le vécu de ce racisme. L'un des effets potentiels de l'expérience du racisme en emploi serait sur **(b) l'évolution de carrière dans le domaine infirmier des infirmières Noires** (Hagey et coll. (2001) ; Etowa, 2007 ; Etowa et coll., 2009 ; Waite et Nardi, 2019 ; Bouadbillah et coll., 2021 ; Jefferies et coll., 2022b).

Ces expériences permettront de brosser un portrait des conditions de travail de vie des infirmières Noires dans l'exercice de leur profession, la manière dont le racisme au travail s'entremêle avec leurs parcours professionnels et comment elles naviguent à travers ces expériences complexes. Elles serviront également à identifier **(3) les stratégies mises en**

**œuvre par ces dernières pour résister contre le racisme** dans l'espace professionnel qu'elles pratiquent. Les stratégies de «  *coping*  » [d'adaptation] face au racisme peuvent varier selon plusieurs facteurs partant de l'individu à l'établissement dans lequel cet individu évolue (Garon, 2012 ; Anozie, 2022). Ces stratégies dépendent des ressources individuelles, matérielles et humaines de chaque individu et peuvent prendre de multiples formes (Truitt et coll., 2020 ; Byers et coll., 2021 ; Fernandez-Guitierrez et Mosteiro-Diaz, 2021 ; Luhanga et coll., 2023a).

De manière globale, cette thèse aura pour but d'identifier et de documenter l'impact du racisme anti-Noir opérant dans les systèmes de santé canadiens à travers l'expérience des infirmières Noires francophones et anglophones ; d'exposer les travaux et discussions sur le racisme anti-Noir au travail dans les systèmes de santé en lien avec les infirmières Noires ; et enfin de proposer des axes de solutions pour améliorer les conditions de formations, de travail et de vie des infirmières Noires. Sur le plan scientifique, cette recherche a pour but de contribuer à 3 champs différents : **(1)** les études féministes et de genre, par l'identification des enjeux de l'expérience du racisme genré dans le travail infirmier, et par le renouvellement de la critique sur le  *care*  en relation avec le travail de soin, plus spécifiquement le travail infirmier ; **(2)** la sociologie du racisme anti-Noir par l'identification des modes d'opération de ce dernier dans le domaine infirmier ; **(3)** les sciences infirmières par la compréhension de la structuration du racisme dans le domaine infirmier et son impact sur le parcours professionnel des infirmières Noires. De même, cette thèse permettra de contribuer à la littérature francophone sur le racisme anti-Noir dans le travail infirmier. Sur le plan social, cette recherche a pour but de permettre le **(1)** renforcement de la connaissance et de la pratique de l'équité, diversité, inclusion (EDI) au travail, notamment dans le domaine infirmier ; **(2)** de fournir des recommandations aux institutions de santé, de formation en santé et en soins infirmiers afin de lutter efficacement contre le racisme anti-Noir.

## CHAPITRE 2 :

### Revue de la littérature

---

Ce chapitre permet de développer en détail la situation des femmes Noires dans le *care* et plus précisément des infirmières Noires dans le domaine infirmier. De même, les points saillants soulignés dans le chapitre précédent seront élaborés en détail dans ce chapitre. Comprendre l'expérience vécue des infirmières Noires au regard du racisme au travail nécessite de mettre en perspectives les mécanismes qui ont assigné historiquement les femmes Noires aux travaux de *care*, leur surreprésentation contemporaine dans ces métiers au bas de l'échelle et leur difficulté à avoir des opportunités d'avancement de carrière. En effet, ces mécanismes d'assignation des femmes Noires aux travaux de *care* sont amorcés par un ensemble de systèmes légaux politiques, économiques, juridiques, racistes et sexistes favorisés par des politiques migratoires postcoloniales, qui ont contribué à travers le temps au maintien de ces dernières dans des positions subalternes. Ceci relève également d'une distribution des identités de genre différenciées selon des normes racisées. Ces mêmes mécanismes sont entretenus par un système économique néolibéral, capitaliste racial et anti-Noir.

#### 2.1 : L'assignation historique et contemporaine des femmes Noires aux métiers du soin

“You couldn't get any position, regardless who you were and how educated you were, other than housework, because even if the employer would employ you, those that you had to work with would not work with you”.

**Violet Blackman story 1909 to 1990, No burden to carry Narrative of Black working women in Ontario 1920s to 1950s, Dionne Brand (1991 :37).**

Pour comprendre la présence des femmes Noires dans les métiers du *care* il est essentiel de se pencher sur les conceptualisations de ce dernier, et comment ces conceptualisations ont en pratique assignées ces femmes Noires et racisées à ces travaux. Du fait de la signification polymorphique du *care* (Finch, 2022), il n'existe pas de consensus sur sa

définition. Néanmoins, on s'entend sur le fait qu'il renvoie à l'attention portée à [et aux besoins d'] autrui, une attention sans laquelle une vie et un bien-être collectifs ne seraient pas possibles. Associée au travail rémunéré, la définition du *care* de Duffy (2011) reprend celle proposée par Cancian et O liker, qu'elles définissent comme "the feelings of affection, and responsibility combined with actions, that provide responsively for an individual's personal needs or well-being, in face-to-face relationships" (Duffy, 2011 : 9). Cette définition inclue selon elle la définition d'une « *nurturant perspective of care* » qui associée au *care* rémunéré prend en compte le travail des infirmier.ère.s, des médecins, des enseignant.e.s, des travailleur.euse.s de la petite enfance, des travailleur.euse.s sociaux.les, des psychothérapeutes, de l'ensemble des préposé.e.s aux soins de santé. Cette notion rejoint également la notion de *caring* développé en sciences infirmières dans la relation avec le patient, qui prend en compte l'acte professionnel de soigner – *to cure* –, mais va bien au-delà de cela en incluant la notion « d'amour » pour soi et les autres (Pépin et coll., 2017). Dans une perspective *Black feminist*, Finch (2022) précise qu'il existe plusieurs manières de penser le *care*, mais elle soulève une conjecture qui amène à penser ce dernier comme une forme de relations qui émanent des besoins de l'État et du capitalisme, [re]produisant des altérités radicales : "to care is to be about the business of living with people, sharing in and amplifying their life force, recognizing their value and worth. It is to 'see ourselves as part of one another, even in the context of difference'" (2022: 2).

À l'évidence, l'ouvrage de la philosophe Carol Gilligan « *in a different voice* » (1982) qui a suscité la controverse, a offert un support critique idéal aux féministes libérales et radicales contre les conceptualisations limitantes du *care* (Tronto, 2005 ; Bourgault et Perreault, 2015). La supposition selon laquelle les femmes possèderaient une éthique, une « morale » propre et innée qui les placeraient comme plus sensibles au « *caregiving* » les ont responsabilisées et, par la même occasion assujettie à une position inférieure et subordonnée tant dans la sphère productive (publique) que reproductive (privée). Ces éléments ont participé à la littérature sur la « dé-gendérisation » du *care* et sa dé-association exclusive aux femmes. Néanmoins, et comme l'ont soulevé Nakano Glenn (1992, 2001, 2010) dans ses nombreuses études sur le travail domestique qui ont lié les rapports sociaux de genre et de race, ainsi que Butler (2019) à juste titre, les études féministes ont montré

leur incapacité à travers ces critiques à considérer des enjeux de race dans les préoccupations féministes de l'époque et à considérer au-delà la division sexuelle du travail de *care*, la division raciale de ce dernier ainsi que, la conceptualisation d'un *care* qui n'est pas seulement genré, mais racisé. Si l'on a interrogé le *care* à l'aune des rapports sociaux de sexe qui ont permis d'établir sa nécessaire dé-gendérisation (Tronto, 2002), Nakano Glenn (1992, 2001, 2010), ou encore Raghuram (2019) et Finch (2022), dans leurs travaux déplorent la non-prise en compte des rapports sociaux de race dans l'assignation des travaux et tâches de *care*.

**“When feminist scholars represent gender as the sole basis for assigning reproductive labor, they imply that all women have the same relationship to it** and that it is therefore a universal female experience. And while feminists increasingly are aware of the interaction of race and gender in stratifying the labor market, **they have rarely considered whether race might interact with gender in shaping reproductive labor**; thus, they have failed to examine differences across race, ethnic, and class groups in women's relationship to that labor” (Nakano Glenn, 2001: 72).

Nakano Glenn (2010), suggère que l'organisation sociale du travail de *care* à travers l'histoire s'est faite de manière coercitive. Elle définit l'organisation du travail de *care* comme “the systematic ways in which care for those who need it is allowed and how the responsibility for caring labor is assigned. Caring can be organized in a myriad of ways – in or out of the household, as unpaid family labor or as paid labor in market” (Nakano Glenn, 2010: 5). Elle identifie deux formes de coercition, celle **(a)** qui est induite par une pression morale, physique, sociale et économique, et **(b)** celle en référence à la servitude racialisée et genrée dans un système global ou un groupe a le pouvoir de commander et/ou de structurer le service d'un autre groupe souvent minorisé et/ou minoritaire. Elle précise que cette coercition peut être obligatoire (liens de parenté par exemple) ou contractuelle (services de *care* rémunérés) (Nakano Glenn, 2010). Aussi, Butler (2019) suggère que la dévalorisation du *care* est faite à la fois de sa « gendérisation » et de sa racialisation simultanée, ce qui en fait une expérience plus complexe pour les femmes Noires et racisées.

La prise en compte des analyses *Black feminist* et intersectionnelles sur le *care* (Bernard et coll., 2012 ; Crawford, 2018 ; Butler, 2019 ; Finch 2022) à partir des années 1980 a permis de rendre compte des impensés et des manquements aux critiques portées au *care*. Les

travaux des historiennes Noires sur les conditions de vie et d'existence des femmes Noires viennent appuyer la continuité historique de leur servitude depuis l'esclavage à leur insertion dans les domaines du service et notamment du *care* (Brand, 1991 ; Flynn, 2009, 2011 ; Nadasen 2015). Crawford (2018), et Finch (2022) insistent sur l'esclavage et l'utilisation du corps, des émotions et du *care* extrait des femmes Noires qui ont participé à l'établissement du capitalisme néolibéral actuel,

**“The care extracted from enslaved women and their descendants was indispensable to plantation and post-plantation regimes, the global expansion of capitalism, and modern nationhood as we know it [...] The needs of slave regimes throughout the Americas facilitated the theft of Black sentience, corporeal wholeness, and élan vital [en français dans le texte] and became critical to the functioning of racial capitalism”** (Finch, 2022: 10).

Dans ce sens certain.e.s auteur.rice.s soulignent justement que ce capitalisme néolibéral est racial (Melamed, 2015 ; Sweeney, 2021 ; Leroy, 2021 ; Finch, 2022) et qu'il n'a pu s'épanouir qu'à travers la violence et l'expropriation, non pas seulement des corps, mais des terres, des ressources et du travail des Noir.e.s. Brown (2023) en se basant sur les travaux de Robinson (1983)<sup>19</sup> définit le capitalisme racial comme, “the social and economic exploitation of people of color for the sake of capitalistic gain” (2023 : 1598), traduisant des conditions d'existence socio-économiques difficiles et exacerbées par le racisme structurel. Prattes (2023) souligne que l'aspect « utilitaire » du corps des femmes Noires dans ces conditions est à l'intersection du concept de colonialité du pouvoir développé par Quijano (2007) et de capitalisme racial de Robinson (Brown 2023),

**“Usefulness, in this context, is connected to the colonality of power under racial capitalism. Racial capitalism designates that all capitalism is racial, and — since its development within Europe — involves processes of colonization (invasion, settlement, expropriation) that proceed along hierarchies that involve racial logic”** (Prattes, 2023: 47).

Brigham (2015) précise que ce capitalisme associé au racisme et au sexisme contribue justement au maintien des systèmes d'oppression actuels, qui relèguent systématiquement les femmes Noires dans les positions subalternes les moins bien rémunérées. Pour Crawford (2018), ces conditions ont largement été adressées par les féministes Noires et caribéennes :

---

<sup>19</sup> Version originale 1983, version éditée : Robinson, C. J. (2020). *Black Marxism revised and updated third edition: The making of the black radical tradition*. UNC press Books.

“Black feminists and Caribbean feminists have rightfully critiqued universal notions of womanhood, motherhood, family, and work premised on Western, Enlightenment gender ideologies that do not reflect their experiences, realities, and interests. **The paid and unpaid labor of Black women in the African diaspora has been informed by economic exploitation and racialized sexism through the simultaneity of oppressions (racism and sexism).** Black women’s realities challenge Eurocentric gender ideology that reinforces the primacy of the male breadwinner and the economic dependency of women based on separate-sphere ideology (public/private) within a capitalist political economy” (Crawford, 2018: 37).

Récemment, Green-Stewart (2022) affirme que, dès le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, la féminisation des migrations vers le Nord global et précisément vers le Canada a été témoin de l’augmentation des femmes Noires et racisées dans le domaine du *care*, notamment dans les professions d’infirmière, d’aide aux soins infirmiers, de travailleur.euse.s domestiques et de travailleur.euse.s agricoles. Une perspective soutenue par Hine (1989) et Flynn (2011) qui soulignent l’apport des femmes Noires et migrantes au travail infirmier à la suite de la Seconde Guerre Mondiale. En effet, l’exploitation de ces femmes est permise par la construction imaginaire de normes racisées de la féminité (Collins, 1987 ; Finch 2022) sur la base de préjugés et stéréotypes racistes et sexistes attribuant des compétences « naturelles » et « culturelles » pour les tâches domestiques et de *care* (Nakano Glenn, 1992 ; Scrinzi, 2008 ; Tronto, 2005 ; Morokvasic, 2010 in Falquet et coll., 2010 ; Moré, 2014). Telle est l’image stéréotypée la « mammy », et la « nounou » (Das Gupta, 2009).

Les femmes racisées sont donc presque systématiquement assignées au « sale boulot » et aux activités les plus ingrates (Nakano Glenn, 1992 ; Duffy, 2011 ; Aubry, 2016 ; Green-Stewart, 2022), c’est-à-dire peu qualifiées et mal rémunérées. Plusieurs études traitent de la condition de travail des femmes Noires, afro-caribéennes dans le contexte canadien dès les années 1910, avec l’arrivée des travailleuses domestiques d’Afrique et des Caraïbes. Ces études soulignent leurs expériences dans les domaines du *care* sous le prisme des différents rapports sociaux qui ont façonné autant leurs conditions de vie que d’exercice dans ces domaines (Sharma, 2000 ; Hibbert, 2008 ; Lawson, 2013 ; Green-Stewart, 2022 ; Thomas et Lightman, 2022). La présence des femmes Noires dans le domaine infirmier relève donc de deux sources, celles des premiers établissements des personnes Noires dès les années 1600 (Etowa et coll., 2009 ; Jefferies et coll., 2018) et celles des migrations contemporaines qui ont suivi cette période (Walani, 2015 ; Ugiagbe et coll., 2023). Pour

Etowa (2007), l'augmentation de la diversité dans les effectifs des infirmières, notamment à travers les recrutements à l'étranger nécessite un examen de la culture infirmière afin de comprendre comment ces groupes racisés et minorisés l'expérimentent dans leurs parcours professionnels. Dans son article *Am not your typical nurse, Caribbean nurses in Britain and Canada*, Flynn (2012) déclare que le racisme est un poison pour l'environnement de travail infirmier,

“Given the diversity in nursing, **attention must be paid to how institutional forms of oppression are reproduced and maintained in ways that disadvantage nurses of colour** [...] To create a more inclusive nursing environment, gendered racism must be taken seriously” (Flynn, 2012: sp).

Dans ce sens, pour Jefferies (2020), reconnaître l'histoire et l'expérience des infirmières Noires est la première étape à la reconnaissance et au traitement du racisme et de la discrimination dans le domaine infirmier. Néanmoins, ces expériences de racisme et de discrimination prennent place dans un système de santé lui aussi raciste.

## **2.2 : Le racisme et la discrimination dans le système de santé canadien**

“It should come as no surprise that racism emerges in the realm of healthcare”  
**(Rasmussen et Garran, 2016: 1).**

Dans son article *Healing the Canadian Healthcare system*, Boyer (2017) précise que le racisme dans le système de santé canadien est endémique. Il souligne l'incapacité de ce système à prendre en compte les éléments déterminants de la santé des personnes racisées, notamment Autochtones, en lien évident avec leur passé colonial. Selon Amster (2022), la connaissance médicale et en santé s'est développée au travers du colonialisme et de l'exploitation du corps des personnes Autochtones, Noires et racisées. Elle reprend l'exemple parlant de l'exploitation du corps des femmes Noires qui a participé aux fondements de la discipline gynécologique (Amster, 2022). Pour elle, la science et la médecine ont largement participé à la codification de la race en lui associant une nature physique et sociale. Une perspective largement soutenue par Dryden (2023) qui elle, pointe du doigt, comment les systèmes de santé ont appuyé l'idéologie suprémaciste blanche, raciste et sexiste qui a contribué à l'expropriation, l'exploitation et aux meurtres des

personnes Noires. Une violence qui, selon elle, est encore perpétrée à travers l'expérience de ces personnes dans et en relation avec le système de santé.

“In a colonial healthcare system, race is the basis for resource allocation, thus two populations are served — one the valued colonizer and the other a less valued, colonized population. The principal purpose of colonial healthcare is to promote the viability and reproduction of the colonizer. The colonized will receive healthcare when the colonial state wishes to win their loyalty, protect a colonized labour force or prevent anticolonial revolution” (Amster, 2022: E709).

D'autre part, Siddiqi et Laporte (2023), Dryden (2023) ainsi que Rai (2023) se penchent sur la perpétuation et les effets du racisme anti-Noir dans le système de santé canadien. Dryden (2023), mais également Rai (2023) précise que, pour comprendre l'expérience des personnes Noires dans le système de santé canadien, il est essentiel de faire le lien entre l'esclavage, le colonialisme, le racisme anti-Noir systémique, la médecine et la santé. Des perspectives et pratiques eugénistes qui ont ciblé les corps Autochtones, Noirs et racisés, à leur expérience contemporaine dans ces structures, ces éléments historiques démontrent l'incapacité actuelle du système de santé à prendre en compte, la santé et le bien-être des personnes Noires et racisées.

L'Association canadienne de Santé Publique a déterminé près de 14 déterminants sociaux de la santé, incluant le genre, la race, le revenu, la (l'in)capacité, l'éducation et bien d'autres (Association canadienne de Santé Public, 2024). Ces différents facteurs socio-économiques influencent les conditions de vie et de travail soit de manière positive, soit de manière négative. La race, le racisme et la discrimination ont été reconnus comme étant des déterminants sociaux de la santé et des déterminants structurels de l'iniquité en santé, qui impactent à la fois, l'accès, la qualité et le résultat des soins de santé (Ndumbe-Eyoh, 2018 ; Raphael et coll., 2020 ; Ramsoondar et coll., 2023). L'iniquité en santé basée sur la race, et le racisme se comprend selon William D.R et coll. (2019) à travers un système social racialisé qui influence l'accès aux ressources et aux institutions sociétales, dont la santé. L'imprégnation et la persistance du racisme et du racisme anti-Noir systémique dans les organisations de santé affectent l'expérience des personnes Noires et racisées dans ces structures. Selon Ramsoondar et coll. (2023), c'est l'expérience du racisme systémique

vécue à chaque palier des soins au niveau pratique ou clinique qui maintient ces iniquités en santé :

« Le racisme est un système structurel qui existe dans tous les aspects de la société et qui repose sur la fausse croyance selon laquelle certaines races sont supérieures ou inférieures par rapport aux autres. Les structures et les systèmes racistes attribuent une valeur humaine, des privilèges et des possibilités en se basant sur la race. **Cela se manifeste consciemment ou inconsciemment par des préjugés, que ce soit de manière interpersonnelle ou systémique, sous forme de haine, d'intolérance, de préjugés ou d'hostilité, et se traduit par de l'oppression, de la marginalisation et des obstacles à la santé** » (Ramsoondar et coll., 2023 : 601).

Elle continue en précisant que ce sont principalement les personnes Noires et Autochtones qui en sont les premières victimes. Une affirmation soutenue par Raphael et coll. (2020) qui précisent que la race comme déterminant de la santé à une implication plus profonde pour les Canadiens Noirs, les plus touchés par les discriminations en lien avec leur race, mais aussi dans l'accès à d'autres nombreuses ressources qui constituent également des déterminants sociaux de la santé, tels que l'emploi et le revenu, l'éducation, la langue, etc. L'ensemble de ces éléments sont confirmés par les recherches portant sur la disparité d'accès aux soins de santé (Rasmussen et Garran, 2016 ; Dryden et Nnorom, 2021).

Dryden et Nnorom (2021), elles, soulignent justement le manque de considération des enjeux liés au racisme anti-Noir dans le système de santé canadien. Elles précisent que les dénonciations sont nombreuses, mais ne sont pas adéquatement prises en charge dans un système qui échoue à reconnaître l'impact et l'ancrage de ce racisme. C'est dans ce sens que Datta et coll. (2021) suggèrent de transformer la recherche en santé au Canada et d'inclure dans ces dernières la notion et les enjeux liés à la race ainsi que ces effets. Justement, Rasmussen et Garran (2016) précisent que si les recherches en santé ont démontré les effets du racisme sur la prédication et la qualité du soin, elles se sont moins intéressées à l'expérience du racisme des professionnels de la santé et des étudiant.e.s racis.é.e.s dans le domaine. De même, selon Mpalirwa et coll. (2020) la recherche sur l'expérience de racisme vécu par les professionnels de la santé Noir.e.s au Canada est très peu documentée, une lacune qui ne permet pas selon iels de combattre le racisme de manière efficiente. Dans cette étude, quarante-six professionnelles de la santé ont répondu à l'enquête et ont affirmé subir du racisme dans leur milieu de travail autant de la part des

patient.e.s que de la part de leurs pair.e.s, collègues directs ou supérieurs. Selon les auteur.rice.s, pour ces répondant.e.s, la race a joué un rôle important dans le choix du lieu d'exercice plutôt que celui de leur carrière en soin. D'une part, 70 % de ces répondant.e.s ont affirmé avoir eu une expérience négative au travail sur la base de leur race, observée notamment dans la différence de traitement et de ce qui est attendu d'eux. D'autre part, l'étude a démontré que le racisme venant des patient.e.s étaient plus important que celui vécu par leurs collègues et leurs supérieur.e.s.

De même, si le racisme anti-Noir imprègne le système de la santé, il imprègne aussi les établissements de formation en santé ainsi que leur curriculum de formation. Le domaine infirmier et les sciences infirmières eux, ne sont pas en reste. En effet, ces enjeux sont soulevés par des auteur.rice.s, qui demandent la prise en compte de l'expérience des personnes Noires et racisées dans les formations et en emploi. Ces derniers dénoncent justement la persistance de la blancheur – *whiteness* – qui supporte le racisme et le racisme anti-Noir dans le domaine infirmiers, impactant autant le personnel infirmier Noir que les étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s (Allen, 2006 ; Puzan, 2003 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Waite et Nardi, 2019 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Iheduru-Anderson et coll., 2021 ; Hantke et coll., 2022; Philbert et coll., 2024). Prendergast et coll. (2024), ainsi que Waite et coll. (2024) insistent justement sur la persistance du racisme anti-Noir dans le domaine infirmier et son impact sur les parcours professionnels des infirmières Noires.

### 2.3 : L'expérience historique et contemporaine des infirmières Noires

“– Suprena, you remind me of my mammy, and I miss her so much. I hope we could get closer like we used to’ I looked at her and said ‘– I know you couldn’t possibly believe that this is flattery”’.

**The diaries of a resilient Black Nurse, An anthology of struggle and achievements of Black nurses in america.**  
(Suprena Hickman et coll., 2021: 27)

Les préoccupations liées au racisme dans le domaine infirmier et sur l'expérience des infirmières Noires au Canada ont largement été soulevées par de nombreux auteur.rices (Hagey et coll., 2001; Jeffries et coll., 2022a). Dans son article intitulé *The Shattered dreams of African Canadian nurses*, Najja Nwofia Modibo (2004) à travers une enquête qualitative menée avec 15 infirmières Noires afro-caribéennes canadiennes et issues de l'immigration à Toronto, a démontré à travers les récits des répondantes la différence de traitement entre les infirmières Noires et les infirmières blanches par leur gestion, ainsi que les abus verbaux et le refus de soin de la part des patient.es blanc.he.s. Cette différenciation de traitement s'est observée dans la manière d'assigner les tâches de soins les plus lourdes aux infirmières Noires à travers leur orientations vers les soins chroniques et de longue durée, où l'autrice a constaté leur surreprésentation (Modibo, 2004). L'article souligne que ces comportements sont liés à l'implication politique, économique et sociale de l'intersection du genre et de la race sur le lieu de travail. De même, Das Gupta (1996) à travers les dénonciations de traitements discriminatoires et racistes d'infirmière Noire et des Philippines auprès de la commission ontarienne des droits de l'homme (OHRC) a démontré la persistance du racisme anti-Noir dans les structures qui forment et emploient les infirmières Noires et caribéennes en Ontario. Ces éléments favorisent également, selon l'autrice, la hiérarchisation *entre* et *avec* les autres minorités visibles sur le lieu de travail, qui place systématiquement les infirmières Noires au bas de l'échelle.

Une condition aussi analysée par Calliste (1993) à travers son étude sur l'expérience des infirmières caribéennes recrutées à l'étranger entre 1950 et 1962 comme des « cas exceptionnels de mérite » et qui se sont vues discriminées dans les statuts d'immigration face aux infirmières recrutées en Europe, qui elles, arrivaient avec une résidence permanente au Canada. Elle souligne et démontre que ces réseaux et conditions

d'immigration créent des espaces spécifiques aux femmes Noires, révélateurs de l'imprégnation de l'idéologie raciste et sexiste des politiques d'immigration effectuée par le Canada. Elle ajoute en rejoignant les propos de Modibo (2004) que pour les infirmières Noires et issues de l'immigration, la différenciation dans les tâches qui leur sont attribuées impacte de manière significative leur chance de développer leurs compétences et d'accéder à des opportunités d'avancement de carrière. Les enjeux liés au recrutement des infirmières à l'étranger comme nous l'avons vu sont toujours d'actualité (Walani, 2015 ; Bortolussi-Courval et coll., 2023 ; Ugiagbe et coll., 2023). Récemment, les infirmières haïtiennes à travers le Ralliement des Infirmiers et infirmières auxiliaires Haïtien.ne.s de Montréal (RIIAH) se sont indigné.e.s de la politique de recrutement des infirmier.ère.s à l'étranger mené par le Québec qui a exclu les candidates haïtiennes de leur recrutement prétextant la mauvaise qualité de leur formation (Leduc, 2022). Néanmoins, ces infirmier.ère.s font parties du premier groupe d'infirmier.ère.s afro-caribéen.ne.s déjà présentes au Québec. Un tel acte a nié l'apport de ces dernier.ère.s au domaine des soins infirmiers (Pierre-Pierre, 2017 ; Namasté, 2017), présent.e.s au Canada déjà depuis 40 ans.

Hagey et coll. (2001), en se basant sur les travaux effectués, par des autrices telles que Agnès Calliste, mais également Tania Das Gupta et Karen Flynn, soulèvent la question du racisme longtemps ignoré par les chercheur.euse.s en sciences infirmières à travers l'expérience d'infirmières racisées, dont des infirmières Noires qui ont porté plainte pour comportements discriminatoires et racistes dans l'exercice de leur profession. Ici encore, les 9 infirmières racisées interrogées expliquent que ces traitements traduisent leur impossibilité d'avancer dans leur carrière. De même, ces traitements discriminatoires et racistes sont appuyés selon les participantes par une surveillance et des réprimandes excessives, voire abusives de la part de leurs supérieurs. Concernant l'avancement de carrière Etowa (2007), à travers une étude qualitative auprès de 20 infirmières Noires dans différentes provinces au Canada a souligné le manque de personnes Noires dans les rôles et position de leadership dans le domaine. Elle atteste que, "this lack of minority nurses in leadership position creates challenges including the absence of minority nurses' voices at various levels of decision-making arenas" (2007: 219). Elle observe notamment que la diversité grandissante dans le domaine ne va pas de pair avec l'amélioration des conditions

de travail des infirmières Noires et racisées. Cela est sans compter les difficultés que les infirmières racisées et formées à l'étranger rencontrent lors de leur établissement au Canada et leur intégration dans le domaine infirmier (Ndengeyingoma et coll., 2018). Dans une étude qualitative avec 20 infirmières Noires, Etowa et coll. (2009), en tentant de comprendre l'expérience et le comportement des infirmières Noires dans la profession ont identifié une théorie substantielle du « vécu en marge » de la profession infirmière – *surviving on the margin* –. Selon elles, la survie en marge s'établit en trois phases,

**“Realizing, surviving, and thriving.** Each of these phases starts and ends at a critical transition point. The transition points are the center, the margin, and the proving ground. In addition, from the narratives, it became clear that aspects of the core variable or basic social process occurred under different conditions in relation to time, contexts, and substantive areas. **The three major conditions that influenced this core variable, surviving on the margin, were racism, diversity, and the quality of professional experience”** (2009: 175).

Les autrices précisent que la survie en marge se fait par le biais de l'intrication des trois éléments majeurs qui conditionnent l'expérience des infirmières Noires soit le racisme, la diversité et la qualité de l'expérience professionnelle. Elles soulignent que ces éléments favorisent la prise de conscience – *realizing* – des infirmières Noires face aux traitements différentiels, et de la difficulté, voire de l'incapacité à participer pleinement à l'exercice de leur profession. Cette phase de réalisation, impacte de manière significative l'identité professionnelle des infirmières Noires qui se retrouvent sous la constante pression de faire plus, mieux, « to be a perfect nurse or a super nurse » (Etowa et coll., 2019 : 177) afin d'échapper au joug de la surveillance, des critiques et de la dévalorisation de leurs compétences – *surviving*. Dans cette adversité, en mettant en œuvre des stratégies d'adaptation multiples, les infirmières Noires tentent de faire avec la situation en faisant preuve d'une grande résilience qui leur permet de continuer d'avancer et de s'épanouir – *thriving* – dans leur profession. Dans une étude résultante d'une enquête auprès de 593 infirmières exerçant en Ontario, Tania Das Gupta (2009) brosse un portrait peu flatteur du racisme systémique dans le domaine infirmier. Elle démontre les formes que le racisme prend dans le domaine et souligne les implications ainsi que les conséquences de ces dernière.s pour les infirmières de couleurs.

Plusieurs auteur.rice.s se sont justement penchés sur l'impact de ces conditions sur les parcours professionnels des infirmières racisées, notamment leur accès à des positions de leadership. Bouabdillah et coll. (2021), à travers une enquête qualitative sur la sous représentativité des infirmières issues des minorités visibles dans les postes de gestion ont soulevé dans ce sens plusieurs enjeux dont le manque de support des pair.e.s blanc.he.s ; le manque d'opportunité d'avancement de carrière, et le manque de reconnaissance de leurs compétences et de leurs diplômes ainsi que, le manque de confiance en leur pratique. Tout ceci favorise leur altérité – othering – dans le domaine. Dans une étude qualitative sur la perception et l'expérience des infirmières Noires auprès de 18 infirmières Noires néo-écossaises (Nova Scotia) d'ascendance africaine, Jefferies et coll. (2022b) suggèrent que bien que ces dernières reconnaissent l'importance du leadership dans le domaine et la pratique infirmière, le racisme anti-Noir dont elles sont victimes les empêche de pouvoir vraiment investir ces rôles. Iels élaborent sur le concept de la « *Black tax* », qui imprègne encore la profession et façonne l'expérience quotidienne des infirmier.ère.s et des professionnel.le.s de la santé Noir.e.s :

“‘Black tax’ in nursing, describes the process of negotiating intraprofessional tension and legacy beliefs within nursing while simultaneously navigating the profession as a Black person. **The Black tax involves the additional physical, mental, emotional and spiritual strain experienced by Black people as they navigate spaces where racial hierarchies exist, such as nursing and the healthcare system.** The Black tax is an omnipresent, insidious notion that is affected by other social constructs including gender, class, sexual orientation and disability. Participants described the Black tax as becoming most apparent while they navigated intraprofessional relationships, in addition to attempting to ascend the professional ladder” (Jefferies et coll., 2022b: E1442)

Caldwell et Parani (2020) affirment justement que le racisme vécu par les infirmières Noires n'est pas terminé. L'ancrage et la continuité à travers le temps du racisme et notamment du racisme anti-Noir dans le domaine et la pratique infirmière continuent d'impacter négativement le parcours et l'expérience actuelle des infirmières Noires. L'ensemble des points développés dans ce chapitre permettent donc de contextualiser les conditions d'exercice des infirmières Noires dans le domaine infirmier au regard du racisme.

## CHAPITRE 3 : Cadre théorique et conceptuel

### Théoriser et conceptualiser l'expérience des infirmières Noires

---

Le sujet de la présente recherche et ses développements mobilisent plusieurs concepts, notions et théories afin de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'expérience des infirmières Noires dans l'exercice de leur profession. La construction d'un cadre théorique et conceptuel transversal et interdisciplinaire propice à cet effet a été plus que nécessaire. Ce dernier situe les contours de la recherche, définit les différents paradigmes qui s'y entrecroisent et permet une meilleure lecture des thématiques et des enjeux de ce présent projet.

Dans cette mesure, d'un point de vue théorique, ce chapitre a pour objectif de présenter les principales théories relatives aux études féministes et de genre ainsi qu'aux sciences infirmières. Ceci, en référence aux champs de connaissances qui constituent **(a)** la pensée féministe Noire canadienne et **(b)** la pensée infirmière. Mises ensemble, ces deux « pensées » permettent d'obtenir une lisibilité des éléments qui régissent et structurent **(a)** la condition d'existence des infirmières Noires en tant que femme Noire et **(b)** leur pratique à titre d'infirmière.

D'un point de vue conceptuel, il s'agira d'exposer les différents concepts en lien avec les relations au travail dans le domaine de la santé, ainsi que ceux liés au racisme et à l'identité Noire. Les rapports sociaux de race désignent des relations de domination et d'oppression et traduisent les relations par lesquelles transite le racisme. Ces relations sont faites de comportements, attitudes, gestes, paroles, formant un ensemble d'interactions directes et/ou indirectes, mais aussi de codes, procédures, et lois qui structurent la vie des personnes Noires et racisées à plusieurs échelles de la société. Ces rapports qui s'insinuent dans les environnements de travail ont tendance à avoir une incidence sur les interactions qui s'établissent au travers des relations interpersonnelles de travail dans l'espace de soin. Cette recherche est guidée par une perspective féministe Noire et intersectionnelle. Ce cadre théorique et conceptuel a donc vocation à exposer des concepts, notions et théories

(de manière) critiques. Il convient donc de les penser ensemble pour situer une expérience Noire, infirmière, mais surtout canadienne.

### 3.1 : Les théories critiques pour comprendre l'expérience des infirmières Noires

#### 3.1.1 : Le *Black feminism* et la pensée féministe Noire canadienne

“The feminism that I know is what my grandmother’s practice. These women taught me to be strong and to speak for myself. They emphasized the need for education and independence. These women did not call themselves feminists, but I think they were. Black feminism ... is important if the definition given would reflect my experiences and those of my foremothers”.  
(Marie’s definition of Black Canadian feminism in Wane, 2002 :41)

Le *Black feminism* s’est développé aux États-Unis dans les années 1970, consubstantiellement aux mouvements des droits civiques et parallèlement à des mouvements tels que les *Blacks Studies*, et les *Women’s Studies* (Antiope, 2009). Ce mouvement traduit de manière claire, le manque d’espaces socio-politiques et intellectuels accessibles aux femmes Noires, l’incapacité des mouvements féministes majoritaires[ment] blancs et celles des mouvements de libération Noirs à considérer d’une part, le racisme et d’autre part, le sexisme vécus par les femmes Noires (Wane, 2002, 2004 ; Lorde, 2007 ; hooks 2017). Selon Patricia Hill Collins, « le *Black feminism* s’appuie sur une synergie entre trois éléments : (1) les expériences quotidiennes des femmes Noires ; (2) les analyses que font les femmes Noires de ces expériences ; et (3) les actions des femmes Noires à partir de ces expériences et de ces analyses » (Collins, 2015 : 2). Une « pensée » féministe Noire se situe essentiellement dans (2) les analyses que font les femmes Noires des expériences qu’elles vivent dans leur quotidien sous le prisme de leur identification en tant que Femme et Noire. Les théoriciennes Afro-américaines de la pensée féministe Noire nous ont offert les mécanismes de base à la compréhension de la condition des femmes Noires et des déterminants historiques, politiques, sociaux et économiques de cette condition (Collins 2015 ; hooks 2015). Selon Collins (2017), ces oppressions depuis l’esclavage se divisent en trois dimensions interdépendantes les unes avec les autres, soient : (a) la dimension économique qui traduit l’exploitation des femmes Noires nécessaire au

capitalisme nord-américain ; **(b)** la dimension politique en référence à la négation des droits et des libertés ; et enfin **(c)** la dimension idéologique sexiste et raciste. Elle poursuit en précisant qu'associées ensemble, ces 3 dimensions engendrent un contrôle social et politique qui place systématiquement les personnes Noires dans des positions de subordination au sein de la société. Ce contrôle socio-économique est largement supporté et perpétué par la blancheur.

Pour Agnès Berthelot-Raffard (2018), dans un article qui suggère de démontrer dans quelles mesures la pensée féministe Noire est une philosophie politique de la justice sociale, « *le Black feminism* stimule un dialogue fécond sur l'interprétation théorique de l'expérience des femmes [N]oires » (2018 :111). Les afro-descendant.e.s sont donc en mesure de se saisir de ces éléments pour interpréter leurs expériences diverses et situées. La traduction de la pensée féministe Noire proposée par Berthelot-Raffard (2018) rejoint largement celle initialement proposée par Collins (2016) dans son ouvrage *la pensée féministe Noire*. Pour elle,

« La théorisation de la pensée féministe [N]oire est donc avant tout centrée sur l'autodéfinitions des personnes qu'elle concerne à partir de leur point de vue situé sur la singularité de leur expérience collective de l'injustice sociale. Ainsi est-elle une pensée par laquelle les afro-descendantes se réapproprient leur identité dans une articulation philosophique où la praxis et la théorie se rejoignent. Les femmes [N]oires articulent leurs expériences autour des valeurs **d'émancipation**, de **résistance** aux oppressions racistes et sexistes, de solidarité et de liberté dans la survie » (Berthelot-Raffard, 2018 :111).

Dans la constitution de cette pensée, l'émergence du concept majeur de l'intersectionnalité proposée par Crenshaw en 1989 (Crenshaw et Bonis 2005) a, dans le contexte étasunien, nommé et cartographié les différentes oppressions à l'origine de l'expérience des femmes Noires résultant principalement de l'intersection du genre, de la sexualité, de la classe et de la race. Ces derniers peuvent être largement étendus, à l'origine, l'ethnicité, la citoyenneté, la langue, et la géographie (Wane, 2002 ; Massaquoi 2004 ; Beale, 2005 ; Collins, 2017 ; Maddibo, 2021). En ce sens, les femmes Noires canadiennes se retrouvent à l'aune de ces différents rapports d'oppression qui façonnent leur expérience quotidienne en tant que femme et Noire (Wane, 2002, 2004, 2013).

En 1989, Makeda Silvera, dans son ouvrage *Silenced*, était en discussion avec les travailleuses domestiques Noires caribéennes au Canada, afin de comprendre leurs expériences et leurs luttes quotidiennes. En 1991, dans son ouvrage *No burden to carry*, Dionne Brand (1991) racontait l'histoire des femmes Noires travaillant en Ontario entre 1920 et 1950, dans une volonté de montrer leur contribution à l'histoire du Canada et aux premiers mouvements de femmes, en écoutant les expériences de ces dernières. Dans la continuité, l'ouvrage collectif de Peggy Bristow (1999) en collaboration avec Dionne Brand, Linda Carty, Afua Cooper, Sylvia Hamilton et Adrienne Shadd, retrace l'histoire des femmes Noires au Canada depuis les années 1600 en réponse à un manque criant de littérature *sur et par* les femmes Noires canadiennes. Dans cette même logique Este et coll. (2017), démontraient les contributions des femmes Noires Montréalaises membre du Coloured Women's Club of Montreal (CWCM), au développement de l'aide sociale – *social welfare* – entre 1902 et 1940, et leurs expériences au regard du racisme anti-Noir. Pour l'historienne canadienne Afua Cooper (2000), invisibilisée et marginalisée, l'écriture de l'histoire des femmes Noires canadiennes est essentielle à la constitution des savoirs qui leur sont associés. Une histoire de laquelle elles sont le sujet, une histoire complète qui retrace leur parcours à la fois comme victime, mais surtout résistante de l'oppression par les blancs et le système – blanc – qu'ils ont constitué sur la base de leur propre race (Cooper, 2000).

Pareillement, pour Wane (2002) cette écriture revient à examiner les réalités historico-culturelles qui ont influencé la pensée féministe Noire canadienne. Elle précise que s'il existait très peu de littérature sur le *Black feminism* canadien, il n'en était pas moins inexistant. Le travail des historiennes citées plus haut justifie ce propos. Elle poursuit en expliquant que, dans un premier temps, la proximité géographique et intellectuelle avec les femmes Afro-américaines ont permis aux féministes Noires canadiennes de puiser un temps, et dans une volonté de se définir, dans les histoires et les expériences de ces dernières (Cooper, 2000 ; Prendergast, 2011). C'est la structure théorique du *Black feminism* américain et les éléments synergiques qui le constitue (Collins, 2015), qui ont permis cette identification. Une identification néanmoins, mal ajustée qui a, selon Wane (2002, 2004), alimenté la volonté des féministes Noires canadiennes de se définir et de

se penser au travers de leurs propres histoires et expériences (Wane et Massaquoi, 2007). Cette définition nécessite de théoriser la pensée féministe Noire canadienne en centrant cette théorisation de manière méthodologique, politique et culturelle (Wane et Massaquoi, 2007). Cet acte de centralisation est fondamentalement situé. Effectivement, Wane (2002), tente de définir la pensée féministe Noire canadienne,

“Black feminist thought [*per se*] is a theoretical tool meant to elucidate and analyze the historical, social, cultural, and economic relationship of women of African descent as the basis for development of a liberatory praxis. It is a paradigm that is grounded in the historical as well as the contemporary experience of Black women as mothers, activists, academics, and community leaders. **It can be applied to situate Black women’s past and present experiences that are grounded in their multiple oppressions**” (Wane, 2002: 38).

Néanmoins, un des enjeux majeurs soulevés par l’auteure est que, si les théories et épistémologies des femmes Afro-américaines permettent une lecture de l’expérience des femmes Noires canadiennes, elles peuvent ne pas intrinsèquement retracer et refléter, l’expérience de ces dernières. Dans son article *An African child becomes a Black Canadian feminist: Oscillating identities in the Black Diaspora*, Massaquoi (2004), détaille les pourtours de son identité Noire, transnationale, diasporique à la fois centrale et périphérique, qui définit essentiellement son expérience canadienne et la manière dont elle conçoit son *Black feminism* canadien. La diaspora, du fait de son dynamisme spatio-temporel, reste un espace de tension et une notion encore complexe à définir (Wane, 2004 ; Hudson et Kamushiga, 2014). La question de l’identité liée à la conceptualisation du *Black feminism* canadien est donc essentiel. La diversité et l’hétérogénéité des femmes Noires et considérées comme Noires représentent un challenge à la constitution de la pensée féministe Noire (Wane, 2004). En effet,

“**Black community in Canada consist of a number of groups, including those who have been in Canada for over two hundred years: African Caribbean and Afro-Latinas/Latinos, continental Africans, and Black Canadians**” (Wane, 2002: 14).

Wane (2002) suggère que la diversité des canadiennes Noires du fait de ces identités et identifications multiples, sont à l’origine des défis rencontrés par le *Black feminism* et la pensée féministe Noire canadienne. Cette dernière propose de créer un cadre théorique qui va au-delà de cette diversité qui tend à morceler l’expérience des femmes Noires canadiennes, en multipliant les pratiques *Black feminist* sensibles à leurs histoires variées.

La multiplication des pratiques permet de décoloniser les modes de pensée tout en créant une conscience critique face à l'oppression :

“The utility of Black feminisms in progressive movements is largely determined by our capacity to illustrate and analyze the intersections and multi-dimensionality of oppression and freedom [...] **We need to contextualize the meaning of resistance and political organizing by understanding space and time in the way that reflect the many intersecting realities of Black Canadian women’s lives**” (Wane, 2002: 45).

Prendergast (2011) propose de lire le *Black feminism* canadien en trois vagues et précise l'importance de prendre en compte l'histoire passée, présente et future des personnes Noires canadiennes afin d'en comprendre l'expérience, et spécifiquement les contributions de celles-ci *dans* et *à* cette historicité. Ces trois vagues se structurent au départ dans le rejet de l'idée de « *sameness* » (1<sup>er</sup> vague), afin de privilégier la notion et l'expérience de « *collectiveness* » et « *cohesiveness* » (2<sup>e</sup> vague), tout en comprenant de manière contemporaine les notions de « *difference* » et de « *diversity* » (3<sup>e</sup> vague). Si ces coupures peuvent encore être élaborées, il n'en est pas moins que, la production et la transmission de ces histoires et expériences comme artefact alimentent la pensée féministe Noire canadienne. Ce qu'il est important de retenir est que ce qui fait la praxis de la pensée féministe Noire *per se*, est essentiellement permise par l'hétérogénéité du groupe *du*, et *par* lequel se construit cette pensée. Sa beauté se constitue essentiellement par le fait qu'elle peut être saisie et réfléchié autant que l'hétérogénéité du fait d'être Noire est intelligible, *we are not, the same* (Prendergast, 2011). La pensée féministe Noire singulière est plurielle autant que le point de vue des femmes Noires (Wane, 2002, 2004) et pose les fondations des théorisations au départ de l'expérience de ces dernières. Depuis près de 40 ans maintenant, le *Black feminism* canadien s'est établi et continue d'évoluer au travers d'une littérature qui s'en va vers une pensée féministe Noire canadienne de plus en plus explicite (Wane, 2004 ; Wane et Massaquoi, 2007 ; Prendergast, 2011 ; Wane, 2013). Pour Wane (2004), la pensée féministe Noire canadienne n'est pas inexistante, elle a simplement été invisibilisée,

“The exclusion of Black women from the sphere of academia reveals their oppression through the Euro-patriarchal production and validation of knowledge. Black women, however, have not been completely silenced. One way in which they have attempted to redress their exclusion has been through the development of a feminist theory that speaks to their situation – Black feminist thought – [...] **Black women's critique of theory has not just involved coming to terms with absences, but also examining the ways in which we have been rendered invisible even when we have been seen.** In other words, meanings and paradigms situated in Black people's

experiences can be applied to rupture and collapse the [in]visible divides that have kept Black people in general – and Black women in particular – in the periphery” (Wane, 2004: 151-152).

### 3.1.2 : La pensée infirmière et la praxis émancipatrice

“Emancipatory approaches, social justice approaches are based on putting yourself with the person who has been made powerless . . . vulnerable. It’s putting yourself there . . . Everything becomes different, and our roles have to be challenged—and changed in some cases”  
**(Killian on emancipatory approaches in Walter, 2017 :234).**

Là où la pensée féministe Noire offre un cadre théorique à la compréhension de l’expérience vécue par les femmes Noires et à leur émancipation, la pensée infirmière elle guide la pratique infirmière. L’invisibilisation de la contribution des femmes Noires au domaine infirmier (Staring-Derks et coll., 2015 ; Jefferies et coll., 2018 ; Jefferies, 2020 ; Stake-Doucet, 2020 ; D’Antonio, 2022) s’insère dans l’invisibilisation des travaux et de l’expérience des femmes Noires soulevée pas les théoriciennes *Black feminist* (Wane, 2004). Selon Jefferies (2020), la profession infirmière s’est construite sur des bases de féminités blanches, portées par des notions telles que la vertu, la pureté ou encore la dignité. Stake-Doucet (2023) en reprennent les propos de Florence Nightingale “to be a good nurse one must be a good woman” (Stake-Doucet, 2023 : 31), ajoute que le soin infirmier s’est auto-caractérisé par des perceptions misogynes qui ont favorisé la considération de « l’invisibilité » et de « l’auto-effacement » comme des traits essentiels à la « bonne » infirmière. D’autres auteur.rice.s font également le constat de l’intersection entre la blanchité et la féminité de la discipline (Bent, 1993 ; Vaughan, 1997 ; Punshon et coll., 2019 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Stake-Doucet, 2023),

“In the interlock of whiteness and femininity, those identifying with this norm are privileged by race and excluded by gender. **These ideologies of whiteness and femininity are evident today in discourses within nursing research** focused on sex and/or gender disparities in pay and career progress that do not deploy analysis of the interlocking of social constructs of racism, classism or naturalization but favor a single-axis analysis” (De Sousa et Varcoe, 2021: 4).

Les infirmières qui ont théorisé la pensée infirmière et qui ont orienté la pratique professionnelle sont donc majoritairement des femmes blanches. Selon Pépin et coll.

(2017), l'orientation de la discipline infirmière vers la pratique professionnelle permet le développement du corpus de connaissances de la discipline qui sert à définir, mais aussi guider la pratique, la recherche, la gestion, la formation et enfin les politiques des soins infirmiers. Les centres d'intérêt de la discipline gravitent principalement, et dépendamment des différent.e.s écoles, paradigmes, énoncés et tendances qui se sont développés et l'ont influencée au cours du temps, autour de 4 concepts « les personnes » (incluant les familles et les communautés), « l'environnement », « la santé » et « soin » –*nursing*–, eux-mêmes dirigés vers la santé publique ou les soins de santé. Pépin et coll., 2017) précisent que les sciences infirmières sont une discipline qui est [supposée être],

« À l'écoute des besoins émergents et changeants de la société en constante transformation. [...] Pour une discipline professionnelle comme les sciences infirmières, l'effort de conceptualisation n'est cependant utile que s'il a pour buts de faire avancer les connaissances pour la pratique et de renforcer la contribution de la pratique infirmière à la santé de la population » (Pépin et coll., 2017 : 4).

Si la discipline est orientée vers la pratique professionnelle, elle doit donc prendre en compte les biais qui entravent l'efficacité de cette même pratique, dans un espace de soins hiérarchisé, intersectionnel et intersectoriel. Ici, il est donc important de se pencher sur le paradigme de la transformation (Kirkham et Anderson, 2002 ; Blanchet-Garneau et Pépin, 2015 ; Pépin et coll., 2017, De Sousa et Varcoe, 2021) associé à un mode de développement de la connaissance en sciences infirmières émancipatoire (Kirkham et Anderson, 2002 ; Geoges, 2005 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Pépin et coll., 2017 ; Walter, 2017). Plusieurs auteur.ice.s dans le champ des sciences infirmières ont fait le constat prégnant de la blanchité – *whiteness* – qui imprègne la discipline (Puzan, 2003 ; Allen, 2006 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Punshon et coll., 2019 ; Bell, 2021, Hantke et coll., 2022). Selon Schroeder et DiAngelo (2010), la blanchité se réfère à,

**“A set of relations that are historically, socially, politically, and culturally produced, and that are intrinsically linked to dynamic relations of white racial domination. This domination is enacted moment by moment on individual, interpersonal, cultural, and institutional levels”** (Schroeder et DiAngelo, 2010 :245).

Cette blanchité impact de manière significative les processus de production du savoir et l'enseignement de la discipline (Campesino, 2008) ; l'accès des personnes Noires et racisées à la formation et leur expérience en formation (Puzan, 2003 ; Hassouneh, 2008 ; Hantke et coll., 2022) ; leur pratique clinique ; leur opportunité d'avancement de carrière

(Allen, 2006 ; Punshon et coll., 2019 ; Waite et Nardi, 2019) ainsi que l'expérience des personnes Noires et racisées bénéficiant de cette pratique (De Sousa et Varcoe, 2021). Ces éléments participent aujourd'hui à un mode de développement de la connaissance en sciences infirmières qui reste, culturellement blanc et eurocentré (Campesino, 2008 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Holland, 2015 ; Stake-Doucet, 2020 ; De Sousa et Varcoe, 2021). Ceci a un effet direct sur les centres d'intérêt de la discipline et sa pratique. Dans la littérature anglo-saxonne, des théories intermédiaires culturalistes ont émergé pour répondre à la multiculturalité grandissante dans le domaine que cela soit du côté des soignant.e.s ou des soigné.e.s (Racine, 2003 ; Allen, 2006 ; Maeir-Lorentz, 2008 ; Blanchet-Garneau et Pépin, 2015). Curtis et coll. (2019) ont recensé près de seize « concepts » faisant référence à la prise en compte de la culture et à la compétence culturelle dans la prédication des soins, et près d'une vingtaine de définitions qui leur sont associées. Pour certain.e.s auteur.rice.s il faut privilégier le terme de « sécurité culturelle » (Racine, 2014 ; Blanchet-Garneau et Pépin, 2015) qui demande de penser de manière critique et de traduire cette pensée critique en pratique quotidienne,

“Anderson (2004) suggests that cultural safety can be understood through the notion of “situated vulnerabilities”. She states that **no one is “immune to the experience of marginalization, dehumanization, and human suffering”** (p. 14) and, furthermore, that the division of human beings along racial lines has ‘dehumanized all of us’” (Racine, 2014: 14).

Curtis et coll. (2019) soulignent justement, de manière claire, que la « cultural competency is limited when it focuses on acquiring knowledge, skills and attitudes, as this infers that it is a ‘static’ level of achievement » (Curtis et coll., 2019: 12). Iels ajoutent l'importance dans l'enseignement et la pratique de la compétence culturelle, de la prise en compte des structures de pouvoir qui traversent et œuvrent dans le domaine de la santé. Une perspective que Hassouneh (2008), Campesino (2008), McGibbon et coll. (2014), ainsi que Walter (2017) soutiennent également. Fortin et Laprise (dans Cagnet et Montgomery, 2007) ainsi que Campinha-Bacote (2002) supposent que la prise en compte de la culture devient une « compétence médicale » comme une autre, si elle est considérée comme un acquis plutôt que comme un processus,

**“By ignoring power, narrow approaches to cultural competency perpetuate deficit discourses that place responsibility for problems with the affected individuals or communities, overlooking the role of the health professional, the health care system, and**

broader socio-economic structures. Inequities in access to the social determinants of health have their foundations in colonial histories and subsequent imbalances in power that have consistently benefited some over others. **Health equity simply cannot be achieved without acknowledging and addressing differential power, in the healthcare interaction, and in the broader health system and social structures (including in decision making and resource allocation)**” (Curtis et coll., 2019:12).

De manière plus pratique et dans une perspective holistique, plusieurs auteur.rice.s ont proposé des théories intermédiaires pour atteindre cette sécurisation culturelle des soins dans le domaine infirmier. Lowe (2002) propose la prise en compte de la théorie de *self-resilience* Cherokee, une pratique majeure dans la conceptualisation de la santé de ce groupe ; Walton et Sullivan (2004) explorent le rôle de la spiritualité dans le soutien aux personnes atteintes du cancer. De même, Dobratz (2016) propose la construction de théories intermédiaires pour une *spiritualité adaptative* à travers une recherche quantitative sur la mesure de la spiritualité en lien avec le bien être. Hunte et coll. (2023) partagent iels, l’expérience des infirmières périnatales Noires et la prédication d’un « *culturally specific perinatal health care* » pour les femmes elles-mêmes Noires. Iels démontrent l’importance des approches « *community based* » et l’impact de la concordance raciale entre praticien et bénéficiaire, sur le soin et la santé de ces dernières.

Ces pratiques restent encore difficiles à implémenter de manière homogène dans l’éducation et la pratique infirmière (Douglas et coll., 2014 ; Walter, 2017 ; Choi, 2008). Favoriser l’implémentation de ces pratiques nécessite d’avoir, selon Holland (2015), une véritable préparation et un engagement des enseignant.e.s/professeur.e.s, qui ont le pouvoir de changer la culture d’enseignement ; de pallier le fait de simplement penser « l’autre » comme culturellement différent (Cognet et Montgomery, 2007) ; et toutes formes d’essentialisation de la culture dans le domaine des sciences infirmières (Blanchet-Garneau et Pépin, 2015). La culture est un concept qui d’ailleurs, peine encore à être cerné et défini du fait de sa complexité (Fortin et Laprise, dans Cognet et Montgomery, 2007 ; Campesino, 2008).

**“Culturalist approaches within nursing reify discourses which other oppressed groups while either ignoring or inadequately focusing on race and racism. Instead of focusing on learning about the Other, nursing needs anti-oppressive approaches which are critical of othering and approaches that seek to change students and society”** (Hantke et coll., 2022: 2).

Georges (2005), Hassouneh (2008), Schroeder et DiAngelo (2010), mais encore Walter (2017) propose d’orienter le paradigme en sciences infirmières vers une praxis émancipatrice. Holland (2015), ainsi qu’Hantke et coll. (2022), iels, suggèrent un tournant plus radical, vers une émancipation portée par des approches anti-oppressives et anti-racistes :

**“We need major paradigm shifts, similar to the shifts to health promotion of the late twentieth century, to bring our programs into alignment with antiracist, anti-oppressive approaches. To prepare for such necessary policy changes, nursing program faculty, staf, and administration will need to be equipped with antiracist education”** (Hantke, 2022: 9).

Dans ce sens, plusieurs auteur.rice.s suggèrent dans cette logique transformative et émancipatrice, l’usage de théories et de méthode postcoloniales et féministes (Bent, 1993 ; Kirkham et Anderson, 2002 ; Racine, 2003 ; Racine et Perron, 2012 ; McGibbon et coll., 2014) afin de promouvoir la justice sociale dans le *nursing* (Jeffries et coll., 2022). Jefferies et coll. (2018), mais également De Sousa et Varcoe (2021) proposent l’usage du *Black feminism* pour décentrer la blancheur dans le domaine et l’usage de l’intersectionnalité comme un paradigme qui permet de penser cette justice sociale en réexaminant les structures de pouvoir à l’œuvre :

**“Black feminist thought is a model of thinking for transformative praxis in nursing. It provides a philosophical lens that aligns with the nursing discipline, develops knowledge and inquiry and can be adopted in nursing education, research, and clinical practice. Black feminist thought deconstructs and reconstructs white liberal feminism by using Black womxn’s experiences as a unique standpoint to examine epistemologies”** (De Sousa et Varcoe, 2021: 7).

Le recrutement des personnes (professeur.e.s, étudiant.e.s ou personnel infirmier) Noires et/ou racisées pallie le manque de représentativité, alimente une « diversité » valorisant la « différence » à travers des discours [multi]culturalistes, mais ne tacle pas le racisme. La blancheur qui règne dans la discipline infirmière et ses structures (Hantke et coll., 2022) impactant largement l’expérience et la rétention des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noires et des infirmières Noires (Bell, 2021). Cette posture est visible au travers des curriculums en sciences infirmières qui restent encore politiquement corrects à l’image de ses institutions (Bent, 1993 ; Bell, 2021 ; Hankte et coll., 2022). La pensée infirmière doit être une praxis critique basée essentiellement sur une pratique et un développement de la connaissance

orientés vers la justice sociale (Walter, 2017) à toutes les échelles éducationnelles, professionnelles, pratiques et relationnelles.

### 3.2 : L'altérité – *otherness* – et les relations au travail dans le domaine de la santé

#### 3.2.1 : Définir l'*espace de soin*

« L'altérité ne peut être que relationnelle »  
(Cognet et Montgomery, 2007 :9).

Selon Bent (1993), le *nursing* est une profession, contextuelle, interactive et humaine. Pour Walter (2017), implémenter une praxis émancipatrice en engageant les infirmières dans la recherche de la justice sociale s'insère dans deux contextes : **(a)** réflexif et le **(b)** relationnel. Quand le premier **(a)** dépend des [pré]dispositions (éducation, capacité autoréflexive, etc.) de chaque infirmière à penser le rôle qu'elles jouent sur le maintien des structures de pouvoir par le biais de leur pratique ; **(b)** l'aspect relationnel les met en interaction avec leur environnement et ceux qui le pratiquent :

**“The relational context consisted of the myriad relational realms for engaging in social justice. These berths of engagement included individual, group, organizational/institutional, community, national, and international/global contexts. Participants could engage in social justice within a singular context or across contexts and, therefore, had the potential to knowingly (or unknowingly) impact multiple contexts simultaneously”** (Walter, 2017: 236).

Ici nous nous concentrons sur l'importance de ce contexte relationnel et interactionnel qui participe à la construction de « l'espace de soin ». Afin de définir le concept « d'espace de soin », j'associerai les perspectives de Reid et coll. (2005) et Fortin et Laprise (2007 dans Cognet et Montgomery, 2007), soit **(a)** le modèle du système de santé à quatre niveaux et **(b)** la conceptualisation de l'espace clinique comme : « un espace social et relationnel où, les normes, les valeurs et les modèles professionnels, sociaux et culturels se rencontrent » (Fortin, Laprise, dans Cognet et Montgomery, 2007 : 192).

Dans un article proposant de se pencher sur l'identification des applications en ingénierie des systèmes qui pourraient participer à l'amélioration de la qualité et de la prestation des soins de santé, Reid et coll. (2005) sur la base du modèle de Ferlie et Shortell (2001) proposent, un modèle du système de santé à quatre niveaux. Ce modèle, en rejoignant les protagonistes du contexte relationnel identifié par Walter (2017) ainsi que les « centres d'intérêt » de la discipline identifiés par Pépin et coll. (2017) se compose du (1) **patient-individu** ; (2) de l'**équipe de soin** constitué principalement des professionnels de la santé, des membres de la famille et toute autre partie concourant à la prédication du soin ; (3) de l'**organisation**, c'est-à-dire l'établissement dans lequel opère le soin (hôpital, clinique, maison de retraite, etc.) ; et (4) de l'**environnement politique et économique** qui agit sur les performances des organisations de soins de santé.

L'espace de soin se constitue de l'ensemble de ces niveaux. Selon Fortin et Laprise (2007 dans Cognet et Montgomery, 2007), cet espace de soin, clinique, est un espace relationnel et social où l'altérité – *othering* – opère. Le concept, et les discours sur l'altérité dans la discipline infirmière ont largement évolué entre les années 1990 et 2010 (Canales, 2000, 2010 ; Roberts et Schiavenato, 2017). Canales (2010) précise que l'altérité peut être portée vers l'exclusion des « autres » ou leur inclusion. Nonobstant, elle souligne que dans la littérature, l'altérité comme forme d'exclusion de « l'autre » domine :

“Exclusionary othering ‘often uses power within relationships for domination and subordination’ with the potential consequences being alienation, marginalization, decreased opportunities, internalized oppression, and exclusion. **Exclusionary othering is ‘often influenced by the visibility of one’s otherness’ and includes such personal attributes as skin color, accent, language, physical abilities, and gender.** It is these ‘stigmatizing features’ that are immediately apparent and construct one’s identity as other. **Their otherness is signified by their relational differences**; when compared to the ‘ordinary’ and ‘natural’ attributes of persons perceived as socially acceptable, they appear different” (Canales, 2010: 19).

Premièrement et au regard des identités multiples (professionnelles et sociales) qui façonnent l'espace de soin (Cognet et Montgomery, 2007 ; Cognet 2001, 2004, 2010), les relations d'altérité prennent un sens particulier dans un espace où l'interaction, le rapport à l'autre et au corps (physique et social) est essentiel à la pratique et au travail infirmier. De plus, dans les deux composantes de l'altérité, exclusive ou inclusive (Canales, 2000, 2010 ; Roberts et Schiavenato, 2017), le processus d'altérisation peut être associé aux

mécanismes qui favorisent le racisme dans l'espace de soin (Cognet 2004 ; Campesino, 2008 ; Hall et Fields, 2013 ; Cognet et Carlier, 2018 ; De Sousa et Varcoe, 2021).

Deuxièmement, si ces relations d'altérité prennent place dans un espace de soin (Cognet et Montgomery, 2007) qui est composé de plusieurs parties (Reid et coll., 2005 ; Blanchet-Garneau et Pépin, 2015 ; Walter, 2017) il implique des hiérarchies propres aux titres et aux professions, c'est-à-dire au sein même de la profession infirmière et plus largement à l'équipe de soin à travers les rapports inter/intra professionnels ; des hiérarchies qui s'établissent dans la pratique du soin à travers la relation du donneur et du receveur de soin ; et enfin une « hiérarchie » de tous les individus qui composent cet espace, impulsé, véhiculé et maintenu par l'organisation, l'environnement politique, social et économique, au regard des processus d'altérisation et de la présence du racisme dans le système de santé (Cognet et Montgomery, 2007 ; Das Gupta, 2009 Curtis et coll., 2019 ; Cognet et Carlier, 2018 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Beagan et coll., 2023).

Enfin, dans le cadre de cette recherche nous nous intéressons à l'expérience des infirmières Noires en analysant leurs vécus et leurs expériences dans cet espace de soin, à travers leurs relations et interactions avec leurs collègues, leur patient.e.s, la famille et les proches de leur patient.e.s, l'organisation et l'environnement dans lequel elles évoluent. Ceci permet d'explorer deux des relations essentielles à l'espace de soin soient, les relations soignant.e.-soigné.e et soignant.e-soignant.e. Les infirmières Noires dans cette étude sont incluses dans la catégorie soignant.e dans la mesure où les relations dans l'espace de soin est *de facto* interrelationnel, inter et intra-professionnel.

### 3.2.2 : Définir le rapport soignant.e-soigné.e dans l'espace de soin

“Nurses and ancillary staff are on the front lines of patient care [...], they feel the effects of our willingness to accept a wide range of behaviors from patients every day”  
« *When the patient is racist* » (Chen, 2013: sp).

Selon Pépin et coll. (2017), le *caring* est l'un des concepts centraux de la discipline infirmière si ce n'est, son essence. Ce concept à l'origine d'une école de pensée qui influence les différents paradigmes de la discipline s'insère principalement dans le paradigme de la transformation. Il se traduit selon Benner (2000) par : « l'ensemble des actions et des intuitions qui permettent à l'infirmière, par exemple de déceler de façon subtile les signes d'amélioration ou de détérioration chez la personne. Le *caring* signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances son mode de vie et sa culture » (Pépin et coll., 2017 : 71). Les autrices continuent en précisant les différentes perspectives qui contribuent à la constitution du *caring*, soit, le « *soin humain* » développé par Watson, en référence à l'idéal moral de *caring* qui gravite autour du soin, d'amour de soi et des autres. Pour Watson, la relation de *caring*, est une relation qui est avant tout humaine ; le « *soin transculturel* » développé par Leninger, en référence à la prise en compte de la culture dans la pratique du soin afin de favoriser la santé et le bien-être des personnes concernées ; et le « *nursing as caring* » suggéré par Boykin et Schoenhofer, qui affirment que le *caring* va bien au-delà de l'aspect professionnel du soin infirmier, car il nécessite que « l'infirmière entre en relation avec l'autre avec l'intention de comprendre son potentiel de *caring* et c'est grâce à cette compréhension que prennent place la décision et l'intervention en soins infirmiers » (Pépin et coll., 2017 : 76).

Pépin et coll. (2017) soulignent la proposition de la théorie intermédiaire du *caring* critique pour la pratique infirmière orientée vers la santé publique définie par Falk-Rafaël (2005). Falk-Rafaël (2005) associe le *caring* critique – *empowered caring* – à “a way of being, choosing, knowing, and doing (ontology, ethics, epistemology, and praxis)” (2005: 41). Cette perspective rejoint les propositions de Hassouneh (2008), Blanchet-Garneau et Pépin (2015), Walter (2017), Bell (2021) ainsi qu'Hunte et coll. (2023), sur l'importance de la réflexivité liée à la pratique infirmière dans la volonté d'impulser le changement et la

justice sociale dans le domaine et le travail infirmier (Douglas et coll., 2014 ; McGibbon et coll., 2014 ; Walter, 2017 ; De Sousa et Varcoe, 2021).

La définition des centres d'intérêt de la discipline, mais surtout, le développement des théories intermédiaires sur les concepts visant à considérer la culture dans la pratique infirmière par des auteur.rice.s issues des groupes minorisés ont alimenté le champ de recherche sur les soins de santé culturellement adaptés (Lowe, 2002 ; Choi, 2008 ; Hunte et coll., 2023). Ajouté à cela, l'ensemble des éléments expliqués ci-dessus contribue à la compréhension, au développement et à la promotion du « focus » sur le [soin du] patient, « *patient-centred care* » (Brown et coll., 2017 ; Smith et coll., 2022). Le soin orienté vers le patient représente à travers le *caring*, l'une des relations qui fondent la discipline infirmière. Au regard de cette perspective, on nommera la relation qui s'établit entre les soignant.e.s dont l'infirmière et le.la patient.e soigné.e, la relation soignant.e - soigné.e.

La relation de soin entre soignant.e et soigné.e dans le cas d'une analyse sur le racisme peut se lire selon deux axes : celui ou le.la soignant.e est Noir.e ou racisé.e (Cognet, 2004 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Iheduru-Anderson, 2021a) et celui ou c'est le.la patient.e qui est Noir.e ou racisé.e. En effet, les principales relations de racisme analysées dans les métiers du soin sont celles établies à travers le rapport soignant.e racisé.e/soigné.e blanc.he et/ou soignant.e blanc.he/soigné.e racisé.e (Cognet, 2004 ; Capozzi et Rhodes, 2006 ; Cognet et Carlier, 2018 ; Dryden et Nnorom, 2021). Lorsqu'il s'agit de traiter de la question des patient.e.s racisé.e.s victimes de traitements racistes, il est bien souvent fait mention des disparités d'accès aux soins de santé et d'une pratique du soin inégalitaire (Van Ryn et Fu, 2003 ; Hall et Fields, 2013 ; Rasmussen et Garran, 2016 ; Boyer, 2017) dans le cadre large du racisme systémique.

Les métiers du soin induisent un rapport à l'autre et au corps, entraînant des possibles incidents racistes de la part de soigné.e.s blanc.he.s envers des soignant.e.s et soigné.e.s Noir.e.s et racisé.e.s. En effet, Bertossi et Prud'Homme (2011) soutiennent que « la relation de soin est perturbée par les usages de catégories raciales et ethniques généralement considérées comme illégitimes dans ce contexte institutionnel, mais que ces perturbations

n'empêchent pas la réalisation du soin, priorité des professionnels de santé » (2011 : 49). Une telle affirmation signifie que, bien que la relation soit obligatoire et nécessaire, le racisme n'est qu'un élément « perturbateur » qui n'empêcherait pas la pratique du soin. Cagnet (2004) précise que, « le soin plus qu'un devoir est une obligation » (2004 :4). Néanmoins, l'aspect parfois clientéliste des métiers du soin place en second plan le la soignant.e notamment lorsqu'il.elle est Noir.e ou racisé.e — reflétant l'adage selon lequel le client est roi — (Cagnet, 2004 ; Cagnet et Montgomery, 2007 ). L'éthique de la santé en lien avec la pratique infirmière contraint les soignant.e.s Noir.e.s et racisé.e.s à agir et traiter l'incident en conséquence sans prendre en compte les éléments « perturbateurs ». Cette orientation imposée par la profession et de ce fait l'organisation invisibilise, banalise et tolère les incidents et les actes racistes perpétrés dans le cadre d'une pratique de soin (Cagnet, 2004 ; Cagnet et Carlier, 2018) tout en perpétuant les rapports de pouvoir, de domination et de subordination dans le soin. Pour Cagnet (2004), « le fait qu'un soigné s'autorise à refuser tel.le ou tel.le soignant.e à cause de sa couleur de peau découle ni plus ni moins, de l'admission du racisme et de la discrimination existant à chaque palier de la société » (2004 : 11). La privatisation des secteurs du soin (Cagnet, 2004) y est directement liée : satisfaire les attentes du client est la priorité après l'administration des soins nécessaires. Bien entendu, l'attente du « client » peut aussi dépendre du type de système dans lequel le soin se fait, public (lié à l'universalisation des soins de santé) ou privé,

« La relation entre eux [les soignant.e.s] et les soigné.e.s s'inscrit dans un rapport social qui peut aisément dépasser le cadre de l'intervention et du *caring* en s'étirant sur un continuum de subordination où dans les cas extrêmes, **les rôles s'inversent entre une relation intervenant/malade et celle de domestique/employeur** » (Cagnet, 2001 : 107).

### 3.2.3 : Définir le rapport soignant.e-soignant.e dans l'espace de soin

“Significant proportions of non-white nurses, particularly Black and Asian Canadians, perceived that their race, ethnicity, colour affected their relationships with their colleagues.  
(Das Gupta, 2009: 76)

Similairement à la relation soignant.e-soigné.e, les relations entre soignant.e.s doivent être considérées. Cette relation entre soignant.e.s participe à la construction de l'espace de soin (Fortin et Laprise, dans Cognet et Montgomery, 2007) et au *design du soin* (Pépin et coll., 2017). Reid et coll. (2005), définissent l'équipe de soin –*care team*– comme un groupe qui,

**“Consists of the individual physician and a group of care providers, including health professionals, patients family members, and others, whose collective efforts result in the delivery of care to a patient or population of patients.** The care team is the basic building block of a ‘clinical microsystem’, defined as the smallest replicable unit within an organization [or across multiple organizations] that is replicable in the sense that it contains within itself the necessary human, financial, and technological resources to do its work” (Reid et coll. 2005: 21)

Iels précisent que pour que le soin soit centré sur le patient, il faut que dans la recherche du bien-être de ce dernier, une communication et une collaboration effective soient mises en œuvre entre le.la soignant.e et le.la patient.e, mais également que le.la soignant.e puisse faire le lien entre le.la patient.e et le reste de l'équipe de soin donc avec les autres soignant.e.s. Pépin et coll. (2017) soulignent, elles, l'importance de cette collaboration dans le *design du soin*. Cette collaboration, comme soutenue par Reid et coll. (2005) est avec les patient.e.s et leurs familles, avec l'équipe des soins infirmiers et les autres professionnelles de santé. Cooper Brathwaite et coll. (2023) définissent cette collaboration à travers le concept de « *colleague solidarity* », une composante selon elles essentielle à la bonne prédication des soins, mais surtout à rétention des infirmières en emploi. Justement, Das Gupta (2009) souligne que la race, l'ethnicité ou la couleur de peau peuvent fortement affecter les relations et les rapports entre collègues. Elle précise que “given that nursing is highly oriented to teamwork, negative relationship with colleagues can have serious consequences in terms of work environment and workload” (Das Gupta, 2009: 77)

Considérant l'espace de soin comme un espace d'altérisation, « proche ou lointain, culturel ou ethnique, social, national, générationnel, professionnel ou sexuel » (Kanouté et coll., 2007 dans Cognet et Montgomery, 2007 : 247), si le racisme s'établit dans les rapports soignant.e-soigné.e et inversement, à travers la relation de soin, il s'insinue aussi dans la relation professionnelle soignant.e-soignant.e. Une perspective que Vaughan (1997) analyse dans la construction du racisme dans les soins infirmiers à travers la condition des infirmières Noires. Contrairement à Das Gupta (2009), Cognet (2001) ne souligne pas directement le rapport raciste entre professionnels de la santé, mais elle soulève une question importante : l'impact des enjeux ethno-raciaux sur les relations interprofessionnelles. L'objectif de Cognet (2001) dans cet article est d'investiguer « les différentes variables identitaires qui s'intersectionnent et/ou se substituent aux identités professionnelles » (2001 : 102). Ces auteur.rice.s soulignent la place importante que peut prendre les rapports interethniques et le racisme dans les relations professionnelles (Cognet, 2004, 2010 ; Das Gupta, 2009). Le.la soignant.e n'est pas racisé.e qu'aux yeux du.de la soigné.e non racisé.e, iel l'est aussi aux yeux des soignant.e.s non racisé.e.s, blanc.he.s.

Les métiers du soin sont par définition hiérarchisés (Cognet, 2001 ; Das Gupta, 2009 ; Bertossi et Prud'Homme, 2011 ; Aubry, 2016 ; Beagan et coll., 2023 ). Si on croise à cette hiérarchisation les questions interethniques, il est évident que des rapports de domination et de subordination considérant le genre, la race ou encore la classe peuvent se [re]produire. La dévalorisation de l'identité professionnelle des infirmières peut très souvent aller de pair avec la dévalorisation de leur identité sociale Noire ou racisée (Cognet, 2001, 2004). Il est donc tout à fait légitime de parler d'un rapport soignant.e-soignant.e pour comprendre et identifier non seulement des formes de racisme, mais aussi les effets de ces derniers sur les travailleur.euse.s du soin Noir.e.s ou racisé.e.s. Par ailleurs, ce rapport est majoritairement absent des études empiriques. Les soignant.e.s Noir.e.s et racisé.e.s se retrouvent à gérer des relations imprégnées de racisme tant avec les soignant.e.s qu'avec les soigné.e.s. Ces rapports sont importants à prendre en compte, car ils permettent une lecture complète des relations par lesquelles transit le racisme dans l'espace de soin.

### 3.3 : Les types et niveaux d'opérations du racisme

#### 3.3.1 : Le racisme systémique

“How can I define White privilege? It’s so difficult to describe an absence. And white privilege is an absence of the negative consequences of racism. An absence of structural discrimination, an absence of your race being viewed as a problem first and foremost an absence of ‘less likely to succeed because of my race’”  
**(Eddo-Lodge, 2017 :86).**

Plusieurs auteur.rice.s s'accordent sur la présence du racisme et l'imprégnation de la blancheur dans la discipline et la profession infirmière. Il se définit selon Williams (2021a) comme, « a system of beliefs, practices, and policies that operate to advantage those in the dominant racial group » (2021a: 881). Ce dernier s'insinue et structure les espaces de formation, les organisations et par extension l'espace de soin à travers des relations et des interactions, au même titre qu'il s'insinue et structure la société. La construction et le fondement du racisme systémique s'établissent largement sur la normativité, la suprématie et le privilège blancs qui ont posé les bases de la société canadienne (Benjamin, 2003 ; Johnson et Aladejebi, 2022). Le terme racisme systémique tente donc de définir l'essence de ces différents mécanismes. En effet, le racisme opère à plusieurs niveaux, il est systémique.

Il est essentiel de comprendre l'ensemble de ces niveaux de structurations et la manière dont ils interagissent entre eux, afin de saisir de comment ils façonnent l'expérience quotidienne des infirmières Noires dans un espace de soin qui est lui-même interactif, hiérarchisé et structuré. Dans ce dernier, et plus largement dans le domaine de la santé incluant la profession infirmière, l'expression du racisme peut donc se faire à l'échelle « interpersonnelle », « institutionnelle », « organisationnelle » et « structurelle », « systémique » (Nickel et coll., 2018 ; Beagan et coll., 2023 ; Cooper Brathwaite et coll., 2023). Dans une récente étude qualitative, Beagan et coll. (2023) suggéraient que l'expérience de racisme vécue par les infirmières Noires et racisées dans le domaine et la profession infirmière relève d'une interaction entre plusieurs niveaux d'opération du racisme qui s'intersectent les uns avec les autres. Il existe à ce jour, de nombreuses

définitions du racisme et les terminologies et niveaux d'opération qui lui sont associés sont souvent utilisés de manière interchangeable (Lawrence et Keleher, 2004 ; Dryden et Nnorom, 2021 ; Braveman et coll., 2022). Associés à leur caractère « subtil », ces confusions participent largement à sa difficile définition. Dryden et Nnorom (2021) définissent le racisme « systémique » de manière interchangeable avec le racisme « structurel » et « institutionnel » comme des :

« **Procédés s'inscrivant dans les lois et règlements (locaux, provinciaux et fédéraux), les politiques et les pratiques d'une société et de ses institutions** qui avantagent des groupes raciaux considérés supérieurs et discriminent par l'oppression, le désavantage ou toute autre forme de négligence d'autres groupes considérés inférieurs » (Dryden et Nnorom, 2021 : 430).

Fleras (2022) suggère que le racisme « structurel » se distingue en deux niveaux, soit (a) le racisme institutionnel et (b) le racisme infrastructurel. Il définit le premier comme faisant référence à “the entrenchment of white power and privilege through racialized practices at the level of organizational design, dynamics, and outcomes. Expressions at institutional levels typically fall into the systemic and systematic category” (Fleras, 2022: 126) ; et le second comme une construction sociétale racialisée au travers des infrastructures physiques et matérielles qui a volontairement été faite au détriment et aux dépens des populations minorisées. Il place le racisme « institutionnel » comme équivalent au racisme systémique, qu'il différencie de ce qu'il nomme le racisme systématique, en référence un racisme délibéré et inadvertant qui a un temps, légalement, au travers de l'État et des institutions, empêché les personnes racisées et minorisées de participer pleinement à la vie sociétale et institutionnelle. Dans ce sens, pour lui, le racisme systémique va au-delà de son aspect « institutionnel » à l'origine de préjugés d'individus qui se sont normalisés et ont imprégné le système,

“Systemic racism not only consists of those hidden biases and barriers embedded within institutional structures that deny, exclude, or exploit, without much awareness or intent (Ifill, 2020). **It may also connote a racism that is routine and normal, largely impersonal, reflective of consequences rather than deliberate intent, ingrained in the fundamental principles of the constitutional order,** lodged within foundational structures of society, and often indistinguishable from the normal functioning of societal institutions” (Fleras, 2022: 130).

De plus, il ajoute que ce dernier produit des normes et des règles qui ne sont pas intentionnellement orientées sur la haine et l'exclusion des personnes racisées, mais, sous

leurs aspects en apparences neutres, favorisent les personnes blanches, en défavorisant de manière « involontaire » ou du moins « inconsciente » les personnes racisées. Cooper Brathwaite et coll. (2023) soulignent que ce système fonctionne de diverses manières pour maintenir et renforcer la subordination des personnes racisées dans la société. Les définitions proposées par Ugiagbe et coll. (2023) en référence au racisme structurel et institutionnel rejoignant les définitions et perspectives de Dryden et Nnorom (2021) ainsi que celle de Fleras (2022) :

**“Structural racism to refer to the systematic exploitation of ethnic minority communities, which leads to material disadvantage; institutional racism relates to racism in institutional settings, political or social forces or influences, which reproduce racism through policies and practice, unconsciously or consciously”** (Ugiagbe et coll., 2023: 2).

L'usage du terme systémique pallie les carences de l'une ou de l'autre des terminologies – structurel ou institutionnel – à traduire de manière explicite la domination et la subordination des personnes Noires et racisées. De même certain.e.s auteur.rice.s dont Cognet (2004), Sala Pala (2010) et Dhume (2016), critique l'usage du terme « institutionnel » tant il donne à croire que ce type de racisme est dénué « d'acteur », donc de responsable. En effet,

**« Le racisme institutionnel n'est pas défini par un contenu idéologique spécifique. Il n'est pas défini non plus par une intention de nuire et d'exclure, puisque **sont considérés comme constitutifs de racisme institutionnel tous les processus institutionnels, matériels et symboliques, qui, intentionnellement ou non, ont pour résultat la production ou la perpétuation d'inégalités ethniques** »** (Sala Pala, 2010 : 34).

D'emblée, il exclurait les interactions basiques du quotidien racialement chargées. Essed (1991) proposait une conceptualisation du racisme comme un processus social, au-delà de la dichotomie micro-interpersonnelle et macro-système qui combine les règlements, lois et procédures en elle-même ainsi que les individus qui les créent et les mettent en œuvre. Il s'agit selon elle, d'une question de « positions et de relations différentes à travers lesquelles le racisme opère » (1991 : 36, traduction libre). Pour Dunezat (2016), dans une perspective constructiviste, le racisme doit être pensé extensivement, en combinant ses aspects à la fois idéologiques, cognitifs et pratiques. L'individu ne peut être placé en dehors de l'institution et du système (Essed, 1991).

### 3.3.2 : Le racisme organisationnel

« Le « *racisme organisationnel* » est le racisme qui reste dans la culture de nos organisations après que les racistes aient fini d'en empester les structures » (Boiserond,2022 : sp)<sup>20</sup>.

Rarement utilisé, le terme de racisme organisationnel peut se confondre avec le racisme considéré comme institutionnel et structurel. Les recherches sur le concept ont offert très peu de résultats sur la définition et l'opération de cette forme de racisme. Dans son article, *The Blind Spot": Racism and Discrimination in the Workplace*, Candy Khan (2006) s'intéresse au racisme organisationnel à la suite du recrutement massif de travailleurs étrangers pour pallier le manque de main-d'œuvre dans le secteur économique à Edmonton (Alberta). Elle associe ce racisme directement au racisme opérant dans le milieu de travail. Si l'on refait référence au concept d'espace de soin, et des 4 niveaux du système de la santé proposé par Reid et coll. (2005), ce racisme découle du troisième niveau en référence à « l'organisation », c'est-à-dire, l'établissement dans lequel le soin se donne (hôpital, clinique, maison de retraite, etc.).

En se basant sur les propos de Lopes et Thomas (2006), elle définit le racisme organisationnel comme une forme de racisme intériorisé qui s'étudie au travers de « comment “white power and privilege work in the ordinary, daily moments of organizational life” (Khan, 2006 : 63). Dans le même temps, le privilège blanc, participe à un aveuglement des pratiques de racisme au niveau organisationnel (Lopes et Thomas, 2006). Khan (2006) souligne que le manque de reconnaissance du concept de racisme organisationnel et de son existence ne facilite le dialogue lié aux enjeux de race, logiquement sensés émerger dans des milieux de travail diversifiés.

**“Denial of organizational racism exists perhaps to avoid guilt, ownership and responsibility and in fact, may be a backlash. Whites are now being seen as the new victims, consequently equity programs are perceived as a nuisance and a new discourse is emerging, called ‘reverse discrimination’, [...] it’s the ‘code of silence’ and ‘White solidarity’ that keep people from exposing wrongdoings” (Khan, 2006: 63).**

---

<sup>20</sup> Boiserond (2022) « le racisme qui reste quand les racistes sont fatigués » <https://fredericboiserond.com/2022/04/02/le-racisme-qui-reste-quand-les-racistes-sont-partis/>

Le déni du racisme organisationnel sous-tendu par une culture et une solidarité blanches participe également à faire passer le racisme dans les organisations pour « subtil », « inaperçu » ou « inexistant » quand il s'épanouit clairement dans le milieu de travail. Pour Thomas et Lopes (2006), cet aveuglement sur l'existence du racisme est du fait des personnes blanches, les personnes qui le perçoivent elles, le vivent et le ressentent. De plus, l'absence de dialogue des organisations concernant l'impact du racisme sur les politiques et les relations sociales au travail remet en cause, selon Khan (2006) les questions liées à la diversité et à l'équité en emploi, précisément l'équité raciale (Lopes et Thomas, 2006). Khan (2006) suggère que,

**“Organizational racism is a result of the mere operation of established procedures of recruitment, hiring and promotion. The discrimination is then reinforced by the very exclusion of the disadvantaged group and exclusion results from ‘natural’ ‘forces’”** (Khan, 2006 :64).

Ce niveau d'opération de racisme pourrait être situé entre le niveau le racisme systémique (structurel et institutionnel) et le racisme interpersonnel. Il se différencie du racisme systémique dans la mesure où l'opération et la perpétuation de ce dernier sont intrinsèquement liées à une organisation et au concept de « culture d'entreprise ». Pour Agocs et Jain (2001), le racisme organisationnel se traduit par une opérationnalisation du racisme systémique dans la culture de l'organisation concernée. Elles suggèrent deux niveaux de lecture de ce racisme, soit (1) à l'embauche et (2) en emploi. Selon Lopes et Thomas (2006), ces procédés sont les raisons pour lesquelles les enjeux de racisme remettent en question l'idée culture organisationnelle. Karjalainen (2010), en tentant de comprendre si la culture d'entreprise – de l'organisation – permet de surmonter les différences interculturelles, au regard d'une société de plus en plus multiculturelle, définit la culture d'entreprise comme, « un mode de pensée et d'action habituel, plus ou moins partagé, et qui doit être appris et accepté. Cette idée sous-entend qu'il existe dans le fonctionnement normal des rapports de travail en entreprise une part d'habitudes plus ou moins rationnelles et conscientes, dont l'origine n'est pas précisée » (Karjalainen, 2010 : 43). Cette dernière favoriserait donc, l'intégration des individus, leur adaptation et leur reconnaissance dans cet environnement de travail sans discriminations (Lopes et thomas, 2006 ; Karjalainen, 2010, Tisserant dans Bernaud et coll., 2016). Bernaud et coll. (2016)

souligne l'importance de la bienveillance professionnelle dans la culture organisationnelle, qu'ils traduisent comme,

**« Un objectif permanent et partagé par les différents membres de l'organisation, elle correspond à une manière d'être, d'agir et de réagir aux situations individuelles ou collectives rencontrées dans une optique affirmée de bien traiter autrui, de le considérer et de le reconnaître, et par la même, favoriser le fonctionnement harmonieux des groupes et des organisations, elle s'appuie donc sur toute action individuelle et/ou collective orientée dans ce but »** (Bernaud et coll., 2016 : 3).

Selon les auteur.rice.s, ce concept sous-tend une logique de réciprocité dans les hiérarchies professionnelles à la fois verticales et horizontales, c'est-à-dire dans les différents rapports professionnels qui s'établissent au sein de l'organisation. Une culture organisationnelle raciste [re]produit le racisme organisationnel et impacte la bienveillance, mais surtout le bien-être des travailleur.euse.s concerné.e.s. Cette forme de racisme implique de se pencher sur les rapports entre l'organisation et les travailleur.euse.s. Beagan et coll. (2023) dans la même perspective qu'Agocs et Jain (2001), associe ce racisme au niveau organisationnel comme une conséquence du « racisme institutionnel » donc systémique. En prenant l'exemple des infirmières Noires, elles précisent que,

**“Institutionalized racism also plays out through workload allocation, with racialized nurses disproportionately relegated to the ‘heaviest’ units, such as acute and chronic care, while relatively absent in specialty units. They may be subject to higher levels of surveillance and discipline”** (Beagan et coll., 2021: 197).

La structuration des tâches *par* et *dans* l'organisation lorsqu'elle est teintée de racisme se fait en défaveur des personnes Noires et racisées au regard de la blancheur qui imprègne l'organisation. Comprendre l'expérience vécue de racisme des infirmières Noires au travail nécessite donc de prendre en compte ce concept pour saisir la manière dont le racisme structure les conditions d'exercice de ces dernières.

### 3.3.3 : “ *Everyday racism* ” et le racisme interpersonnel

“Everyday racism is racism, but not all racism is everyday racism”  
(Essed, 1991: 3).

Le racisme interpersonnel représente la forme de racisme qui implique une interaction, verbale ou non entre un ou plusieurs individus. Ce racisme prend forme au niveau micro-expérientiel et peut-être à la fois flagrant ou plus « subtil ». Selon Beagan et coll. (2023), ce racisme s’insinue dans les relations au travail, soit dans le rapport soignant.e-soigné.e, soit dans le rapport soignant.e-soignant.e (personnel soignant et manager). D’un point de vue conceptuel, Essed (1991) ne distingue pas les expériences individuelles (à l’origine de l’interpersonnel) et systémiques. Rejoignant la perspective développée par Beagan et coll. (2023), il est nécessaire pour elle de les penser ensemble afin de saisir les dynamiques de pouvoir à l’œuvre. Elle précise que, “in our everyday lives sociological distinction between ‘institutional’ and interactional” between ideology and discourse and between ‘private’ and ‘public’ sphere of life merge and form a complex of social relations and situations” (Essed, 1991: 3). Aussi, dans la perspective de Bonilla Silva (1997), la lecture du racisme au travers de chacun de ses niveaux d’opération pris isolément n’offre pas un cadre conceptuel rigoureux pour lire une société racialement stratifiée. Une perspective déjà soutenue par Brandt (1986), Bobo et Fox (2013) ainsi qu’Ong (2021), qui précise que le racisme interpersonnel participe justement au renforcement des pratiques institutionnelles légales qui maintiennent un système de pouvoir inégalitaire. Dans sa critique des perspectives structurelles sur le racisme, Essed (1991) souligne que, pour obtenir une définition opérationnelle du racisme, il est essentiel de prendre en compte les propriétés macro-système du racisme, mais également les inégalités micro-expérientielles.

Selon elle, « le racisme individuel » perpétré par les individus est une contradiction en elle-même tant, la notion ne considère pas que le racisme prend sa source et s’établit dans des relations de pouvoir et de domination d’un groupe sur un autre. Associer le racisme interpersonnel quotidien à du racisme individuel et individualisé viendrait à réaffirmer que les « acteurs » sont individuellement racistes. Nonobstant, le pouvoir et le privilège ne sont pas individuellement détenus par un ou plusieurs individus. En se basant sur la définition du pouvoir d’Arendt (1970) et de Lukes (1974), elle précise que ce pouvoir, qu’il soit

effectivement mis en pratique ou non affecte les personnes vers qui il est dirigé sans nécessairement que les personnes qui l'exercent et ceux vers qui il est dirigé ne s'en rendent compte. Paradies (2006) précise que cette distribution inéquitable du pouvoir dans un système social racialisé peut prendre des formes différentes selon les niveaux d'opération du racisme. Effectivement, « group power can only empower individuals when they have a sense of group membership. Therefore, it is necessary to keep alive a permanent sense of 'us' (dominant group) as opposed to 'them' (dominated groups)» (Essed, 1991: 41). Beagan et coll. (2023) soulignent que l'expérience vécue du racisme interpersonnel reste la plus flagrante et la plus « saisissable ». Elles ajoutent que cette caractéristique vient faussement justifier l'idée que le racisme ne peut être perpétré que par des individus « isolés » et non par le système au niveau sociétal. Selon Bonilla Silva (1997) cela signifierait que,

“If racism is not part of a society but is a characteristic of individuals who are ‘racist’ or ‘prejudice’ that is, racism is a phenomenon operating at the individual level-then (1) **social institutions cannot be racist and (2) studying racism is simply a matter of surveying the proportion of f people in a society who hold "racist" beliefs**” (Bonilla Silva, 1997: 467).

Les composantes « quotidienneté » et « interaction » sont dans cette forme de racisme important à prendre en compte, pour dégager les [re]productions du pouvoir à l'échelle interpersonnelle et expérientielle. En 1986 Brandt (1986) propose le concept de racisme interactionnel qui, selon lui, associé au racisme institutionnel, constituait le racisme systémique. D'après Essed (1991), ce dernier n'a pas défini de manière claire à quoi ce concept ne correspondait ni comment ce concept venait pallier la dichotomie acteur/structure, individu/système ou en encore le niveau d'analyse micro/macro sociologique. Néanmoins, il proposait le concept de “*day-to-day interaction*” (Brandt, 1986 : 34) traduisant, selon lui, la réalisation systémique du racisme institutionnel. Sa proposition rejoint le concept de “*everyday*” d'Essed qu'elle définit comme “the world in which we are located physically and socially [...] the content and structure of everyday life are not necessarily the same for all individuals on society” (Essed, 1991:47).

Dans sa définition de ce qu'il nomme le racisme 3.0, Fleras (2016, 2022) suggère que le racisme interpersonnel est essentiellement expérientiel et ne peut être saisi que du point de vue subjectif des personnes qui l'expérimente. Il suggère que la quintessence de ce racisme

sont les micro-agressions. Ce terme a originalement été proposé par le Psychiatre Chester Pierce en 1970 afin de définir l'expérience d'oppression quotidienne vécue par les Afro-Américains (Williams, 2021a, 2021b). Selon Sue et coll. (2007),

**“Microaggressions are brief, everyday exchanges that send denigrating messages to people of color because they belong to a racial minority group. In the world of business, the term “microinequities” is used to describe the pattern of being overlooked, underrespected, and devalued because of one’s race or gender. Microaggressions are often unconsciously delivered in the form of subtle snubs or dismissive looks, gestures, and tones. These exchanges are so pervasive and automatic in daily conversations and interactions that they are often dismissed and glossed over as being innocent and innocuous” (2007: 273).**

Ces micro-agressions font partie intégrante du racisme ordinaire latent :

**“Fleeting, casually delivered, and often unintentional, expressions of microaggression can assume different dimensions – racist, sexist, classist, ageist, or ableist – in reinforcing stereotypes and marginalizing minorities. The concept itself refers to those daily encounters and expressions that superficially look innocuous enough but implicitly convey an affront that’s identified as such by the micro-aggressed” (Fleras, 2022: 153).**

Bellemare (2022) pointe la difficulté de reconnaître, de mettre des mots, de définir ces micro-agressions du fait de leur polymorphie. De plus, Ong (2021), émet une mise en garde sur la considération des « micro »-agressions comme de simples occurrences banales, « subtiles » et difficiles à saisir. Selon ce dernier, ces occurrences racialement chargées vont orienter la vie des personnes qui en sont victimes vers des conditions et un statut social désavantageux. Embrick et coll. (2017) précisent qu'il y a des lacunes théoriques et empiriques au terme et que le phénomène des « micro »-agressions raciales a principalement été compris et analysé dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. Ces éléments, en rapport avec les recherches qui ont été menées sur les femmes Noires et le racisme Anti-Noir (Benjamin, 2003 ; Essed, 1991 ; Das Gupta, 2009 ; Maynard, 2017 ; Dryden 2023 ; Rai, 2023) soutiennent également que la violence de ces expériences ne peut être seulement limitée à un caractère « subtil » tant l'impact qu'elles ont est bien réel et façonne les conditions d'existence des personnes qui les vivent. Une compréhension de la contenance des interactions racialement chargées et des contextes/environnements dans lesquels ils prennent place permet de mieux comprendre les expériences et les effets du racisme sur ces personnes. Dans un espace de soin relationnel et interactionnel, le racisme peut donc opérer de manière quotidienne.

### 3.4 : Racisme et identité Noire

#### 3.4.1 : *Blackness* et anti-*Blackness*

“Nothing sticks to whiteness, Blackness is the glue, and every negative thing that gets hurled at it, sticks”  
(Cole, 2022 : 9).

Il paraît difficile de dissocier le racisme vécu par les personnes Noires de leur identité « Noire » et du rejet de celle-ci. Les populations considérées comme Noires au Canada sont d’origine et de cultures diverses (Wane, 2002 ; Cénat, 2022 ; Johnson et Aladejebi, 2022). Selon Pap N’diaye (2008), la réponse à la question « qui est Noir ? » ne prends pas en compte des arguments de nature biologisants ni des arguments de culture, mais bien des arguments sociopolitiques. Pour lui, « sont Noirs celles et ceux qui sont réputés tels ; est Noire à minima, une population d’homme et de femmes dont l’expérience sociale partagée est d’être considérés comme Noirs » (2008 :57) ce qui relève de la prescription par autrui de ce « qu’être Noir ». Il précise que l’auto-identification « Noir.e » se fait d’une combinaison d’identification qui fait référence à **(a)** une nationalité **(b)** à une ethnie **(c)** à une identité régionale et **(d)** à une race. Les personnes s’identifiant comme telles combinent alors ces éléments tels qui le souhaitent. Le seul dénominateur commun qui lie donc des personnes Noires est le fait d’être considéré comme Noir.e (N’diaye, 2008). L’usage du mot « considéré » ici veut souligner la construction tacite du Noir (Black) et du fait d’être Noire [*Blackness*] c’est-à-dire ce qui est associé à cet état, au même titre que le blanc et le fait d’être blanc [*whiteness*]. Cette construction remonte à la période de l’esclavage et de la colonisation. Elle a constitué et façonne encore aujourd’hui dans son sillage (Sharpe, 2016) l’expérience d’être Noir (Fanon, 1952) et le rejet de celle-ci, *anti-Blackness* (Jung et Vargas, 2021). Dans son article *Who is Black? The urgency of accurately defining the Black population when conducting health research in Canada*, Cénat (2022) souligne la difficulté de définir les terminologies permettant de saisir cette population hétérogène. Selon lui, la terminologie “*Black individuals, people and communities*” permet de saisir la pluriethnicité associée à ces personnes et permet de remédier aux terminologies qui tentent de les définir et les catégorisés.

Kelly (1998), dans son ouvrage *Under the gaze : learning to be black in white society*, et plus précisément dans la société canadienne, suggérait justement que le point commun entre les personnes Noires est de vivre une expérience commune de déshumanisation, de subordination et de domination par l'homme blanc. Pour elle, le fait d'évoluer dans une société construite comme blanche renforce l'altérité – *otherness* – et positionne le non-blanc *de facto* comme « autre ». Les Noirs, hypervisibilisés, sont placés sous le regard constant et contrôlant du non-Noir (Fanon, 1952 ; Kelly 1998 ; Maynard 2017). Le racisme vécu par les personnes Noires implique de prendre en considération ces constructions – autant mélanique –, qui font justement que l'expérience d'être – considéré – comme Noir.e se distingue de l'expérience des autres groupes racisés. Aussi, les Africains-Canadiennes et les Canadiens Noirs, ne peuvent être dissociés des flux et mouvements diasporiques Noirs [et] africains au niveau global, passés et récents (Brand, 2001 ; Wane, 2002 ; Sharpe, 2016).

Plusieurs auteur.rice.s ont défini ce qu'implique une expérience Noire depuis l'esclavage (Fanon, 1952 ; Brand, 2001 ; Wilderson III, 2010 ; Sani, 2013 ; Sharpe, 2016 ; Hartman, 2022) iels ont élaboré sur des concepts qui permettent de comprendre la négation de la subjectivité des personnes Noires et l'ensemble des caractéristiques qui leur sont associées souvent dans une perspective afro-pessimiste (Hart, 2020, Wilderson III, 2020 ; Jung et Vargas, 2021) : La « *zone de non-être* » (Fanon, 1952) ; le concept de « *social death* » de Patterson (1982 dans Hart, 2020), la « *porte du non-retour* » de Brand (2001) ; « *The wake* », le sillage/écume de Sharpe (2016) ; le « *Black nihilism* » de Warren (2018) le « *after life of slavery* » de Hartman (2022). L'esclavage et le colonialisme appuyés par des systèmes légaux d'exclusion et de mise en subordination ont donc participé à la distorsion des subjectivités Noires. Des subjectivités associées à la « sauvagerie » (Fanon, 1952 ; Wilderson III, 2010 ; Hart, 2020), intrinsèquement liée à l'atavisme primitif du fait « d'être Noir.e » et l'infériorité qu'il produit.

Cette construction coloniale nie le fait d'être Noire, ce qui place les individus porteurs de cette *Blackness* dans une zone de « non-être » (Fanon 1952). Ce « non-être » traduit et

justifie la déshumanisation des êtres Noirs au cours de l'histoire. D'une certaine manière, l'établissement de la blancheur et son épanouissement à travers la domination et le privilège « d'être » [supérieure] ne peut se faire sans l'[in]existence du Noir et de la *Blackness* qui le définit comme dominé et inférieur. Selon Das Gupta (2009), "Blackness in a person is associated in common-sensical racist term with the roles that are servile, 'lower than' and inferior compared to whiteness" (Das Gupta, 2009: 72).

Les travaux de Fanon (1952) ont justement exploré la négation ontologique, la réalité et la matérialité des êtres Noirs. Il suggère que l'ontologie comme définie par des penseurs tels que Hegel ne permet pas de comprendre le fait de l'[d'] être Noir dans la mesure où il ignore l'expérience vécue de ce dernier. L'être Noir se constitue donc sous le prisme du « *White gaze* », un prisme sous lequel il ne peut se « réaliser ». La blancheur et le blanc sont pathologiques, parasitaires (Wilderson III, 2010), le fait d'être Noir est phobogène (Hart, 2020), il déclenche, une crainte et une peur chez des personnes dites phobiques (Fanon, 1952 ; Hart, 2020), non-Noires, blanches.

“Ontology once it is finally admitted as leaving existence by the wayside does not permit us to understand the being of the Black man. For not only must the Black man be Black; **he must be black in relation to the white man**” (Hart, 2020 :22).

Fanon (1952) précise que, l'être Noir a eu à interagir et exister *avec et dans* deux systèmes de référence : son rapport à lui-même – à son soi – au sens métaphysique, et sa négation ontologique – son existence, sa réalité. Cette double interaction est selon Web Du Bois associé au fait d'être Noir – *Blackness* – qu'il définit comme la « *double consciousness* » (Pittman, 2016),

“Double consciousness is identified as a “sensation”, a consciousness of oneself, but which falls short of a unified, “true” self-consciousness. It is part of a more complex feeling of “two-ness”, of disparate and competing “thoughts”, “strivings”, and “ideals”. This is not an episodic or occasional sensation, but a persistent form of consciousness. **Ascribed to “the N\*\*ro ... in this American world”, it is a socio-cultural construct rather than a baldly bio-racial given, attributed specifically to people of African descent in America.** The “two-ness” of which it is a consciousness thus is not inherent, accidental, nor benign: the condition is presented here as both imposed and fraught with psychic danger” (Pittman, 2016: 3).

Pour Hart (2020), la *Blackness* réfère aussi à une position dans la société et “not just any subordinated non-white position but a peculiar location within the nexus of multiple

oppression created by white supremacy” (2020 :25). Il souligne que, dans le cadre des *Black studies*, l’ontologie permet de contester la prépondérance d’une écologie humaine et raciale établie, qui veut dire, mais cherche aussi à comprendre ce qui lie le triptyque *Black*, *Blackness* et *anti-Blackness* constituant « l’être dans le monde » du Noir. Le fait d’être Noir impulse et crée ce que Sharpe (2016) appelle un « climat » *anti-Black*, “ in what [I’m] calling the weather, anti-blackness is pervasive as climate. The weather necessitates changeability and improvisation; it is the atmospheric condition of time and place; it produces new ecologies [...] the weather trans\*from Black being” (Sharpe, 2016 :106). Cette perspective sur l’*anti-Blackness* rejoint celle de Jung et Costa Vargas (2021) qui suggèrent que l’*anti-Blackness* se distingue du racisme, car il représente une condition ontologique possible du monde social actuel, moderne, quand le racisme représenterait un aspect de ce monde social. Cette condition implique, selon eux:

**“That black people, (a) are not only exceptionally and systematically excluded socially – from housing markets, quality education, effective health care, safety, and life – but (b) are the nonbeing that underpins and engender modern non-Black subjectivities. These propositions assume a logic of social and ontological abjection rather than domination or subjection, of black people. Such logic is anti-blackness”** (Jung et Costa Vargas, 2021: 8).

Une perspective aussi soutenue par Williams (DT, 2023) qui suggère que l’*anti-Blackness* est un élément central de la modernité tant il trace la ligne entre ce qui peut et est considéré comme [in]humain. Ces mécanismes constituent et sont les soubassements de l’atmosphère sociétale *anti-Black[ness]* contemporaine dans lequel nous évoluons (Sharpe, 2016 ; Dei, 2017). Les différents niveaux d’opération du racisme développé précédemment doivent se lire comme des paramètres qui émanent de ce climat, façonnant et influençant négativement l’expérience des personnes Noires (Dei, 2017).

“Anti-Blackness is defined as the beliefs, attitudes, actions, practices, and behaviors of individuals and institutions that devalue, minimize, **and marginalize the full participation of Black people – visibly (or perceived to be) of African descent –. It is the systematic denial of Black humanity and dignity, which makes Black people effectively ineligible for full citizenship.** The Anti-Blackness paradigm positions Blackness as inherently problematic, rather than recognizing the long, rich, and diverse history of Black people throughout the African diaspora” (Comrie et coll., 2022: 74).

Le racisme dans une atmosphère *anti-Blackness* ne peut qu’être *anti-Black*. Dans cette mesure, parler simplement de racisme est insuffisant pour comprendre l’expérience vécue

des personnes Noires, d'où l'importance de dissocier le racisme et le racisme anti-Noir pour comprendre dans quelles mesures ce dernier impact l'expérience des infirmières Noires.

### 3.4.2 : Le Racisme anti-Noir et le racisme genré

“The construct of gendered racism may prove a useful medium to comprehend the negative experiences owing to one’s race and gender”  
(Thomas et coll., 2008: 313).

Pour comprendre l'expérience vécue de racisme des infirmières Noires et de manière plus large les inégalités sociales qu'elles vivent, une lecture intersectionnelle de leur identité – de Femme et de Noire – est nécessaire. Selon Waite et coll. (2024) le domaine infirmier n'échappe pas à cette forme de racisme,

**“Anti-Black racism operates structurally, systemically, and interpersonally, resulting in health inequities and lack of opportunity for nurses racialized as Black throughout all areas of nursing including nursing leadership. [...] Given that anti-Black racism is incessantly nurtured, unremitting, and reproduced by an intricate and complex scaffolding of whiteness and the white racial frame, nurse leaders must deliberately explore and understand the ideology of whiteness, how it operates, recognize how they sustain it, and have an unrelenting commitment to dismantle it as part of their journey towards eradicating anti-Black racism”** (Waite et Alexander, 2024 : 142-143).

Comme cité précédemment, l'intersectionnalité est un cadre d'analyse pertinent pour observer les différentes dynamiques de pouvoir et de subordination à l'œuvre. Une approche intersectionnelle pour une lecture de l'expérience des infirmières Noires est donc essentielle dans la compréhension des différentes oppressions dont elles sont à l'aune (hooks, 2017). Elle permet aussi de comprendre comment les oppressions s'influencent les unes avec les autres en interagissant et en se coconstruisant. Dans cette mesure, comprendre le lien entre le racisme anti-Noir et le racisme genré prend tout son sens considérant que, ces deux formes de racisme s'influencent mutuellement et façonnent dans l'opérationnalisation du racisme, le rapport et les relations avec les femmes Noires dans le domaine infirmier et plus largement dans le domaine de la santé (Das Gupta 1996, 2009 ;

Eisape et Nogueira, 2022 ; Prendergast et coll., 2024 ; Dryden, 2023 ; Rai, 2023 ; Waite et coll., 2024).

Le terme de racisme anti-Noir au Canada a été largement théorisé par Lorna Akua Benjamin (2003) dans sa thèse intitulée *The Black/Jamaican Criminal: The Making of Ideology*. Elle explique que le racisme anti-Noir doit être compris comme une idéologie permettant de comprendre l'expérience vécue des personnes Noires dans un système capitaliste et global. Selon elle, il repose sur le caractère hégémonique de la blancheur ainsi que sur le pouvoir et le privilège qui en émanent. Ces caractéristiques [re]produisent des politiques et des pratiques racistes et anti-Noires au niveau systémique qui désavantagent les personnes Noires en renforçant de même la domination envers ce groupe. Elle insiste sur le caractère non-essentialiste de la théorie du racisme anti-Noir contre toutes formes de réification en référence à la race

“The theory of anti-Black racism must also be understood as a non-essentialist” view of race. **This means that race in the theory of anti-Black racism is non-deterministic; it does not specify or categorize a body of knowledge as innate to Black or Blackness.** This also means that racist claims of genetic or biological characteristics that indicate low intelligence or particular proclivity towards certain behaviours which are seen as distinctly peculiar to Blacks are false. A non-essentialist view in the theory of anti- Black racism is also not supportive of views that reify Blacks and Blackness” (Akua Benjamin, 2003: 76).

Elle précise également que le racisme anti-Noir ne peut pas se lire uniquement sous le prisme de la race, il est essentiel de reconnaître le caractère intersectionnel de ce racisme et son lien avec le genre et l'identité sexuelle ainsi que d'autres formes de rapports sociaux. Selon Oyeniran (2022), « le racisme anti-Noir fait référence aux attitudes, aux croyances, aux stéréotypes, à la discrimination et aux préjugés à l'encontre des personnes (supposées) d'ascendance africaine. Les racines du racisme anti-Noir se trouvent dans l'asservissement et son legs » (Oyeniran, 2022 : 1) colonial et ségrégationniste.

Si ce racisme est lié à la blancheur, il ne peut donc pas être dissocié de l'*anti-Blackness*. Il impacte négativement la vie quotidienne des personnes Noires à l'ensemble des niveaux d'opération du racisme (Systémique, organisationnel et interpersonnel), ce qui se traduit par un accès limité aux différentes ressources de la société desquelles iels sont marginalisées, défavorisées et/ou complètement exclues (éducation, emploi, immigration, justice, logement, santé, etc.). Cette mise à l'écart des bancs de la société exclut les hommes

et [particulièrement] les femmes Noires d'une participation franche et active à la société (Maynard, 2017). Le racisme anti-Noir est profondément enraciné dans la société canadienne et dans ses différentes institutions (Benjamin, 2003 ; Este et coll., 2017 ; Maynard, 2017; Cole, 2022 ; Hudson et Diverlus, 2020).

En ce sens, la communauté Noire est la cible d'une discrimination systémique et systématique (Benjamin, 2003 ; Hyers 2007 ;), du fait du marquage mélanique qui est le leur et de tout ce qui se rattache à ce marqueur, culturellement, historiquement et politiquement (Timothy dans Wane, 2007 ; Cole, 2022). Este et coll. (2017), en se basant sur une définition de racisme anti-Noir proposé par Akua Benjamin (2003) suggèrent que, « the concept of anti-Black racism emerged as an analytic weapon in the struggle against racism, in policing Black community » (2018: 17). Une perspective aussi respectivement développée par Cole (2022) et Maynard (2017) qui elle apporte une analyse sur la criminalisation et la constante surveillance des femmes Noires reposant selon elle, sur leur déshumanisation simultanément raciale et genrée. Lewis et Neville (2015) précisent que cette déshumanisation passe par la production de préjugés, de stéréotypes et leur perpétuation depuis l'esclavage (hooks, 2017). Ces derniers sont censés traduire une performativité des images qui tendent à visibiliser les femmes Noires de manière inappropriée et négative. Constructions imagées et imaginaires, ces paramètres contribuent fortement à leur objectification,

“Black women have been stereotyped as hardworking and obedient “mammies”, dominant “matriarchs”, dependent “welfare queens”, and sexually promiscuous “Jezebels” (Lewis et Neville, 2015: 291).

La théorisation offerte par Benjamin (2003) permet de souligner que l'expérience des femmes Noires ne peut se dissocier de la prise en compte simultanée du genre et de la race. Une perspective déjà soutenue par Essed (1991) qui précise que “the experience of Black women are structured by converging systems of race, class and gender oppression” (Essed, 1991: 5). Pour faire référence à ces constructions, Maynard (2017) emprunte le concept de “Mysogynoir” de Moya Bailey (2010) que cette dernière a initialement utilisé dans un article

qu'elle a écrit pour le Crunk Feminist Collective<sup>21</sup> et le définit comme étant, « the virulent and often unseen hatred directed at black women due to the intersection of anti-Blackness, misogyny and racism in society [...] Mysogynoir extends across society, including and well beyond state » (Maynard, 2017:130). Les concepts de “gendered racism” de Essed (1991) et “Mysogynoir” de Bailey (2010) sont des cadres intersectionnels (Lewis et Neville, 2015) utilisés dans la recherche sur les oppressions racistes et sexistes illustrant la complexité de l'expérience des femmes Noires (Essed, 1991 ; Bobo et Fox, 2003 ; Lewis et Neville, 2015 ; Delongoria, 2018 ; Madden et coll., 2018). Il existe plusieurs définitions du concept de « *gendered racism* » (Essed, 1991 ; Lewis et Neville, 2015 ; Symansky et Lewis, 2016), mais je retiendrais celle originalement proposée par Essed (1991) et celle soutenue par Thomas et Coll. (2008) pour qui ce concept réfère à :

“The racial oppression of Black women [...] structured by racist and ethnicist perception of gender role” (Essed, 1991: 31) [**suggérant que les femmes Noires**] are subject to unique forms of oppression due to their simultaneous ‘Blackness’ and ‘femaleness” (Thomas et coll., 2008: 307).

Récemment, Lewis et Williams (2023) proposent à travers un cadre théorique *Black feminist*, une définition qui reprend l'aspect à la fois idéologique et structurel du racisme genré se renforçant à chaque niveau d'opération du racisme. En se basant tout de même sur la proposition d'Essed (1991), elle suggère que le racisme genré est systémique et peut se lire comme “ the intersection between White supremacy and patriarchy, which includes two interlocking components: (a) a structural mechanism of domination, and (b) a corresponding ideological belief that justifies the oppression of Black women based on their marginalized race and gender” (Lewis et Williams, 2023 : 233). Finalement, ces concepts sont essentiels à la compréhension de l'expérience vécue de racisme des femmes Noires et à la manière dont leurs expériences se distinguent des Hommes Noirs, des hommes et des femmes blanches. Comme Flynn (2012) le suggère, le racisme genré et la manière dont il désavantage systématiquement les infirmières Noires dans le domaine infirmier doivent être pris au sérieux.

---

<sup>21</sup> Moya Bailey (2010) “They aren't talking about me...”. <https://www.crunkfeministcollective.com/2010/03/14/they-arent-talking-about-me/>

## CHAPITRE 4 : Cadre méthodologique et épistémologique

### Les théories *Black feminist* au croisement de la phénoménologie critique

---

Afin de mener à bien cette recherche, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Il ne s'agit pas d'établir des statistiques pour définir telles récurrences ou tel nombre d'infirmières Noires victimes de racisme. Nous cherchons à comprendre la signification de leur expérience de racisme selon leur point de vue. La méthode qualitative sied dans ce sens pour plus d'une raison : **(1)** épistémologiquement, elle « se distingue par rapport à l'objet d'étude qui est le plus souvent holiste, voulant prendre au départ la totalité de la situation étudiée, dans le but de parvenir à une connaissance première et personnelle du phénomène » (Mucchielli, 2004 : 189) ; **(2)** méthodologiquement, elle « s'avère pertinente dans la mesure où est sollicitée sa logique essentielle qui est compréhensive » (Ibid.p. 189) ; et **(3)** socialement « elle permet un contact auprès des participant.e.s au cœur des problèmes ». (Ibid. p.189).

Selon Essed (1991), la compréhension de la quotidienneté du racisme passe principalement par la compréhension de son expérience. Elle apporte une double signification au terme "[U]nderstanding". Selon elle, le terme avec la majuscule renvoie à comment le.la chercheur.euse, à travers le processus de recherche, récolte les données et les traduit, c'est-à-dire comment elle comprend le phénomène (dans ses spécificités et sa globalité) et celui sans la majuscule qui renvoie à n'importe quel type de compréhension annexe et extérieure au phénomène. La recherche sur les femmes Noires et le racisme comprend les deux significations, « these double layers of meaning given to the reality of racism indicate that the study holds a methodology within a methodology » (Essed, 1991:55). Dans une perspective en sciences infirmières, Etowa et coll. (2009), mais aussi Jefferies et coll. (2018, 2022b) ainsi que De Sousa et Varcoe (2021) soutiennent justement que le *Black feminism*, son univers théorique et conceptuel, permettent une lecture du vécu des infirmières Noires. Une perspective soutenue par Patterson et coll. (2016) dans leur article, *Black Feminist Thought as Methodology: Examining Intergenerational Lived Experiences*

of *Black Women*. Elles suggèrent en effet que si la pensée féministe Noire est une théorie sociale critique, elle est aussi une méthodologie critique qui permet l'analyse des vécus :

**“BFM privileges embodied knowledges that emerge through the experiences of black women who name and speak their varied forms of truth. Representative data, taking the form of oral stories, serve as social artefacts that contribute to the connections black women make across the stories we share. During data analysis and reporting, black feminist researchers commit to making multiple truths visible, incorporating the interests and values of participants as a collective, and creating opportunities for self-definition and self-determination, all while emphasizing the importance of black women’s lived experiences”** (Patterson et coll., 2016: 60).

La méthodologie choisie n'est donc pas seulement qualitative, elle est aussi critique. L'objectif de ma recherche est de permettre aux infirmières Noires d'apporter leur réflexion actuelle sur des expériences de racisme vécues, passées ou en cours. Cette réflexion passe par le travail de mémoire et d'auto-analyse de ces mêmes expériences. Cette attitude de prise en compte de l'expérience des infirmières Noires et de leur participation à l'élaboration de *leur* propre compréhension des schémas de *leur* oppression relève d'une épistémologie *Black feminist* et intersectionnelle. Ce chapitre a pour objectif de présenter les différents choix et processus méthodologiques (paradigmes méthodologiques et épistémologiques, approche méthodologique, cueillette et analyse des données) qui ont été faits pour saisir la multiplicité de ces expériences, ainsi qu'un portrait des femmes ayant participé à l'étude.

## 4.1 : Paradigmes méthodologiques et épistémologiques

### 4.1.1 : Le savoir et le point de vue situé des femmes Noires

“Nobody ever helps me into carriages, or over mud-puddles, or gives me any best place! And ain't I a woman? Look at me! Look at my arm! I have ploughed and planted, and gathered into barns, and no man could head me! And ain't I a woman? I could work as much and eat as much as a man - when I could get it - and bear the lash as well! And ain't I a woman? I have borne thirteen children, and seen most all sold off to slavery, and when I cried out with my mother's grief, none but Jesus heard me! And ain't I a woman?”  
**Sojourner Truth (1797-1883)<sup>22</sup>: Ain't I A Woman?**

**Delivered 1851**

**Women's Rights Convention, Old Stone Church (since demolished), Akron, Ohio.**

La première esquisse de ce passage incluait un argument que je jugeais jusque-là pertinent dans une perspective féministe critique. Celui de « *(re)donner* la parole » dans une logique de prise en compte des voix minorisées (des femmes Noires notamment) dans la compréhension de leurs propres oppressions. Néanmoins, le recul critique sur cet énoncé me permet plutôt de proposer un argument qui ne [re]nie pas de nouveau la subjectivité, l'agentivité, et l'expérience des femmes Noires. J'ai donc fait le choix, « *d'entendre et d'écouter* la parole » des femmes Noires, au même titre que le choix de ne pas l'entendre ni de l'écouter a été fait au cours de l'histoire. La parole peut être donnée et reprise. Elle permet une maîtrise et un contrôle de la voix, de sa portée, de son intensité et de son contenu. Elle implique la reconnaissance et la représentation mutuelles de « *nous* » même et de « *l'autre* » dans sa réalisation. La parole, dans un sens permet d'exister et d'agir, car « l'acte de parole ne laisse pas le monde tel qu'il est, il le modifie » (De Gaudemar, 2018 : sp<sup>23</sup>). En ne leur donnant pas la parole, on a supposé à grands torts que les femmes Noires ne méritaient pas d'être entendues ni de rendre leur voix publique. De même, leur voix, si nous ne l'entendions pas, ne signifie pas qu'elle était inexistante, elle a été éteinte, puis prise, et elle prétend être rendue par les mêmes structures de pouvoir oppressives qui opèrent encore et qui ont passé les femmes Noires sous silence. Pour Collins (1998), “silencing occurs when Black women are restrained from confronting racism, sexism and elitism in public transcript because doing so remain dangerous” (1998: 50). Cet acte

---

<sup>22</sup> Patricia Hill Collins place les œuvres de Sojourner Truth dans une épistémologie de l'Empowerment.

<sup>23</sup> Sans page

d'extinction et « d'illumination » nie profondément la parole et l'expérience des Femmes Noires. L'acte de parole, lui, s'élève à travers la voix, et

« En s'élevant, la voix témoigne des sources sensibles et pratiques de la pensée. **Elle confère une valeur à l'être humain, lui donnant une dignité comme être de parole**, et pas seulement comme être parlant » (de Gaudemar, 2018 : sp).

Dans son ouvrage *Ne suis-je pas une femme* bell hooks (2017) expose les prémices de cette mise sous silence des femmes Noires qui s'est établi par l'exclusion simultanée des femmes Noires des mouvements féministes blancs et des mouvements de libération Noirs démontrant l'invisibilisation respective des multiples oppressions dont elles sont au prisme. Elle déclare que « le mouvement du *Black Power* des années 1960 a été une réaction contre le racisme, mais il a également été un mouvement qui a permis aux hommes Noirs de déclarer ouvertement leur soutien au patriarcat » (hooks, 2017 : 218). Ceci, éclipsant le fait que l'oppression des hommes Noirs par les hommes et les femmes blanc.he.s a pendant l'esclavage été marqué par une volonté de les démasculiniser. Aussi, ces luttes contre le racisme sous-tendaient d'une certaine manière dans la recherche de l'égalité, la volonté de se ressaisir de leur masculinité. La lutte contre le racisme opposait les hommes Noirs aux hommes blancs, mais le sexisme partagé envers les femmes Noires à constituer un front commun soutenant la domination masculine et patriarcale. Pour Audre Lorde (2007), si les mouvements des droits civiques des années 1960 ont participé au soulèvement, à la sensibilisation et à l'émancipation des personnes et de la condition Noire, elle précise tout de même qu'

“Even though we fought common enemies, at the time the lure of individual solutions made us careless of each other. **Sometimes we could not bear the face of each other's difference because of what we feared, those differences might say about ourselves.** As if everybody can't eventually be too black, too white, too man, too woman” (Lorde, 2007: 136).

Le patriarcat comme le précise hooks (2017) étant le « ciment » qui fondent la socialisation des hommes les amenant à « haïr » les femmes est producteur d'un sexisme institutionnalisé qui, associé à un impérialisme blanc engendre la négation et la dévalorisation de la féminité et des femmes Noires par les hommes Noirs, les femmes et les hommes blancs depuis l'esclavage. « La femme Noire esclave ne valait pas autant que l'homme Noir esclave » (hooks, 2017 : 69) quand tous les deux étaient exploités et dominés. Cette critique de hooks (2017) vient faire écho aux propos de Crenshaw et Bonis

(2005) sur l'approche et l'identité intersectionnelle des femmes Noires qui « en tant que femmes et personnes de couleur, ces dernières ne peuvent généralement que constater la marginalisation de leurs intérêts et de leurs expériences dans les discours forgés pour répondre à l'une ou l'autre de ces dimensions : celle du genre et celle de la race » (Crenshaw et Bonis 2005 : 54).

Si les femmes Noires constatent et sont conscientes de leurs oppressions, selon hooks (2017) la réticence des chercheur.euse.s à traiter de la question de l'expérience de ces dernières existe et persiste depuis l'esclavage et ce serait ce « manque de curiosité », si ce n'est la non-considération volontaire et assumée de leur condition d'existence, qui a favorisé la minimisation et l'invisibilisation de leur expérience. Patricia Hill Collins (1998) explique qu'historiquement, la sociologie et plus largement les instances de production du savoir ont exclu de leurs rangs les femmes Noires à l'exception de quelques-unes. En conséquence, les femmes Noires exclues apparaissaient dans le discours sociologique comme des *objets* de connaissance, sans voix ni paroles. Dès les années 1960, les femmes Noires intellectuelles ont investi la sphère académique et ont tant bien que mal tenté d'[re]écrire la connaissance produite sur les femmes Noires. Une participation à la production du savoir en tant que sujet de la connaissance qui selon Collins (1998) a été largement contestée.

“These women represented the first group of African American women who encountered sociological knowledge **not as outsiders but as sociological insiders**. They were able to see the contrasts between what sociological knowledge had long believed to be true about Black women and the framework they brought with them by virtue of their struggles to enter the profession” Collins (1998: 110).

Par ailleurs, dès les années 1970, les théories féministes du point de vue [*Feminist Standpoint*] suggèrent une approche qui permet « d'offrir » la parole aux personnes opprimées (Harding et Norberg, 2005) et notamment aux femmes aux prises avec l'oppression patriarcale. Des femmes exclues elles aussi des instances androcentrées de production du savoir. En effet,

« La standpoint theory féministe a critiqué l'objectivité et la “neutralité” des sciences humaines en affirmant que **le point de vue des opprimé.e.s permet de bâtir une théorie critique qui postule un “privilège épistémique”** rendant compte de la multiplicité des expériences de l'oppression et des réactions des “minoritaires” » (Diop, 2011 : 93).

Seulement, de quelles expériences s'agit-il ? Qui relate, parle et retransmet cette expérience ? Qui rend compte [de cette] des connaissances ? Saidiya Hartman (2022), en reprenant les propos de Gayatri Spivak suggérant que “the subaltern cannot appear without the thought of the elite” (Hartman, 2022 : 12), explique la difficulté d'user, de se raconter, et de se construire au travers des documents produits dans ces schèmes élitistes. Ces derniers nieraient l'accès à la connaissance des personnes considérées comme subalternes qui n'auraient pas de conscience en dehors de la construction qu'en font ces productions. Elle suggère donc d'apporter un regard critique à la production, aux narrations historiques et finalement au savoir et à la connaissance. Cette perspective démontre l'importance de partir du point de vue des femmes Noires pour en comprendre leurs expériences (Collins, 1998).

Dans son ouvrage *La Pensée féministe Noire : Savoir, conscience et politique de l'empowerment*, Collins (2016) propose un cadre épistémologique qui favorise l'autodétermination, « *Empowerment* », à la fois individuel et collectif des femmes Noires. Elle soutient que « ce qu'il y a de meilleur dans la pensée féministe Noire fait écho à cet effort pour trouver une voix collective et autodéfinie pour exprimer un point de vue situé féministe inclusif pleinement articulé » (Collins, 1998 : 61-65 in Collins, 2016). Effectivement, Collins (1989) va proposer le « *point de vue des femmes Noires* » qui consiste en une auto-définition de leur « propres oppressions, par leur position sociale, qui leur permet d'avoir un certain nombre d'expériences distinctives et, par conséquent, de développer une vision de la réalité matérielle distincte de celle dont disposent d'autres groupes » (Flores Espínola, 2012 : 110).

Bien évidemment, se pose la question de l'objectivité d'un point de vue exclusivement basée sur l'expérience vécue. Il ne s'agit pas de dire que le point de vue des femmes Noires serait celui qui prévaut par rapport aux autres et que la voix des femmes Noires est celle des « opprimées » (Cho et coll., 2013) ni ne tente volontairement d'homogénéiser ce groupe diversifié dans son unicité. Nonobstant, il est et reste important que les femmes Noires longtemps invisibilisées et marginalisées au sein des recherches en sciences sociales en tant que participantes, mais aussi en tant que chercheuses (Lopez, et Parker, 2003 ; Collins, 1998, 2016) soient entendues, et que leurs expériences ne soient pas cantonnées à un supposé

savoir minoritaire qu'on viderait de son essence et de sa portée politique (Bilge, 2015). Associée à une perspective post-décoloniale (Dechaufour, 2008 ; Kian, 2010 ; Racine 2011 ; Hernández Castillo, 2012), cela permet de mettre en évidence la déconstruction des modes de pensée occidental et androcentré ainsi que les discours féministes qui ont [re]produit les schèmes d'oppression qui ont longtemps structuré la vie des Noirs depuis l'esclavage, et celle des femmes Noires tout particulièrement. En somme, les infirmières Noires sont les mieux placées pour parler de leur propre condition à l'aune des différents rapports de domination et d'oppression qui traversent le domaine infirmier et le système de la santé tout en façonnant leur ancrage politique dans le *care*. Une telle attitude permet leur dé-invisibilisation, mais surtout leur donne l'occasion de contribuer par elles-mêmes à l'amélioration de leur condition de travail et de vie (Etowa et coll., 2009 ; Jefferies et coll., 2018 , 2022 a et b). Entendre et écouter leur parole, donne sens à leurs expériences vécues.

#### **4.1.2 : La transformation des conditions d'existence et la justice sociale**

“There can be no future where white supremacy thrives  
at the expense of black humanity, and with this orientation, we will continue to fight for true  
liberation until the day that each of us experience it. All black life”.  
**Until we are free.**

**Rodney Diverlus, Sandy Hudson, Syrus Marcus Ware (2020)**

Les femmes Noires ont été au cours de l'histoire et restent aujourd'hui l'un des piliers majeurs, si ce n'est le fer de lance des luttes pour la liberté et la justice sociale en occident, et au Canada (Akande, 2002 ; Este et coll., 2017 ; Hudson et Diverlus, 2020). Cette recherche s'inscrit dans ce large projet d'émancipation, d'auto-définitions, et d'autodétermination globale (Collins, 2016, 1998; Wane 2004 ; Wane et Massaquoi, 2007). C'est ce que Tyson (in Lopez et Parker 2003) qualifie de recherche émancipatrice qui s'inscrit dans une épistémologie de l'émancipation (Collins, 2016). Pour l'auteure, afin d'engager une vraie transformation et une émancipation des personnes concernées, il est nécessaire d'avoir simultanément avec elleux une volonté de changement social radical. Dans cette mesure, la recherche ne peut se faire « sur le dos » des participant.e.s (Tyson, in

Lopez et Parker, 2003 : 23), mais avec elleux. Le processus de parole et de réflexivité établi par cette étude peut être considéré comme une forme d'émancipation dans le but d'un changement social pour les participant.e.s (Collins, 1989). Pour le.la chercheur.euse c'est poser un cadre transformatif en adoptant une méthodologie qui engage la prise de parole, de conscience et le changement, aussi infime soit-il. L'affirmation, et l'appropriation de nos histoires, nos vécus et les trajectoires de nos existences sont une forme d'émancipation en elle-même contre ce qui nous oppresse.

Cette perspective rejoint les développements des historiennes et féministes Noires canadiennes (cf. Chapitre 3, point 3.1.2) et vient reconfirmer que le fait d'être Noir ne peut être compris qu'à l'intérieur de frontières données et établies (Brand 2001 ; Wane 2002 ; 2004 ; McKittrick, 2006 ; Diverlus et coll., 2020 ; Madibbo 2021). Dans *et* à l'extérieure de ces frontières, la vie des Noir.e.s est façonnée par la violence et la constante surveillance (Kendi, 2016 ; hook, 2017 ; Maynard, 2017 ; Diverlus et coll., 2020 ; Cole, 2020 ; Walcott, 2021). hooks (2017) traduit cette violence par le sexisme et le racisme que les femmes Noires vivent, une violence favorisée par la dévalorisation permanente de leur identité. Cette violence d'État sur les corps Noirs constitue une des violations les plus extrêmes de leur existence.

La justice sociale est un projet qui prend socialement et politiquement racine, il vise à l'égalité des droits, l'égalité des chances et d'accès aux ressources sans discrimination. Selon Collins (2015), un agenda global de justice sociale comporte une liste de problèmes sociaux que doivent traiter tous les projets de justice sociale en général : « **(1)** les luttes pour les droits politiques, notamment la citoyenneté ; **(2)** les luttes pour les droits économiques, comme le logement, la nourriture et la santé ; **(3)** les luttes pour les droits économiques, comme l'emploi, l'éradication de la pauvreté et l'éducation ; et **(4)** les questions d'intégrité corporelle, comme les droits reproductifs et l'élimination de la violence » (Collins, 2015 : 6). Ces problèmes sociaux, sont largement construit par une société raciste où règne le racisme anti-Noir, une atmosphère anti-*Blackness* et qui place systématiquement les personnes Noires au bas de l'échelle, impactant leur accès à cesdites ressources.

Selon Collins (2016), un projet de justice sociale peut être perçu à la fois comme un phénomène individuel et collectif, ce qui ancre simultanément l'action et sa portée à ces deux niveaux. Solomon et Rankin (2019) dans leur ouvrage « *how to fight white supremacy* » reprennent les propos marquants du Combahee River Collective de 1977, en précisant que c'est bien la manière de penser des personnes Noires et leurs valeurs culturelles qui posent les pavés de leur chemin vers l'équité universelle :

**“As a black woman we see Black feminism as the logical political movement to combat the manifold and simultaneous oppressions that all women of color face. We might use our position at the bottom, however, to make a clear leap into the revolutionary action. If black women were free, it would mean that everyone else would have to be free since our freedom would necessitate the destruction of all the systems of oppression”** (Solomon et Rankin, 2019: 1).

Ce projet de justice sociale ne peut se faire sans anti-racisme comme un cadre, une approche et un comportement actif permettant de déconstruire les systèmes d'oppressions racistes (Kendi, 2023). Ne pas s'y engager est ignorer l'existence des enjeux et des effets du racisme sur les groupes et les personnes racisées, et plus spécifiquement des personnes Noires. Ne pas s'y engager c'est être engagé consciemment dans le dé-engagement, dans la non-reconnaissance de ces expériences d'oppression et par la même occasion leur invisibilisation. S'y engager c'est faire de manière consciente et consciencieuse un travail de déconstruction et de détection des mécanismes sous-jacents au fonctionnement de ce système, c'est trouver la pièce qui, retirée, fait s'écrouler la machine. S'y engager c'est être engagé de manière active dans le changement. Finalement, à travers la réflexivité et la compréhension des expériences vécues de racisme verbalisées par les infirmières Noires, et de la manière dont il impact et/ou structure leur vie professionnelle leur permettrait de trouver des postures et stratégies d'adaptation diverses dans le but d'améliorer leur condition de travail. L'analyse de l'expérience des femmes peut être mise à l'œuvre dans la recherche à travers une approche qualitative qui permet la mise en récit, la narration d'un vécu et du ressenti de ce dernier. Les femmes Noires, “as a collectivity are no longer silenced in the same way, in that Black women's public voice has gained much legitimacy” (Collins, 1998: 50).

### 4.1.3 : La phénoménologie critique pour entendre et transformer

« [...] La description phénoménologique se trouve investie d'une visée transformatrice.  
[...] Elle est envisagée comme une pratique de pensée inscrite dans une situation  
historique et sociale visant à éclairer la relation au monde afin de la transformer et de  
l'ouvrir à d'autres manières d'être, de penser et d'agir »  
(Garrau et Provost, 2022 : 9).

Trouver une approche méthodologique qualitative faisant échos à l'aspect expérientiel de la recherche tout en respectant le privilège épistémique des femmes Noires à se faire entendre, à engager le changement et encourager l'émancipation, a mené à l'exploration de la phénoménologie. Cette approche philosophique (Smith et coll. 2022) a pour objectif de définir le sens (*meaning*) de l'expérience vécue d'un concept ou d'un phénomène du point de vue des participants qui le vivent (*making*) (Creswell, 2007 ; Van Manen 2014 ; Antoine, 2017), permettant de dégager l'expérience commune de ce même phénomène. Le phénomène, « c'est-à-dire ce qui émerge par la conscience d'une chose, d'un objet, du corps, d'une pensée, au-delà de la chose elle-même [s'apparentant] aux pensées et aux croyances associées à des comportements ou à des processus subjectifs de perception » (Antoine, 2017 : 36-40). Au regard de cette recherche, le phénomène analysé est le racisme, soit l'expérience vécue de racisme. Le rôle du.e chercheur.euse dans cette approche étant de « recueillir des données auprès de personnes ayant vécu le phénomène et d'élaborer une description explicite de l'essence de l'expérience pour tous les individus. Cette description se compose de "ce" qu'ils ont vécu et de "comment" ils l'ont vécu » (Creswell, 2007 : 58, traduction libre). De nombreux auteur.rice.s reconnaissent néanmoins la complexité du terme *expérience* et de ce à quoi elle renvoie. Son utilisation ou sa compréhension n'ont pas été exemptes de débat dans les nombreux champs de son utilisation, notamment en études féministes (Van Manen, 2014 ; Al-Saji, 2017 ; Guenther 2019 ; Smith et coll., 2022).

La phénoménologie classique (dès les années 1890) a été amenée par ceux qu'on qualifie aujourd'hui de « pères fondateurs » de la phénoménologie. Les travaux de quatre philosophes phénoménologistes, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre (Bécherraz, 2002 ; Antoine 2017 ; Antoine et Smith, 2017 ; Smith et coll., 2022) ont largement coulé les fondations de la phénoménologie, mais l'on aussi orienté dans des directions distinctives

(Bécherraz, 2002 ; Van Manen, 2014 ; Kaufer et Chemero, 2021 ; Smith et coll., 2022). Une direction qui n'a sans doute pas été prise par ces derniers est celle du fondement de leurs théories dans une perspective critique non imprégnée par la blancheur (Ahmed, 2007). Dans une perspective *Black feminist*, Warmack (2022) en se penchant sur les travaux de Merleau-Ponty relatifs à la subjectivité humaine démontre l'impossibilité « d'être » humain de toute « chaire » qui ne serait pas masculine et blanche. Elle précise que l'idée de subjectivité humaine et d'« être » performée à travers l'image de l'homo Sapien de Merleau-Ponty ne prend pas en considération les différences de genre, de sexe et de race. En utilisant la métaphore de la chaire – *Flesh* – elle montre l'ancrage des femmes Noires dans une zone de « non-être » (Fanon, 1952). Ainsi, le chemin de cette recherche se trace dans les pas des auteur.rice.s de la phénoménologie critique qui s'est développée dans le sillage limitant de la phénoménologie de l'*embodiment* de Merleau-Ponty (Bentouhami-Molino, 2014 ; Antoine, 2017 ; Weate, 2021 ; Provost, 2022) en lien avec la race et le racisme – *phenomenology of racial embodiment* – (Alcoff, 1999 ; Macey, 1999 ; Ahmed, 2007 ; Al-Saji, 2013 ; Warmack, 2022) ainsi que le genre et le féminisme (Fischer 2000a, 2000b ; Oksala, 2004, 2006 ; Simms et Stawarska, 2013 ; Al-Saji, 2017 ; Froidevaux-Metterie, 2018a 2018b),

**“Where classical phenomenology remains insufficiently critical is in failing to give an equally rigorous account of how contingent historical and social structures also shapes our experience, not just empirically or in a piecemeal fashion, but in what we might call a quasi-transcendental way”** (Guenther, 2019: 12).

Guenther (2019), Garrau et Provost (2022), ainsi que Magrì et MacQueen (2023) suggère que la phénoménologie critique interroge la relation entre le corps et l'identité sociale en prenant en considération la race, le genre, la sexualité, ethnicité, la nation, la capacité et l'âge, ainsi que les « interpersonal experiences, focusing in particular on the role played by gender and race in constituting 'visible' identity » (Magrì et MacQueen, 2023 : 3). De même, Weiss, Murphy et Salamon (2019) en collaboration avec plusieurs autres auteur.rice.s explorent dans leur ouvrage et, sous le prisme de la phénoménologie critique, une large palette de concepts qui renouvellent la phénoménologie classique. Le corps est le terrain de l'identité sociale par lequel l'expérience – et l'expérience quotidienne – est rendue possible (Pollio, Henley et Thompson, 1997). Notre expérience est donc infiniment intersubjective et est façonnée par nos relations et nos interactions avec les autres (Charmaz et coll., 2019 ; Magrì et MacQueen, 2023). La corporéité prend donc une importance dans la phénoménologie critique. La

démarche phénoménologique ne saurait revenir à une conscience épurée, détachée de tout ancrage social et politique. « En ce sens, le sujet est à la fois constitutif du monde et constituée par lui et cette ambivalence est au cœur de la phénoménologie critique » (Garrau et Provost, 2022 : 9). Cette perspective est soutenue par Al-Saji (2017) qui suggère que ce qu'on peut retenir de la réduction – *epochè* – est finalement l'impossibilité de complètement y parvenir, du fait de la perspective critique associée à la phénoménologie.

La phénoménologie féministe et du genre est par définition une phénoménologie critique, elle a été introduite selon Simms et Stawarska (2013) par Edith Stein dans les années 1930 (pour le monde anglo-saxon) et qui dans la lignée de Merleau-Ponty traite de la question de l'être humain et du genre. Al-Saji (2017) et Froidevaux-Metterie (2018a) accordent son émergence à Simone de Beauvoir et son ouvrage *Le deuxième sexe* (1949). Le vent critique impulsé par les théories et perspectives féministes et de genre n'a pas épargné la phénoménologie classique. Si les perspectives innovantes de Merleau-Ponty et de Husserl ont permis de faire évoluer la phénoménologie classique, comme le précise Froidevaux-Metterie, « elle n'envisage pas la dimension sexuée de la corporéité. Chez Merleau-Ponty (comme chez Husserl), le corps vécu est en fait un corps générique et universel, un corps mâle donc » (2018b : 497). Mais si elle n'envisage pas la dimension sexuée, elle envisage encore moins la dimension raciale de ces corps (Warmack, 2022).

En ce qui concerne la phénoménologie de la race et précisément celle de l'*embodiment* racial, je me penche tout particulièrement sur les travaux des théoriciennes de la pensée féministe Noire qui ont largement développé une philosophie contemporaine du genre *et* de la race simultanément. Aussi critique que soit la phénoménologie féministe, elle ne prend pas en considération les enjeux liés à la race, sachant que la corporéité des femmes n'est pas vécue sur les mêmes fondements. En outre, cette étude s'insère dans la lignée de Philomèna Essed et son ouvrage "*Understanding everyday racism*" (1991). Sa recherche offre un cadre théorique et méthodologique conséquent sur la compréhension du racisme anti-Noir et genré, ce qui la place autant dans le champ de la phénoménologie critique de la race que dans celle du genre. Dans le domaine du genre et du féminisme néanmoins, la complexité et le statut de l'expérience ont engendré de nombreux débats au sein même du champ (Al-Saji, 2017). Dans

son ouvrage, Essed (1991) suggère que sa volonté d'aller au-delà du facteur macro-social du racisme s'est inspiré de la phénoménologie, et que c'est en partie dans ce champ que s'est développé le contexte de « *everyday* ». Cette quotidienneté qui possède un poids – si elle n'est constitutive de l'expérience vécue – ne peut être comprise qu'au niveau micro-social, donc expérientiel. Précédemment, Fanon (1952), dans son ouvrage *Peau Noire masque blanc*, faisait référence à *l'expérience vécue du Noir* (1952 :107) qui a conféré à son ouvrage sa portée phénoménologique critique. Son ouvrage est l'un des classiques à la compréhension francophone du fait « d'être Noir », mais force est de constater que le chapitre 2 (Fanon, 1952 : 39) qui met en relation « la femme Noire et de l'homme blanc » ne traduit pas une expérience vécue des femmes Noires de leur point de vue.

**« Voilà pourquoi il paraît important, urgent même d'appréhender le corps des femmes [Noires] au prisme de la phénoménologie, afin de saisir l'inédit de la condition féminine [Noire] contemporaine. Que signifie le fait de vivre dans un corps féminin [Noir] au sein d'une société qui remet en cause les assignations genrées [et racisées] tout en produisant sans cesse de nouvelles normes ? »** (Froidevaux-Metterie, 2018b : 89).

Prendre en compte un savoir et un point de vue situé dans une logique et une volonté de transformation et de justice sociale, tout en optant pour une phénoménologie critique inspirée des perspectives *Black feminist* pose le cadre méthodologique et épistémologique d'une recherche sur *et* avec les femmes Noires.

#### **4.2 : Collecte et *génération* des données**

Dans une volonté de ne pas reproduire les rapports de domination et d'oppression exposés plus haut à travers le terrain, dans une perspective transformative, de justice sociale et dans une approche phénoménologique critique se basant sur l'expérience vécue, ce sous-chapitre a pour principale vocation d'exposer le processus de collecte et de *génération* des données empiriques liées aux objectifs de la recherche et enfin, d'effectuer une présentation détaillée de la population d'étude. Selon Mason (2002),

“It's more accurate to speak of *generating* data than *collecting* precisely because most qualitative perspectives would reject the idea that a researcher can be a completely neutral collector of information about the social world. Instead, the researcher is seen as actively

constructing about that world according to certain principles and using certain methods derived from or which express their epistemological position. Therefore, as a researcher you do not simply work out to find data which already exists in a collectable state. Instead, you reason, the term *method* in qualitative research generally it's meant to imply more than a practical technique or procedure for gaining data" (Mason, 2002: 52).

Cette perspective de Mason (2002) fait échos à la double herméneutique (Antoine, 2017 ; Antoine et Smith, 2017 ; Smith et coll., 2022) qui lie le.la chercheur.euse et le.la participant.e dans la « collecte » des données car ce.cette dernier.ère tente de donner sens à son expérience en la partageant, *et* la « génération » des données car le.la chercheur.euse fait un nécessaire travail d'interprétation/analyse au sens donné à l'expérience par le.la participant.e. Le.la chercheur.euse bien conscient.e de son rôle dual :

**“Is employing the same mental and personal skills and capacities as the participant,** with whom he/she shares a fundamental property, that of being a human being [...] At the same time, the researcher's sense-making is second order; he/she only has access to the participant's experience through the participant's own account of it” (Smith et coll., 2022: 3).

À la suite à l'obtention du certificat éthique (cf. annexe 1), la collecte des données a pu débuter. Sur une période de six mois, de septembre 2022 à février 2023, quinze participantes s'identifiant comme femme, Noire et infirmière exerçant dans la région d'Ottawa-Gatineau ont été recrutées et interrogées (cf. annexe 3 et 4).

#### **4.2.1 : Entrevues semi-dirigées et histoires orales**

Afin de faire échos à la logique compréhensive et à la portée expérientielle de la recherche, le choix d'utiliser des entrevues qualitatives semi-dirigées a semblé pertinent. D'une part, ce choix s'insère dans le cadre des études féministes et de genre favorisant la prise de parole, l'écoute des femmes s'exprimant de leur point de vue et la compréhension de leurs vécus. Selon, Tremblay et Ollivier (2000), « l'un des objectifs principaux de la recherche féministe consiste à rendre compte de l'expérience de vie des femmes à partir de leurs propres schèmes d'interprétations » (2000 :14). L'analyse de l'expérience des femmes peut

être mise à l'œuvre dans la recherche à travers une méthode qualitative qui permet la mise en récit, la narration d'un vécu et le ressenti de ce dernier. D'autre part, l'approche phénoménologique se basant sur la compréhension des expériences vécues suggère aussi d'entendre les participantes s'exprimer sur le phénomène étudié de leur point de vue. Smith et coll. (2022) précisent que l'analyse phénoménologique interprétative (IPA cf. point 4.3.1) requiert d'avoir assez de données « riches », et l'acquisition de ces dernières passe principalement par le fait de donner l'opportunité aux participant.e.s de s'exprimer largement sur le sujet, de développer une réflexion ainsi que des idées construites et abouties. À la différence des entrevues structurées et des questionnaires, l'entrevue semi-dirigée offre plus de liberté d'expression (Ritchie et Lewis, 2003 ; Smith et coll., 2022). À l'intersection de ses deux approches et dans une perspective phénoménologique féministe et critique, Levesque-Lopman (2000) suggère dans son article « *Listen, and You Will-Hear: Reflections on Interviewing from a Feminist Phenomenological Perspective* » que dans un « woman-to-woman talk in the face-to-face interaction of in-depth interviews there is the possibility for "catch" as an instrument for women's empowerment » (2000 : 104), ceci en adoptant une attitude ouverte permettant la réciprocité dans l'échange. En effet, effectuer une entrevue semi-dirigée permet aux participant.e.s et au.à la chercheur.euse d'entrer dans une interaction qui co-construit l'expérience vécue.

Smith et coll. (2022) définissent l'entretien dans le cadre de l'analyse phénoménologique interprétative (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA) comme, “a conversation with a purpose. This purpose is informed, implicitly at least, by a research question. It's also a particular type of interview, the aim of which is largely to facilitate an interaction which permits participants to tell their own story, in their own words, in depth and detail” (2022: 54). Dans la recherche qualitative de manière générale, il est défini comme étant le moyen scientifique de traiter un problème social par sa verbalisation (Dépelteau, 2000) matérialisée à travers des rencontres interpersonnelles, interviews, pour collecter des informations. Le.la chercheur.euse tente de recueillir des informations sur des expériences, dimensions et concepts, permettant la caractérisation d'un phénomène/fait social donné.

La prise de parole dans le contexte de cette étude devrait permettre de reconstituer comment les personnes ont perçu, ressenti et réagi à des événements racistes ayant pris place dans leur environnement de travail tout en prenant la forme d'une subjectivation politique (Tarragoni, 2014). Le moment de la narration apparaît donc comme un élément de réflexion à part entière : entre des moments passés et l'analyse présente qu'on en fait ( Bah et coll., 2015). Les penseuses et théoriciennes Noires ont démontré la place importante des histoires orales qui ont contribué à l'appropriation de leurs propres histoires – *Herstories* – et à l'écriture de ces dernières à travers le temps (Silvera, 1989 ; Brand, 1991 ; Cooper, 2000 ; Wane, 2002 ; Patterson et coll., 2016). Dans son ouvrage *No burden to carry*, Brand (1991) explique en détail le travail de co-construction du récit à travers les entrevues semi-dirigées avec les femmes Noires participant à son étude et les enjeux que ce travail soulève,

“What we were in together was the condition of being Black women, a relation distinct from any other relation existing between people not of this group and distinct from relations with people outside of this group. We shared assessments, situations, methods of thought and patterns of culture to which we belonged. There was an understanding that we were exploited. We were wronged together” (Brand, 1991: 33).

Elle précise tout de même que ces liens communs sont aussi mis aux défis et structurés par d'autres rapports sociaux. Jefferies et coll. (2022b) précisent que c'est également l'histoire orale des infirmières Noires qui a permis d'interroger les éléments socio-politiques qui ont fondé les bases du soin infirmier actuel. En prenant en compte tous ces points, le guide d'entrevue (en français et en anglais, cf. annexe 3) s'est organisé autour des conditions et termes de l'entrevue (ex. : confidentialité, droit de retrait, enregistrement, etc.), les principales thématiques et objectifs de la recherche. Les questions se sont principalement concentrées autour de thématiques qui tentaient de recenser **(a)** les informations socio-démographiques et de saisir **(b)** les caractéristiques professionnelles ; **(c)** les parcours professionnels en lien avec le racisme ; **(d)** la perception, le ressenti du racisme et les stratégies d'adaptation ; **(e)** le racisme et la question de l'identité, et enfin **(f)** l'existence de politiques et de programmes en réponse au racisme sur le lieu de travail.

Selon Demazière (2008), « l'entretien constitue toujours une intrusion dans la vie des personnes contactées, intrusion dans leur agenda, et leur temps personnel, mais aussi dans leur intimité et leur monde personnel » (2008 : 20). Il nécessite donc un travail de

négociation important, mais aussi de mise en confiance des participantes et du respect de la subjectivité à l'œuvre à travers l'entrevue. Le travail de négociation *de* et *dans* l'entrevue va de la collecte des données à la passation même de cette dernière. En effet, cette négociation prend place dans la manière de poser les questions, d'amener les participant.e.s à détailler ou expliciter un point de leur réponse (ex. : relances), de leur donner l'espace de réflexion, de respecter les silences et de gérer les émotions et sensibilités qui peuvent transparaître. J'ai tenté à travers le guide d'entrevue de laisser l'ouverture permettant à ces femmes de s'exprimer. Le but était de ne pas orienter ou influencer leurs réponses. Nonobstant, les entrevues ne se ressemblaient pas les unes et les autres, car chaque récit a évolué différemment. Il a fallu s'adapter durant chaque nouvelle entrevue aux caractéristiques de chacune de ces femmes. Il a été primordial d'obtenir pour chaque femme les informations les plus importantes à leur expérience vécue.

Selon Beaud et Weber (2010), l'enquêteur doit « neutraliser sa personnalité pour ne plus être que le reflet de celui qui parle » (2010 : 211). La « neutralité » ou encore l'époché-reduction (Bécherraz, 2002 ; Al-Saji, 2017) dans une perspective phénoménologique, en entrevue, renvoie à une condition importante de la passation de cette dernière. Néanmoins, bien que chercheuse et consciente de ma posture, j'étais engagée dans un véritable dialogue avec ces femmes. Pas seulement de femme à femme (Levesque-Lopman, 2000), mais de femme Noire à femme Noire (Brand, 1991 ; Patterson et coll., 2016). Il a fallu certes établir une distance qui est celle du.de la chercheur.euse et du.de la participant.e.s, mais aussi établir un lien de confiance se traduisant dans ce cas par « je comprends ce que vous dites, je comprends votre expérience ». Une posture que Patterson et coll. (2016) ont bien saisi dans son entièreté en utilisant la pensée féministe Noire comme méthodologie critique: “We must note that despite our desire to disrupt traditional interview practices such as the linearity of the question–response process, as well as the physical and linguistic distancing between interviewee and interviewer, we encountered challenges” (2016: 62). Elles expliquent que l'un de ces challenges était justement la capacité des participantes à s'engager dans une entrevue conversationnelle et non linéaire. Les formalités procédurales de l'entrevue exposées au début les ont mises dans un contexte tout aussi formel de question-réponse. Une entrevue semi-dirigée et les relances associées permettent de dé-

formaliser en partie le processus et favorise un dialogue apportant de la richesse et de la profondeur. Mon travail était de comprendre. La passation de l'entrevue est donc un travail par étape qui aboutira finalement à la collecte active et l'analyse de ces dernières (Creswell, 2007). Finalement, les entrevues m'ont permis de recueillir les récits des infirmières Noires et de comprendre comment en fonction de leurs parcours respectifs elles vivaient, percevaient et évaluaient le racisme dans leur quotidienneté professionnelle ; de voir par leur réflexivité et ce « retour en arrière » comment, après coup, elles exprimaient la façon dont elles l'avaient subi. Tout ceci,

**“Can only be *constructed or reconstructed* in interview, and, of course, the interview method is heavily dependent on people’s capacity to verbalize, interact conceptualize and remember.** It is important not to treat understanding generated in an interview, as though they are a direct reflection of understandings ‘already existing’ outside of the interview interaction as though you were [as research] simply excavating facts” (Mason, 2002: 64).

Pour certaines, ces entretiens sont apparus comme une thérapie. En effet, elles n'avaient pas eu l'occasion de mettre des mots sur ces expériences pour la plupart déjà passées. Elles ont donc émis un regard neuf et mûr sur des expériences qui ont teinté leurs parcours de vie respectifs. En ce sens, pour Flynn (2008), “oral histories help us to round out the stories of these nurses, those who dared to pursue their dreams and challenge an exclusionary system that sought to deny their competences and abilities” (2008: 458).

#### **4.2.2 : Recrutement des participantes à la recherche**

La première étape a été d'établir les critères d'inclusion à l'étude et de concevoir l'affiche de recrutement. Cinq critères ont été établis au travers de l'affiche de recrutement, soient : **(a)** de s'identifier comme une femme Noire **(b)** le fait d'exercer la profession infirmière, de s'y identifier professionnellement à travers un ordre **(c)** et d'exercer dans divers milieux. Ce dernier critère permettait de favoriser la diversité de profils des participantes à l'étude et ainsi d'obtenir potentiellement des expériences variées. Il justifie aussi, le choix qui a été fait de ne pas me concentrer sur un seul grade infirmier, le but n'étant pas de cantonner

l'expérience vécue du racisme à un grade en particulier (ex. : infirmières auxiliaires seulement ou infirmières cliniciennes seulement), sachant la multitude des interactions, et hiérarchisation *de* et *dans* l'espace de soin. Une telle option n'aurait pas permis de capturer le dynamisme de ces éléments. De plus, la complexité de ces hiérarchies et les appellations diverses selon le niveau de diplôme obtenu et la province dans laquelle le diplôme a été obtenu pouvaient potentiellement créer de la confusion et exclure d'emblée des participantes qui auraient pu se reconnaître à travers ledit critère exclusif **(b)**. Le groupe étudié se matérialise donc à travers les critères *a* et *b* : Infirmières Noires. Il n'y a pas eu de critères d'exclusion concernant l'âge, la capacité, la citoyenneté, l'origine géographique, ni les modalités de genre (cis-trans).

Le critère le plus important ici après le fait de s'identifier comme infirmière Noire (**a** et **b**) et d'exercer dans divers milieux (**c**) était celui (**d**) d'avoir été victime de racisme ou de discrimination raciale de la part de ses collègues dans le cadre de son travail. D'une part, s'identifier à ce critère supposait de facto une pré-réflexion sur l'expérience vécue, et une compréhension des deux concepts clés, soit le racisme et la discrimination raciale. D'autre part, il assurait partiellement que les infirmières reconnaissaient avoir été victimes de racisme et/ou de discrimination raciale de la part de leur collègue dans leur domaine d'exercice. Enfin, le dernier critère (**e**) insérait l'étude, donc la participation, dans un cadre spatial déterminé soit la région d'Ottawa-Gatineau mettant en rapport la province du Québec et la province de l'Ontario. En effet, les répondantes devaient vivre et/ou travailler dans l'une des deux villes. Considérant que cette spatialisation de l'étude implique de prendre en compte la diversité des langues, l'entrevue était proposée en français et en anglais. Outre cela, l'affiche supposait aussi de s'engager dans la recherche de manière volontaire avec le désir de partager cette expérience apparue à la conscience lors de la lecture de cette dernière. Au total, dix à quinze infirmières Noires devaient être potentiellement interviewées. Ces chiffres se justifient par les caractéristiques de L'IPA relative au nombre de participant.e.s pouvant faire partie d'une recherche ayant une approche phénoménologique (Brooks et Wearden, 2006 ; Smith et coll., 2022). En effet, Bécherraz (2002), Antoine (2017), Antoine et Smith (2017), et Smith et coll. (2017) précisent dans leurs apports sur L'IPA que le nombre de participant.e.s varie entre 1 et 15,

la moyenne étant 9 participant.e.s. L'IPA va donc de l'analyse d'un seul cas à l'analyse d'un petit groupe de personnes. Smith et coll. (2022) ajoutent que l'objectif est de trouver une forme d'homogénéité dans ce groupe afin de pouvoir examiner les convergences et les divergences.

L'ensemble des critères d'inclusion établis, la seconde étape a été celle de la diffusion de l'affiche de recrutement après l'approbation éthique (cf. annexe 4). Cette étape ne s'est pas déroulée sans soulever deux enjeux que j'estime être importants. Le premier a été celui du recrutement sur les réseaux sociaux et internet. L'usage d'internet comme outil et espace de communication n'est pas nouveau en recherche qualitative (Markham in Silverman, 2004). Internet s'avère être une excellente alternative, notamment lorsqu'il n'y a pas de restriction géographique. En effet, non-familière au domaine, il fallait que je puisse partager l'affiche de recrutement le plus largement possible afin qu'elle circule dans les espaces où elle pourrait atteindre les répondantes. J'ai privilégié **(1)** le partage de l'affiche sur des plateformes telles que : *Facebook, Instagram, LinkedIn* et enfin le réseau social *X* (anciennement Twitter). De plus, j'ai **(2)** contacté par courriel les services et centres universitaires en lien avec la santé, et toutes personnes-ressources pouvant potentiellement relayer l'information et/ou participer à l'étude.

Les résultats ont été les plus fructueux sur LinkedIn grâce aux **(1)** *partages de l'affiche*, mais aussi aux **(2)** *prises de contact directes* avec des personnes-ressources et potentielles participantes. Parmi celles que je peux citer, Birgit Umaigba, une infirmière militante pour l'équité en matière de santé se définissant comme une penseuse « perturbatrice » et une fervente défenseuse de la justice sociale ; des soins de santé et de l'éducation antiracistes ; de l'augmentation des salaires des infirmières, de l'amélioration des conditions de travail et de l'augmentation de l'emploi des infirmières en soins de santé formées à l'étranger à travers le Canada<sup>24</sup>. Évoluant dans la zone de Toronto, elle a réussi à partager l'information dans un groupe privé capitalisant près de 300 infirmières exerçant dans la province de l'Ontario. L'information a également été relayée par **(3)** des *groupes sans buts lucratifs* dédiés aux infirmières, parmi ceux que je peux citer avec leur consentement, le *Canadian Black nurses*

---

<sup>24</sup> Site web de la personne ressource, <https://www.birgitumaigba.com/>

*alliance (CBNA)*<sup>25</sup> ; et enfin **(4)** des *groupements professionnels* dont je tairais le nom. Facebook a donné un seul résultat, et Instagram aucun résultat. Le réseau social X a été une grande surprise et a fini d'achever les difficultés de diffusion sur Internet. Je fus submergé d'un nombre incroyable de courriels pour participer à l'étude. Néanmoins, une fois les modalités de l'enquête expliquées et la portée volontaire de cette dernière c'est-à-dire non rémunérée à participation, je n'ai plus reçu de retour. Cela a pris un temps considérable de relances qui n'ont pas abouti. Enfin, dès les premières entrevues, un processus de référencement s'est mis en place, ce qui aussi permis l'avancée de ma recherche de terrain.

Aussi, un enjeu qui est à prendre en compte est le contexte de recrutement post-Covid-19. En effet, deux tiers des entrevues (soit dix entrevues sur quinze) se sont concentrés sur la période du 7 janvier au 7 février 2022. Le démarrage en septembre s'est avéré difficile (une entrevue) et de la période d'octobre à décembre 2022, 5 entrevues ont été menées. Ajoutée aux restrictions sanitaires imposées par la COVID-19, la disponibilité des répondantes était majoritairement faible. Ce manque de disponibilité a été principalement justifié par une charge de travail importante et des contraintes familiales. Pour pallier ces éléments sanitaires et de disponibilité, l'affiche de recrutement proposait l'option de passer l'entrevue en ligne par le biais de Zoom, tout en laissant le choix de la date, de l'heure, du matériel (Ordinateur, tablette, téléphone) et du lieu, bien que virtuel. Le fait de leur laisser la main sur les conditions de passation de l'entrevue et ma mise à disposition a grandement facilité la négociation des entrevues. Seules 3 entrevues ont eu lieu en personne dans des espaces publics.

---

<sup>25</sup> Site web de l'association <https://canadianblacknursesalliance.org/>

**Tableau 1** : Passation des entrevues

<b>Pseudonyme</b>	<b>Recrutement</b>	<b>Langue</b>	<b>Durée</b>
<b>Adjoua</b>	Référencée	Français	02:00:26
<b>Christine</b>	Référencée	Français	02:31:37
<b>Fabienne</b>	Prise de contact direct (Média social)	Français	00:52:53
<b>Farida</b>	Prise de contact direct (Par courriel)	Français	02:00:47
<b>Florence</b>	Prise de contact direct (Média social)	Français	00:58:27
<b>Jeanne</b>	Prise de contact direct (Média social)	Français	01:29:09
<b>Kémi</b>	Prise de contact direct (Média social)	Anglais	00:22:36
<b>Marie</b>	Référencée	Français	00:30:54
<b>Rose</b>	Prise de contact direct (Média social)	Français	00:42:47
<b>Selina</b>	Affiche de recrutement (Média social)	Anglais	01:01:53
<b>Shauna</b>	Prise de contact direct (Média social)	Anglais	00:41:33
<b>Stéphanie</b>	Prise de contact direct (Par courriel)	Français	02:56:52
<b>Suzanne</b>	Référencée	Français	01:32:52
<b>Uwineza</b>	Affiche de recrutement (Média social)	Français	01:22:33
<b>Yamissi</b>	Prise de contact direct (en personne)	Français	01:28:57

### 4.2.3 : Considérations éthiques

Ce sont certainement, des questions éthiques qui auraient pu potentiellement créer un sentiment d'inconfort au-delà de la thématique de la recherche en elle-même. Afin de prévenir toutes formes de possible inconfort dans le processus de passation de l'entrevue, cette recherche s'est appliquée à suivre et respecter les Énoncés de politique des trois conseils (EPTC 2, 2022). Le certificat éthique pour cette recherche a été approuvé le 29/08/2022 par le Bureau d'Éthique et d'Intégrité de la Recherche (BEIR) de l'Université d'Ottawa. Selon L'article 5.1 de L'EPTC, « les chercheurs doivent protéger les renseignements qui leur sont confiés et éviter d'en faire un mauvais usage ou de les divulguer à tort » (EPTC 2, 2022 :91). Il a donc été important, et au regard de la sensibilité de cette recherche d'obtenir le consentement éclairé et documenté des participantes (cf. formulaire de consentement en annexe 2). Le formulaire de consentement a été signé par toutes les participantes. Il contenait une invitation à participer à la recherche et détaillait de manière claire **(a)** les objectifs de l'étude **(b)** les conditions de la participation **(c)** les risques

encourus : cette étude impliquait un partage d'informations personnelles et concernant leur travail d'infirmière. Si elles étaient dans l'incapacité de signer le document, elles devaient indiquer leur consentement après lecture du formulaire, par courriel. Ce fut le cas pour 3 participantes. Il était donc nécessaire que les participantes aient connaissance et conscience des risques pouvant émerger pendant ou après l'entrevue. Certaines thématiques pouvaient engendrer lors de l'échange et des réflexions un traumatisme ou un re-traumatisme. Par exemple, une participante a fondu en larme à plusieurs reprises lors de son entrevue. Cela a nécessité de négocier l'entretien de la manière la plus humaine et adéquate possible. Dans ce sens, une liste de ressources utiles a été suggérée, bien qu'en signant le formulaire, les répondantes, en tant que professionnel de la santé reconnaissaient en cas de risques de santé plus élevés avoir accès aux ressources nécessaires.

Un point essentiellement important est et demeure la **(d)** confidentialité et l'anonymat. Il a été fondamentalement important de protéger l'identité (Nom, prénom), ainsi que le nom des lieux de formation, des structures où ont été et où sont actuellement employées les répondantes. Dans ce sens, aucune de ces informations ne sera révélée lors de la divulgation des résultats. Les noms des répondantes ont été anonymisés afin qu'elles ne puissent pas être identifiées. Le choix des pseudonymes a été fait afin de respecter les origines respectives de chaque participante. Tous les pseudonymes, s'ils correspondent au nom/prénom de potentielles autres infirmières Noires, ne sont pas ces dernières. Seuls des renseignements d'identifications indirectes, tels que l'âge, la ville de résidence, la ville où se situent les lieux de travail (Ottawa et/ou Gatineau), le pays d'origine et/ou la région ainsi que le statut d'immigration ont été utilisés à des fins d'analyse et peuvent être divulgués dans les développements de la thèse. Dans cette mesure, il n'est pas possible d'associer une participante à une institution de santé en particulier.

Les termes et conditions de la recherche exposés, les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone ou de manière numérique (Zoom) afin de permettre la retranscription et l'exploitation des données. En présentiel, l'entrevue se faisait dans un lieu neutre à la discrétion des participantes. Dans le cas où l'entrevue était en mode virtuel, un lien de connexion Zoom a été créé en amont pour chacune des rencontres et envoyé directement à

la participante concernée, avec les documents relatifs au consentement. La participation étant volontaire, les participantes avaient le droit de ne pas répondre, de façon partielle ou totale aux questions de l'entrevue, en tout temps d'y mettre fin, et de se retirer de l'étude si elle en ressentait le besoin.

Les données collectées à la fin de l'entrevue ont été retranscrites et ces dernières sont conservées de façon sécuritaire. À la fin de la période de collectes des données (soit 10 ans à partir du 29/08/2022), les verbatims seront détruits de façon sécuritaire. Les retranscriptions seront conservées le temps de l'analyse, de la publication et de la production future de documents de recherches scientifiques. Seule une participante dans un rôle de direction a demandé à pouvoir avoir accès à son audio et sa retranscription en tout temps. Pour respecter ce droit, une clause a été ajoutée et approuvée par le BEIR de l'Université d'Ottawa afin de permettre aux participantes d'obtenir un droit de regard sur l'audio de leur entrevue et la retranscription de celle-ci.

#### **4.2.4 : Profil des participantes à la recherche**

Cette sous-partie consistera en un exposé des détails liés aux profils des participantes. Initialement je souhaitais effectuer une présentation individuelle des participantes par ordre d'interview dans une volonté d'humaniser les « profils » en ne les cantonnant pas à de simples données démographiques. Néanmoins, pour des raisons de confidentialité et de respect de l'anonymat, cette présentation des profils se fera de manière factuelle à travers les différents tableaux liés aux informations pertinentes recueillies sur leur situation démographique actuelle. Une introduction plus détaillée augmenterait le risque d'identification des participantes. Enfin, cette sous-partie permettra de mieux contextualiser la lecture des résultats qui seront exposés au chapitre (5) suivant. Ces éléments, bien que factuels, concourent à l'identité sociale (Guenther, 2019 ; Garrau et Provost 2022 ; Magri et MacQueen, 2023) et professionnelle des participantes ainsi que les parcours professionnels qui y sont associées.

Le *Tableau 2* présente l'origine, la durée de l'établissement ainsi que le statut actuel au Canada des répondantes. La diversité des pays d'origine est une représentation assez fidèle de l'immigration afro-caribéenne ancienne et contemporaine au Canada. Les pays d'Afrique de l'Ouest (AFO) sont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, et le Nigéria ; les pays de l'Afrique de l'Est (AFE) sont représentés par la Somalie et le Rwanda ; les Caraïbes (CAR) sont représentées par Haïti et la Jamaïque et enfin, l'Amérique du Nord (AMN), par le Canada et les États-Unis. Dans le tableau ci-dessous, les pays ne sont pas associés directement aux participantes, mais aux régions.

**Tableau 2** : Origine, durée de l'établissement\* et statut au Canada

<b>Pseudonyme</b>	<b>Région d'origine</b>	<b>Durée de l'établissement</b>	<b>Citoyenneté Canadienne</b>
<b>Adjoua</b>	AFO	16 ans	Oui
<b>Christine</b>	AFO	17ans	Oui
<b>Fabienne</b>	CAR	18 ans	Oui
<b>Farida</b>	AFE	30 ans	Oui
<b>Florence</b>	AFO	8 ans	Non
<b>Jeanne</b>	AMN	N. A	Oui
<b>Kémi</b>	AFO	17 ans	Oui
<b>Marie</b>	CAR	14 ans	Oui
<b>Rose</b>	CAR	17 ans	Oui
<b>Selina</b>	AMN	26 ans	Oui
<b>Shauna</b>	CAR	30 ans	Oui
<b>Stéphanie</b>	CAR	19 ans	Oui
<b>Suzanne</b>	AFO	21 ans	Oui
<b>Uwineza</b>	AMN	N. A	Oui
<b>Yamissi</b>	AFO	20 ans	Oui

**Lecture** : \*Présence sur le territoire canadien

Les pays d'Afrique Subsaharienne sont principalement situés en Afrique de l'Ouest et sont représentés par près de la moitié des participantes (N=8). Seule une participante est originaire d'Afrique de l'Est (N=1). Plus de la moitié des répondantes (N=9) viennent donc du continent africain. La deuxième origine la mieux représentée est celle associée aux Caraïbes (N=5). Enfin, 3 participantes sont issues du continent Nord-Américain. Chacune de ces 3 femmes a précisé l'origine de leurs parents à laquelle elles s'identifient, soit respectivement, l'Afrique de l'Est (N=2), et les Caraïbes (N=1).

N/A : non applicable, née au Canada ou États-Unis

Le *Tableau 3* est une présentation de l'âge, de l'état matrimonial et des enfants à charge. L'âge des participantes a été associé à des tranches d'âge de 5 années. Ce découpage a aussi vocation à anonymiser le plus possible l'identité des participantes. L'état matrimonial associé aux enfants à charge tente d'illustrer le statut de cheffe de famille monoparentale que certaines participantes portent. Dans le tableau, les personnes à charge que j'ai choisi de représenter sont les enfants. Néanmoins, d'autres personnes à charge, notamment dans le pays d'origine et issues de la famille élargie, ont été indiquées lors des entrevues.

**Tableau 3** : Âge et statut matrimonial

<b>Pseudonyme</b>	<b>Tranche d'âge</b>	<b>Statut marital</b>	<b>Enfant(s) à charge</b>
<b>Adjoua</b>	45 à 50 ans	Divorcée/Séparée	2
<b>Christine</b>	45 à 50 ans	Divorcée/Séparée	3
<b>Fabienne</b>	45 à 50 ans	Divorcée/Séparée	2
<b>Farida</b>	45 à 50 ans	Conjointe de fait/Mariée	5
<b>Florence</b>	25 à 30 ans	Célibataire	0
<b>Jeanne</b>	45 à 50 ans	Conjointe de fait/Mariée	2
<b>Kémi</b>	25 à 30 ans	Célibataire	0
<b>Marie</b>	45 à 50 ans	Conjointe de fait/Mariée	2
<b>Rose</b>	30 à 35 ans	Célibataire	0
<b>Selina</b>	25 à 30 ans	Célibataire	0
<b>Shauna</b>	35 à 40 ans	Divorcée/Séparée	2
<b>Stéphanie</b>	45 à 50 ans	Divorcée/Séparée	1
<b>Suzanne</b>	45 à 50 ans	Conjointe de fait/Mariée	1
<b>Uwineza</b>	30 à 35 ans	Conjointe de fait/Mariée	1
<b>Yamissi</b>	30 à 35 ans	Célibataire	0

**Lecture** : La majorité des femmes ayant participé à l'étude se trouvent dans la tranche d'âge des 45-50 ans (N=8). 1 femme sur 15 est dans la tranche d'âge des 35 à 40 ans, 3 femmes sur 15 sont dans la tranche des 30-35 ans et 3 femmes sur 15 sont dans la tranche des 25 à 30 ans. Les tranches d'âge moins représentées sont celles de 20 à 25 et de 40 à 45 ans. Néanmoins, l'âge n'était pas un critère d'inclusion ou d'exclusion à la recherche. Les participantes, séparée ou divorcée (N=5) ont la charge principale de leur(s) enfant(s).

Le *Tableau 4* présente les différents grades en soins infirmiers des participantes ainsi que le domaine dans lequel elles exercent présentement. Les intitulés d’emploi exacts et les structures associées n’ont pas été mentionnés dans la mesure où ils pouvaient être associés aux participantes. L’indication du domaine d’exercice pallie ces informations protégées. Enfin, le lieu d’exercice a été indiqué à l’instar du lieu de résidence.

**Tableau 4** : Grade en soins infirmiers, domaine et lieu d'exercice

<b>Pseudonyme</b>	<b>Grade d’infirmierie</b>	<b>Domaine d’exercice</b>	<b>Lieu d’exercice</b>
<b>Adjoua</b>	INF clinicienne	Santé mentale	Gatineau (Québec)
<b>Christine</b>	INF clinicienne	Santé mentale	Gatineau (Québec)
<b>Fabienne</b>	INF autorisée	Gestion des risques cliniques	Ottawa (Ontario)
<b>Farida</b>	INF clinicienne (PhD en cours)	Santé mentale	Ottawa (Ontario)
<b>Florence</b>	INF auxiliaire	Soins palliatifs	Gatineau (Québec)
<b>Jeanne</b>	INF clinicienne spécialiste	Santé mentale	Ottawa (Ontario)
<b>Kémi</b>	INF clinicienne	Cardiologie	Ottawa (Ontario)
<b>Marie</b>	INF auxiliaire	Réadaptation	Ottawa (Ontario)
<b>Rose</b>	INF auxiliaire	Soins longue durée	Ottawa (Ontario)
<b>Selina</b>	INF clinicienne spécialiste	Santé mentale	Ottawa (Ontario)
<b>Shauna</b>	INF clinicienne	Soins aigus	Ottawa (Ontario)
<b>Stéphanie</b>	INF clinicienne spécialiste (PhD)	Urgence	Ottawa (Ontario)
<b>Suzanne</b>	INF clinicienne	Soins infirmiers en gérontologie	Ottawa (Ontario)
<b>Uwineza</b>	INF autorisée	Fédéral	Ottawa (Ontario)
<b>Yamissi</b>	INF clinicienne (PhD en cours)	Santé des populations	Gatineau (Québec)

**Lecture** : Le domaine d’exercice le mieux représenté est la santé mentale et le grade de soins infirmiers le mieux représenté, celui d’infirmière clinicienne. De manière générale sur l’échantillon, les participantes exercent dans différents domaines et exercent principalement dans la ville d’Ottawa en Ontario (N=11 à Ottawa, Ontario ; contre N=4 à Gatineau, Québec).

### 4.3 : Analyse des données sous le prisme de l'IPA

#### 4.3.1 : L'IPA et le *meaning making*

L'analyse phénoménologique interprétative (IPA) est une approche qualitative de recherche qui vise à examiner de quelles manières les personnes donnent sens aux expériences vécues telles que subjectivement perçues par celle.eux qui les racontent (Brocki et Wearden, 2006 ; Gelin et coll., 2015 ; Antoine 2017 ; Antoine et Smith 2017 ; Greening, 2019). L'IPA dans sa portée compréhensive vise à s'engager avec les réflexions qui émanent de ces expériences vécues. Le terme apparaît pour la première fois dans l'article de Jonathan Smith en 1996. L'objectif de ce dernier était d'introduire une approche sous-représentée selon lui dans le champ d'étude en psychologie de la santé. Il précise qu'à cette période, un débat intellectuel en psychologie sociale opposait les partisans des traditionnels paradigmes méthodologiques quantitatifs à ceux qui pensaient pertinent d'explorer des alternatives épistémologiques et méthodologiques. Ce débat prenait place dans l'antagonisme qui marquait deux courants contemporains majeurs de la psychologie sociale anglo-saxonne/britannique : la *cognition sociale* d'une part et l'*analyse du discours* de l'autre.

“Discourse analysis, as presented by Potter and Wetherell (1987), represents a radical and explicit attack on social cognition, evident from the sub-title of their book ‘Beyond Attitudes and Behaviour’. **A central premise of Potter and Wetherell’s position is a challenge to the assumption that verbal reports reflect, or can be easily related to, underlying cognitions.** Rather, Potter and Wetherell suggest that what people say is in large measure contingent upon the situation they find themselves in and this form of discourse analysis (or DA) is concerned with attempting to elucidate the interactive tasks being performed by verbal statements and how those tasks are accomplished” (Smith, 1996: 262).

Smith (1996) suggère que L'IPA serait une approche médiatrice entre ces deux courants. Il la définit comme étant une approche ayant l'objectif « d'explorer la vision du monde du participant et d'adopter, dans la mesure du possible, une “perspective” d'*insider* » (Smith, 1996 : 264). En 1999, dans un article avec Jarman et Osborn (Smith et coll., 1999), la définition et les perspectives de l'IPA en psychologie de la santé est approfondie. Plusieurs autres définitions au départ de cette dernière ont émergé, dont celle d'Antoine et Smith

(2017) dans un article en français qui soutient aussi le manque de référence sur la question dans le paysage francophone de la recherche sur la phénoménologie et l'analyse phénoménologique interprétative. Ils définissent l'IPA comme une « étude approfondie de l'expérience individuelle vécue basée sur la formulation propre qu'en fait la personne » (Antoine et Smith, 2017 : 375).

Cette première introduction met en lumière les perspectives théoriques de l'IPA. Initialement, dans son article de 1996, Smith associe ces influences à la phénoménologie – dont nous avons eu un aperçu précédemment – et à l'interactionnisme symbolique. L'interactionnisme « est une perspective théorique qui suppose que les [individus] construisent leur *moi*, leur monde social et leur société à travers l'*interaction* » (Charmaz et coll., 2019 : 19, traduction libre). En tant que perspective, « elle offre une lentille pour nous regarder nous-mêmes, la vie quotidienne et le monde » (Ibid. p. 19). Ces perspectives (Phénoménologie, interactionnisme, et j'ajouterais la sociologie cognitive) recourent la définition du racisme que propose Essed en 1991.

Récemment dans son ouvrage en collaboration avec Paul Flowers et Michael Larkin (2022), Smith précise que les perspectives théoriques de L'IPA se trouvent dans la phénoménologie (cf. point 4.1.3), mais aussi dans l'herméneutique et l'idiographie. En référence à la phénoménologie, l'IPA est une démarche réflexive « [elle] procède avec rigueur à l'examen de ce qui vient à la conscience, de l'expérience vécue. [Elle] partage avec bien d'autres approches qualitatives, la mise entre parenthèses de l'attitude naturelle, la tentative d'*epochè*, avant et durant le processus d'analyse » (Antoine, 2017 :37). L'*epochè*-réduction ici permet tout juste d'avoir le recul objectif nécessaire dans la recherche pour ne pas influencer de manière profonde le partage, le contenu et l'analyse des données.

L'herméneutique est une théorie de l'interprétation et un art de la compréhension (Antoine, 2017 ; Smith et coll., 2022) qui suggère que si l'on examine une expérience donnée, le chercheur.euse-analyste a pour rôle de faciliter la compréhension de ce phénomène. Antoine (2017) précise que la relation entre l'herméneutique et L'IPA est complexe, mais que cette dernière reste un pilier de l'approche, bien que les différents philosophes

phénoménologues aient une réflexion différente sur le lien entre l'herméneutique, l'expérience et l'interprétation. Ces réflexions définissent la relation complexe entre « ce qui est interprété et l'interprète » (2017 : 42). Cela nous amène à la question de la double herméneutique qui tient « compte tout à la fois de l'engagement du participant pour accéder et donner du sens à son expérience personnelle et de l'engagement du chercheur pour analyser la démarche du participant » (Antoine et Smith 2017 : 375), laissant place à deux analystes agissants dans des temporalités différentes.

L'IPA dans une perspective idiographique, considère un petit nombre de cas ou d'individus en s'intéressant à ce qui est « particulier » (Antoine, 2017 ; Smith et coll., 2022) contrairement à la nomothétique qui vise plus à établir des lois générales et universelles. Néanmoins, l'idiographie ne signifie pas qu'il n'y a pas de possibilités de généralisation, elle les établit simplement de manière différente. Le fait d'analyser individuellement et au cas par cas les expériences permet une meilleure mise en relation de ces dernières, et cette analyse idiographique est une étape importante de l'IPA.

Pour Smith et coll. (2022) choisir l'IPA par rapport à d'autres approches qualitatives repose principalement sur le fait qu'"it is consistent with the epistemological position of your research question [...] it should fit with the philosophy of knowledge that shape your research question" (2022, 40-41). La question de recherche doit être orientée sur l'expérience et/ou la compréhension d'un phénomène (la question de recherche de cette étude étant : **quelles sont les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires exerçant dans la région de la capitale nationale (Ottawa-Gatineau)**), elle ne doit pas être causale, mais porter sur le « sens ». L'IPA, parce qu'elle est dans une logique interprétative qui vise à « donner sens », favorise un procédé inductif qui suggère que les données nous donnent l'accès à *et* la compréhension des faits qu'on tentera d'expliquer, contrairement à une démarche hypothético-déductive, qui tente de vérifier ou non des hypothèses préétablies.

### 4.3.2 : Retranscription et codage des données

La première étape qui vient après la récolte des données qualitatives est celle de la retranscription de ces dernières afin de pouvoir les analyser. Cette étape nécessite autant d'attention de la part du/de la chercheur.euse, que pendant l'analyse *per se*. Les retranscriptions ont été effectuées par moi-même et à l'aide d'un professionnel. En effet, les données en anglais (N=3) qui n'est pas ma langue première, ont été professionnellement retranscrites. Ce choix se justifie par le fait d'avoir voulu obtenir une retranscription fidèle au verbatim sans erreurs de langue de ma part. La personne recrutée a signé un accord de confidentialité et de non-divulgateion du contenu des entrevues.

Cette première partie de la retranscription s'est faite de manière réflexive (Antoine et Smith, 2017 ; Paillé et Mucchielli, 2021) et a permis de se familiariser au contenu de chacune des entrevues par la prise de note active sur les perspectives pertinentes qui émergeaient de l'expérience relatée de manière individuelle (Smith et coll., 2022). C'est ce que Paillé et Mucchielli (2021) appellent l'examen phénoménologique. Ils insistent sur l'importance d'écouter les participant.e.s :

« L'examen phénoménologique des données, c'est **l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les "faire parler"**. Cet examen consiste ainsi à donner la parole avant de la prendre soi-même [...] Ceci signifie qu'il importe non seulement d'écouter l'autre, mais aussi de lui accorder du crédit, c'est-à-dire d'accorder de la valeur à son expérience » (Paillé et Mucchielli, 2021 : 185).

Une fois les retranscriptions terminées, chacune d'entre elles a été lue en écoutant le verbatim afin de corriger toutes potentielles erreurs apparaissant dans la retranscription. Une attention particulière a été apportée à la validation des trois entrevues qui ont été professionnellement retranscrites afin de m'imprégner de ces dernières, tout en les vérifiant. La retranscription a été faite mot à mot et a inclue les tics de langages, seules les répétitions multiples ont été retirées. À la suite de la vérification de la retranscription des entrevues, chacune a été relue individuellement. Cette attitude est elle-même phénoménologique dans le sens où elle respecte (1) le principe idiographique qui suggère

une attention particulière au cas par cas (Antoine 2017 ; Antoine et Smith 2017 ; Smith et coll., 2022) ; (2) la mise entre parenthèses (Bécherraz, 2002) au maximum de toutes interférences extérieures à l'expérience relatée et de prendre la distanciation nécessaire à la préanalyse des données. Nous l'avons vu, cette attitude de réduction, bien que nécessaire, ne peut être totalement atteinte (Al Saji Ali ; 2017 ; Garrau et Provost, 2022). Néanmoins, « les préjugés dans l'acte de compréhension sont non seulement inévitables, mais [ils] constituent également des points d'appui. L'attitude phénoménologique n'est pas pour autant reniée, elle est un moment et une condition de la compréhension authentique » (Paillé et Mucchielli, 2021 : 190).

Pendant cette relecture individuelle, des annotations ont été faites sur les thèmes qui émergeaient respectivement de chacune des entrevues. Cette étape a permis d'avoir une bonne connaissance de la manière dont le phénomène opère pour chacune des participantes. Une lecture au cas par cas est essentielle dans la démarche phénoménologique (Antoine, 2017 ; Antoine et Smith, 2017 ; Smith et coll., 2022). Un arbre de codage composé de codes et de sous-codes a été élaboré sur la base de ces thèmes individuels afin de faire ressortir l'expérience du groupe. Le codage permet donc d'associer une partie de texte à un code/thème. Cela permet de percevoir quels thèmes reviennent dans plus d'un cas. À l'aide du logiciel de codage de donnée Nvivo, les quinze entrevues ont été codées. Lors du codage, des codes et des sous-codes ont été ajoutés ou supprimés dans la mesure où, durant le codage initial des expériences individuelles certaines thématiques [ré]émergeaient. Ce processus vient faire écho à la portée itérative et inductive de l'IPA qui suggère d'être attentif aux récurrences dans les cas individuels, ainsi qu'aux convergences et aux divergences qui traversent l'ensemble des cas.

Spencer et coll. (2003) attribuent l'émergence de méthodes qualitatives assistées par ordinateur à Tesch dans les années 1990, ainsi qu'à Weitzman et Miles dans les années 1995. Sur l'ensemble des CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) qui existent pour supporter l'analyse des données, iels précisent qu'il n'y en a pas un qui se démarque plus que les autres. Iels suggèrent de choisir celui qui fonctionnerait mieux au type d'analyse choisie. Certains se destinent à l'analyse de fichier vidéo et sonore

quand d'autres se destinent à l'analyse textuelle ou de contenu (Komis et coll., 2013). Ces logiciels se divisent en cinq catégories, dont celle qui nous intéresse soit, les programmes de codage et d'extraction (Mason, 2002 ; Spencer et coll., 2003). Ces programmes permettent le codage des parties du texte et d'insérer ces dernières dans le ou les codes qui leur sont associés. Ayache et Dumez (2011) expliquent qu'il existe une large littérature sur le codage et ses enjeux qui ont largement été influencés par la théorisation ancrée. Ce dernier consistera dans ce sens en une « réduction des unités de sens » (2011 : 37) afin de les faire rentrer dans des catégories, puis en une « théorisation » associée aux unités catégorisées de codage. L'ensemble de ce processus serait gage de rigueur dans le traitement des données. Le logiciel de codage Nvivo répondrait à cette logique de théorisation ancrée (Ollivier, 2017). Néanmoins, Ayache et Dumez (2011) soulèvent des points essentiels lorsqu'ils suggèrent que :

« L'objet du codage est uniquement de constituer des séries d'unités de sens qui vont quadriller l'ensemble souvent très volumineux du matériau qualitatif, pas de faire naître des concepts comme on le croit souvent. **Cet instrument bricolé doit permettre un travail qui, lui, doit être le plus rigoureux, le plus approfondi et le plus systématique possible d'analyser des ressemblances et des différences des unités de sens** » (2011 : 44).

Une perspective aussi soutenue par Spencer et coll. (2003) qui attestent que le codage n'est pas l'analyse à proprement parler et que les logiciels qui permettent le traitement de ces données ont pour principale vocation d'organiser et de structurer ces dernières aux vues d'une analyse plus approfondie. C'est le.la chercheur.euse qui établit ce qui peut et doit être analysé. Dans le cadre de l'IPA, là est le rôle de l'herméneutique c'est-à-dire de l'interprétation par le.la chercheur.euse des expériences qui ont été partagées. D'autre part, Antoine et Smith (2017) précisent en quoi l'IPA dans le processus d'analyse est différente de la théorisation ancrée,

« La **grounded theory** (GT) vise à proposer un modèle général dit enraciné à partir d'un corpus de données variées en l'enrichissant progressivement en fonction de nouvelles questions émergentes des analyses en cours, ce jusqu'à épuisement subjectif des questions. **L'IPA vise la construction d'un modèle plus contextualisé auprès d'un échantillon circonscrit, restreint et homogène.** L'analyse des corpus est comparable, à ceci près que cette phase du travail est assez libre en IPA et plus encadrée en GT » (Antoine et Smith, 2017 : 376).

La retranscription et le codage sont donc une étape de pré-analyse des données qui est importante dans le processus analytique. Cope (2014b) précise que l'un des enjeux majeurs

pendant le codage avec des CAQDAS est le désengagement envers les données. Il est donc nécessaire d'effectuer ce processus de manière rigoureuse et consciencieuse.

### **4.3.3 : Analyse thématique et mise en relation des données**

Pour donner suite à la retranscription et au codage des données, une analyse des extraits par code a été effectuée. Bien que le codage puisse être considéré comme la prémisse de l'analyse en permettant une lecture **(a)** littérale des données, voire sémantique et descriptive (Mason, 2002), l'analyse des données relève en plus d'une lecture **(b)** interprétative et **(c)** réflexive. Cette étape dépend donc du niveau **(b)** d'interprétation c'est-à-dire "what you think the data mean or represent or what you think you can interfere with them" (Mason, 2002: 149), que le.la chercheur.euse choisit. À partir des extraits, il a fallu être en mesure de déceler les éléments implicites du discours en lien avec le phénomène étudié. Mais cette « interprétation » de l'implicite part de l'interprétation qu'en ont fait les participantes dans leur tentative de donner sens à leur expérience (Pollio, Henley et Thompson, 1997 ; Van Manen, 2014 ; Smith et coll., 2022). Pour Mason (2002), peu importe la forme interprétative choisie, il faut être en mesure de lire à travers et par-delà les données. **(c)** La réflexivité sur les expériences partagées participe donc au processus d'interprétation, c'est cette dernière qui place le.la chercheur.euse comme part intégrante des « données » dans leur processus de génération (cf. point 4.2).

Spencer et coll. (2003) détaillent le processus hiérarchique de l'analyse qui passe de la gestion des données à leur description, permettant d'identifier les éléments clés (c'est ce que nous avons détaillé dans la section précédente) ainsi que leurs explications. Dans ce sens, selon Creswell (2007) l'analyse des données est un processus circulaire et itératif construit sur mesures, dépendamment du type d'approches et de méthodes choisies, mais surtout en fonction du type de données recueillies. Il suggère qu'à la suite de l'organisation, du codage et de la classification des données, vient son interprétation et cela est rendu possible par plusieurs lectures intensives. En effet, "this process consists of moving from

the reading and the memoing loop into the spiral to the describing, classifying and interpreting loop, in this loop, code or category (and these two terms will be used interchangeably) formation represents the heart of qualitative analyses” (Creswell, 2007: 151).

Connelly (2010), mais aussi Smith et coll. (2022) dans le cadre de l’IPA soutiennent justement que cette étape **(1)** de « reading and re-reading » est cruciale. Ils continuent en expliquant que de cette manière le.la chercheur.euse se familiarise et s’engage avec les données, « repeated reading also allows a model of the overall interview structure to develop and permits the analyst to gain understanding » (Smith et coll.,2022 : 78). À ce moment, **(2)** la prise de note exploratoire a constitué l’analyse textuelle qui a donné sens au sens donné au phénomène par les participantes. Ces notes peuvent être descriptives, conceptuelles, linguistiques ou liées aux émotions transmises lors de l’entrevue. À partir de ces notes exploratoires, **(3)** il a été possible de faire ressortir les expériences individuelles des participantes. Ce sont ces deux étapes **(2 et 3)** qui permettent l’élaboration d’expériences communes aux participantes,

“Remember, within the IPA we are not trying to present a kind of ‘group norm’ or ‘average’ of the experience we are investigating. Instead, within cross-case analysis **we are trying to highlight the shared and unique features of the experience across the contributing participants.** We want to understand and explore points of convergence and divergence at the level of contributing case” (Smith et coll., 2022: 100)

Ainsi, le chapitre de résultats s’est construit sur les thématiques expérientielles communes qui sont ressorties à travers le codage. Des extraits d’entrevue ont été utilisés pour illustrer de la manière la plus concrète l’expérience des infirmières Noires. Ces extraits doivent faire écho à la question de recherche établie (Connelly, 2010).

#### 4.3.4 : Véracité et validité des données

Le type de méthodologie choisie qu'elle soit quantitative ou qualitative nécessite d'établir la validité et la véracité des données recueillies. De manière générale, l'*objectivité* et la *neutralité* dans la recherche attestent de la fiabilité des données recueillies et justifient l'usage de méthodes tout aussi objectives tel que les méthodes quantitatives. Dans ce sens, l'objectivité et la neutralité des méthodes qualitatives ont largement été débattues du fait de leur profonde subjectivité amenée par sa logique compréhensive (Cope 2014a ; Kohn et Christiaens, 2014 ; Giordano et Jolibert, 2016). Parallèlement, la recherche féministe et le *feminist standpoint* principalement associé à l'expérience subjective et à la recherche qualitative a elle aussi été critiquée. Pour Perakyla (2004), renforcer l'objectivité d'une recherche "is a very concrete activity. It involves efforts to assure the accuracy and inclusiveness of recording that the research is based on as well as efforts to test the truthfulness of the analytic claims that are being made about those recordings" (2004: 283). Cette objectivité en études féministes et ce qu'Haraway (2007) appelle le « savoir situé ». Selon Kohn et Christiaens (2014), la méthodologie qualitative est associée aux dangers de la subjectivité à travers la formulation des questions d'entretien : le.la chercheur.euse pourrait volontairement poser les questions pour influencer de manière consciente ou inconsciente les réponses des participant.e.s afin de les aligner à ses propres attentes et ainsi d'obtenir des réponses qui établiraient la validité de ses hypothèses. Elles continuent en précisant que l'absence d'objectivité peut être observée à travers la difficulté à quantifier la question ou la problématique.

La rigueur associée à la neutralité dans le processus méthodologique, c'est-à-dire du recrutement à la collecte des données et à leur analyse, ainsi que la véracité dans l'interprétation et l'exposition des résultats sont un enjeu important en recherche. La véracité – *truthfulness* – ici prévaut, dans le sens de traduire et d'interpréter sans faire perdre l'essence et le sens premier qu'ont donné les participant.e.s à leur récit. Cette véracité est vérifiable à travers les verbatims, les retranscriptions et la transparence dans les processus d'analyse (Ritchie et Lewis, 2003 ; Perakyla, 2004 ; Cope 2014a). Connelly (2010) suggère que, dans la littérature en phénoménologie, la question de la rigueur est

moins discutée si ce n'est moins clarifié. Néanmoins, l'idée de « la mise entre parenthèse » peut être pensée et discutée au niveau de la rigueur stricte de la recherche, mais, comme nous avons pu le voir dans une perspective phénoménologique critique, cet état ne peut être totalement atteint. Cette perspective fait aussi échos avec la recherche féministe où, similairement, cette neutralité ne peut être totalement atteinte (Al Saji, 2017 ; Garrau et Provost, 2022).

Dans le cadre d'une recherche qualitative, plusieurs auteur.rice.s s'accordent sur des points qui attestent de la rigueur et de la véracité, mais surtout la crédibilité (Cope 2014a) *de* et *dans* l'analyse des données en se basant sur les critères établis par Lincoln et Guba en 1985 (Bécheraz, 2002 ; Fossey et coll., 2002 ; Creswell, 2007 ; Houghton et coll. 2013 Cope 2014a). Selon iels, l'attestation de la véracité et de la fiabilité de la recherche passe par **(a)** sa *crédibilité*, soit la capacité du.de la chercheur.euse à mener la recherche de manière crédible et de pouvoir prouver sa crédibilité en s'engageant de manière prolonger avec les données afin de comprendre le phénomène. D'autre part, l'échange avec les superviseur.e.s sur les différentes perspectives émergentes lors de l'analyse et l'avis « extérieur » permet d'obtenir des contributions nouvelles, de vérifier ou d'attester de la crédibilité. De plus, un engagement intensif au cœur des données peut ne pas être exempt d'omission. Ce regard extérieur est donc nécessaire ; **(b)** *par sa fiabilité* et sa *conformité* pouvant être attestées grâce au détail du processus méthodologique et des choix qui ont été effectués tout au long de la recherche jusqu'à la présentation des résultats ; et d'autre part, en assurant que ce qui a été partagé par les participant.e.s n'est pas le point de vue du.de la chercheur.euse ; **(c)** *par sa transférabilité*, c'est-à-dire la possible application des résultats à un autre groupe ou une généralisation à une plus grande échelle. Dans le cas de la recherche qualitative et principalement dans l'approche phénoménologique, ce point ne peut être pris strictement en compte, car l'objectif premier est d'arriver à une compréhension globale du phénomène, pas de le généraliser. Selon Houghton et coll. (2013), la transférabilité peut être supportée par une "*thick description*". Ce terme proposé par Geertz (Costey, 2003) est une démarche qui consiste en une description et une interprétation détaillée, qui passe par la narration et qui doit intégrer « la diversité des niveaux de signification » et leur pluralité concernant un phénomène donné ; et enfin **(d)**,

par son *authenticité*. Cope (2014a) soutient que c'est à travers l'usage d'extrait d'entretien qu'il est possible de faire ressortir la véritable expérience des participantes. Ce dernier critère et le critère de transférabilité de Houghton et coll. (2013) se rejoignent.

Dans le cadre de l'IPA et dans la lignée des critères relatifs à la recherche qualitative, Smith et coll. (2022) définissent 7 critères pour conduire une analyse interprétative de qualité :

- (1) *considérer l'étendue analytique*, il s'agit de favoriser une analyse en profondeur – *depth* – et non sur la largeur – *breadth* – ;
- (2) *Prendre le temps d'élaborer les expériences individuelles et les expériences collectives* afin de favoriser la profondeur dans l'analyse, qui permettra une lecture détaillée des expériences ;
- (3) *Garantir des données de haute qualité* néanmoins, de bonnes compétences analytiques pallient à une faible qualité des données ;
- (4) *démontrer la rigueur*, qui revient sur la notion de transparence *du* et *dans* le processus analytique ;
- (5) *détailler la complexité de la recherche*, dans le respect de la démarche idiographique, une IPA devrait être en mesure de faire ressortir l'expérience individuelle, mais aussi de groupe et ainsi faire ressortir les convergences et les divergences à travers les différents cas ;
- (6) *Illustrer la profondeur analytique et éviter les descriptions*, l'analyse ne doit pas seulement être basée sur des faits relatifs au phénomène, mais à leur signification ; et enfin
- (7), *écrire de manière attentive et réflexive* à travers l'ensemble du travail de recherche. Il faut également retenir qu'il est essentiel de constituer l'analyse comme un point d'ancrage au chapitre de discussion. Finalement, pour Fossey et coll.,

**“[A] good qualitative research is characterized by congruence between the perspective (or paradigm) that informs the research questions, and the research methods used.** The quality of qualitative research and standards for ethics in qualitative research are also interconnected, so that central to both issues is whether the subjective meaning, actions, and social context of those being researched is illuminated and represented faithfully” (2002: 731).

Pour Antoine et Smith (2017) afin d'apprécier la qualité et la validité de la recherche phénoménologique, elle

« Doit reposer sans ambiguïté sur une triple démarche phénoménologique, herméneutique et idiographique ; **le manuscrit doit être suffisamment transparent pour que le lecteur prenne pleinement connaissance de ce qui a été fait** ; les résultats des analyses doivent être cohérents, plausibles et intéressants. Les extraits doivent témoigner de la densité des thèmes et de leur prégnance dans le corpus de données » (2017 : 381).

Respecter au mieux l'ensemble des critères relatifs à l'analyse qualitative et à l'IPA concourt à la transparence, à la crédibilité et à la fiabilité de la recherche qui a été menée tout en se rapprochant de manière concrète au concept d'objectivité et de neutralité *en et dans* la recherche. Nonobstant, une recherche *par, avec et pour* les femmes Noires sera continuellement scrutée et interrogée au regard de ces concepts qui tentent d'une certaine manière d'invalider sa véracité et sa portée. Mais là est tout l'enjeu d'une recherche critique, perturbatrice et émancipatrice informée par les théories *Black feminist*

\*\*\*

## CHAPITRE 5 : Résultats de la recherche

### Parcours professionnels des infirmières Noires et expériences vécues du racisme

---

Le chapitre suivant aura pour objectif d'exposer les résultats obtenus lors de la recherche à travers les entrevues qui ont été menées avec les 15 infirmières Noires qui ont participé à l'étude. Le but de la recherche étant de comprendre l'expérience de ces femmes de leur point de vue, les résultats sont exposés selon les différents objectifs qui ont été soulignés soient **(a)** l'identification des différents niveaux d'opération du racisme et des formes de ce dernier **(b)** les différents impacts de ce racisme sur la santé psychologique et physique des répondantes, mais également, sur leur avancement de carrière. Enfin, il s'agissait d'identifier **(c)** les différentes stratégies d'adaptation mises en œuvre par ces femmes pour contrer le racisme et ses effets. Étant donné que cette recherche possède une portée compréhensive, les résultats de cette recherche ont été analysés selon les thématiques suivantes : **1)** l'expérience et les formes de racisme perçues et vécues en formation ; **2)** l'expérience et les formes de racisme perçues et vécues en emploi ; **3)** les effets du racisme et les stratégies d'adaptation que les répondantes ont mises en œuvre. Des encadrés incluant des extraits d'entrevues longs sont intégrés pour illustrer des expériences contextualisées qui ont été racontées par les infirmières Noires en lien avec les thématiques traitées. Ces encadrés ont pour objectif de permettre aux lecteur.rice.s de s'immerger au cœur de l'expérience de ces femmes.

### **Encadré 1 : « À une tétée de l'éjection »**

#### **Adjoua :**

« À la dernière session, j'ai failli me faire éjecter du programme parce que j'ai... en étant en périnatalité, en obstétrique, je devais surveiller une maman qui venait d'accoucher par rapport aux différentes tétés. Et j'arrive, j'ai dit à la mère, votre enfant à huit tétés. Et je pense que si ma mémoire est bonne... J'ai tellement enfoui ça que je ne peux même pas me rappeler, je sais plus combien de tétés les enfants devaient avoir, mais il y avait une tétée qu'à la fin de la journée l'enfant n'avait pas eue parce que je suis partie derrière la mère pour lui dire "ah l'enfant doit téter c'est le moment" et le père m'a dit " ah ! elle est partie sous la douche". Je dis "ok, quand elle va revenir, est-ce que vous pouvez le faire... la commission ?". Donc à la fin de la journée, on se rencontre avec la prof et je lui explique, "ah dans la journée, l'enfant a eu comme huit tétés ceci-cela". Au début... Elle a éclaté, elle a commencé à sacrer comme on le dit et même les autres infirmières autour qu'on avait trouvées sur l'étage avaient trouvé ça bizarre. "Ah, mais là !!! Mais Adjoua, mais voyons donc !!". Pour une tétée !! L'enfant, ça ne l'a pas tué, rien du tout. Donc du coup bah moi j'ai pris ça comme ça et il s'est trouvé qu'à la moitié des stages normalement ont fait des points, fait qu'elle nous appelle un à un pour nous dire ce qui a été et ce qu'il faut travailler. J'arrive on me dit "oh, tu... tu es super bonne si je devais me faire soigner, je pense que c'est toi que je prendrai" des choses comme ça, genre pour me rassurer. Je dis "ok". On finit la formation. Dans les notes, la madame me rencontre, elle me dit, " écoute là, moi là, j'étais prête à t'éjecter du programme à cause de cette tétée-là, tu n'as pas suivi la mère comme il le faut, je ne voulais plus que tu continues, mais tu as de très belles notes en classe". Et, elle est même allée voir la directrice du programme et la directrice lui a dit non " regarde sa progression jusqu'aujourd'hui. Elle a de très belles notes en classe, elle avait des 90 % en stage. Si tu regardes, c'est seulement dans ta matière en stage que tu te plains d'elle. On n'a jamais entendu parler d'elle [...] moi je n'accepterai pas", et **c'est elle [la professeure] qui m'explique là qu'on m'enlève du programme ?** Fait que la dame m'a donné juste 60 % ce qu'il fallait pour passer ».

### **5.1 : Au commencement était... la perception du racisme dès les bancs de formation**

Pour les infirmières interrogées, le racisme débute sur les bancs de formations où elles semblent être traitées différemment que leurs collègues blanc.he.s. Deux versants de la formation sont ressortis des entretiens : les *cours* théoriques et les *stages* cliniques. Ces deux composantes essentielles au cursus en sciences infirmières sont apparues comme

décisives au maintien [dans la formation] et à la poursuite de la formation des infirmières interrogées.

### 5.1.1 : En théorie... Rester et poursuivre la formation

Si les cours et l'obtention des diplômes en sciences infirmières peuvent représenter un challenge pour les futur.e.s infirmier.ère.s, la question de l'évolution et la rétention dans la formation ont été soulevées par les infirmières Noires interrogées. En effet, certaines des répondantes ont souligné la difficulté de rester et de poursuivre dans la formation. Certaines d'entre elles se sont vues également ralenties dans leur processus d'accès à un niveau de diplôme supérieur (baccalauréat, maîtrise, doctorat). Elles ont pointé du doigt des traitements qu'elles attribuent au racisme. Une perspective que Christine et Marie précisent fermement,

**Christine** : « De toutes les manières, dès même l'université ils font déjà un tri. Dès même l'université, la cohorte des Noirs-là, ce n'est pas la même cohorte à la fin de la formation, il y a beaucoup qui abandonnent, beaucoup qui sont chassées des stages, tout ça, dès l'université, dès la formation ».

**Marie** : « Ce n'est pas seulement à l'hôpital qu'on a subi du racisme, même au niveau de la formation à la \*\*\*\*. Il y avait beaucoup de racisme aussi. Tout au long, on subit ça... ce n'était pas facile. Parce qu'on subit bien le racisme ».

Justement, en me partageant son expérience Adjoua, faisant le même constat que Christine, se demandait quel était le niveau de rétention dans la formation des étudiant.e.s Noir.e.s en sciences infirmières ainsi que leur faible représentation à mesure qu'elle avançait dans le programme. Elle a débuté son programme de DEC (diplôme d'étude collégiale) accéléré en deux ans avec vingt-quatre personnes Noires et environ six personnes blanches. Elle précise avoir atteint la fin du programme seulement avec une autre collègue Noire,

**Adjoua** : « Est-ce qu'ils ont un nombre de Noirs qui doivent rester dans le programme ou c'est quoi ? J'avoue que ça donne matière à réfléchir et tous ceux avec qui on a commencé le programme, ce n'étaient pas des personnes nulles, c'est juste pour des situations comme

ça là... ils oublient qu'on est en état d'apprentissage. Nous, les personnes de couleur ont devaient travailler doublement pour pouvoir...les autres ont été recalés, ceux qui ont été... qui ont eu plus de courage on a attendu encore deux sessions, trois sessions pour pouvoir se remettre dans le programme. Mais d'autres qui en ont eu marre ont juste laissé tomber ».

Marie et Yamissi soulignent que les préjugés et les stéréotypes racistes liés aux personnes Noires ainsi que, l'existence du racisme dans le domaine justifient ce triage dans le parcours de formation. D'autre part, le constat est que ce tri se matérialise à travers des processus d'évaluation et de notation dans les cours. Pour certaines des répondantes, les étudiant.e.s Noir.e.s sont évaluées et notées de manière plus sévère que leurs collègues étudiant.e.s blanc.he.s. Une sévérité qui permet leur éjection du programme et impact de manière significative la poursuite vers un grade de diplôme supérieur. De ce fait, et si on fait référence aux propos d'Adjoua et Christine, cela résulte de la faible présence et représentativité des femmes Noires au sein des formations plus diplômantes. Pour Marie, Suzanne et Yamissi cette notation a un fort impact sur le cursus et la carrière des futures infirmières Noires. Suzanne apporte une réflexion sur une notation, qui l'a empêchée de peu, d'accéder au doctorat en sciences infirmières. Elle devait obtenir la note de 8/10 dans toutes les matières, mais a obtenu 7,60/10 dans l'une d'elles,

**Suzanne** : « La suite de ma carrière éducative pouvait dépendre de la note que tu me donnes là, parce qu'en réalité cette note-là, elle est subjective par rapport au travail qui est écrit. Mais, en toute honnêteté, tu connais ce que je vauX donc si tu juges que mon français il n'est pas bien, il n'est pas bien écrit, les petites virgules, les petits points par-là, au point de m'enlever des points comme si je suis en train de faire un travail de français, de cours d'éducation en français au point de m'en défaire ainsi, si toi, ça ne t'a pas dérangé, moi, je ne sais pas qu'est-ce que je vais aller faire au doctorat ».

Les standards appliqués pour les étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s peuvent sembler différents de ceux des étudiant.e.s infirmier.ère.s blanc.he.s, de qui on attend des qualifications supérieures, voire « exceptionnelles ». Des standards subtils qui ne sont pas aisément justifiés et justifiables. Bien que certaines arrivent à obtenir des notes convenables, cela ne facilite pas leur progression ni n'améliore leur expérience au cours de la formation, elles sont souvent jugées comme ayant moins de connaissances, ou encore, comme moins capables d'appliquer ou de pratiquer les connaissances acquises,

**Marie** : « Ah là, je te dis, tu vois que toi, tu es Noire, tu fais des efforts, puis d'autres qui ne sont pas de notre couleur, tu les vois réussir avec des notes aussi... des notes, comment je peux dire, des notes...qui ne sont même pas... des notes dérisoires, alors que toi, tu as de bonnes notes, puis tu dois forcer pour pouvoir réussir ».

Yamissi ajoute que,

**Yamissi** : « Pendant les cours au Cégep, tu fais la même technique que l'autre, ça va être meilleur que toi, genre, puis tu es comme "Hein, qu'est-ce que je n'ai pas fait de correct?!"... Ça aussi c'est un autre aspect, quand les gens se plaignaient d'un prof au Cégep c'était tout le temps les personnes blanches qui étaient en avant. Les immigrants ne se mettaient pas en avant. Parce qu'on n'avait pas ce pouvoir-là. Oui, T'sais, on n'avait pas ce pouvoir-là. D'ailleurs, qui sommes-nous pour parler, pour aller où, on se cherche, on est en mode survie là. Tu es en mode survie, tu veux juste arriver, tu veux juste passer, le nombre de personnes qui ont fait la formation là, et qui n'ont jamais... T'sais c'est comme une perte de ta vie là, trois ans. Tu finis, tu n'as pas eu l'examen de l'ordre, tu fais deux, trois fois, ou tu as un stage, on te bloque là, ça ne passe pas ».

Une ambiguïté de standards que Stéphanie me raconte aussi à travers son parcours d'admission à la maîtrise qui s'est avéré être plus difficile que prévu,

**Stéphanie** : « Le prof que je travaille avec m'a dit "ok, tu vas faire ta demande à maîtrise, je te donne les lettres de référence". J'ai fait ma demande à la maîtrise, la personne à l'université qui est responsable de traiter les demandes a refusé ma demande ».

Sadjo : « Pour quelles raisons ? »

**Stéphanie** : « Aucune raison apparente. Il y avait une autre étudiante dans ma cohorte qui a fait exactement la même chose, qui a fait une demande en maîtrise. Elle a accepté sa maîtrise parce que l'autre était blanche. Puis, lorsque j'ai reçu la lettre que ma demande a été refusée, j'ai contacté le programme, j'ai dit " je ne comprends pas. J'ai rencontré tous les critères". Il [le professeur] a dit " non, c'est impossible. C'est impossible qu'on te refuse ta demande". Donc il est allé voir la personne qui est responsable. La personne a dit "je ne savais pas que c'était ton étudiante" » .

Elle poursuit en expliquant qu'une intervention de son professeur a changé la donne de ce qui devait être une décision définitive,

**Stéphanie** : « Je me rappelle, c'était le jour de ma graduation. Pendant que j'étais sur la scène, parce qu'au BAC j'ai gradué avec honneurs. Je me suis installée sur la scène, il m'a dit... Il m'a chuchoté dans l'oreille, " ne t'en fais pas, tu auras ta réponse de l'université". Ce n'est jamais fait là ... Qu'une université refuse ta demande, puis deux semaines plus tard, tu as une lettre qui dit " bienvenue à l'Université au programme de maîtrise" ».

Si Stéphanie a obtenu un support de la part de son professeur, qui a pu inverser le cours de son cursus, Jeanne elle, a été confrontée à un découragement de la part de la direction de sa formation pour continuer en maîtrise avec thèse, l'incitant plutôt à faire une maîtrise avec cours, elle qui aurait aimé poursuivre en doctorat. Elle précise que si elle avait eu un soutien de la part d'autres professeur.e.s, son choix aurait pu être différent,

**Jeanne** : « Mais quand est venu le temps de décider si je voulais faire une maîtrise de cours ou de thèse, la directrice du temps, je ne sais pas ce qu'était son titre exactement, mais la personne qui disait oui ou non ou de quel côté est-ce que l'étudiante allait, m'a découragé de faire une thèse. À ce moment-là, avoir su, ou avoir eu peut-être un ou deux mentors ou quelques guides, j'aurais insisté, mais malheureusement, je n'ai pas insisté ».

Ces découragements engendrent un abandon de poursuite vers des diplômes plus prestigieux offrant de futures positions tout aussi prestigieuses dans le domaine. Les expériences vécues au sein de la formation suggèrent une différence de traitement de la part des professeur.e.s entre les étudiant.e.s Noir.e.s et les étudiant.e.s blanch.e.s, se traduisant par des attentes et standards élevés, ainsi qu'un manque de support et de soutien de la part des professeur.e.s. Un sentiment d'injustice et d'incompréhension peut se faire entendre sur ces différences de traitements qui impactent le développement de leurs compétences et leur évolution au cours de la formation. Exacerbés par le manque de représentativité de personnes Noir.e.s dans le corps professoral infirmier, les étudiant.e.s Noires se retrouvent souvent livrées à elles-mêmes,

**Stéphanie** : « L'université a du racisme systémique, mon directeur de thèse qui était un homme blanc m'a dit " mais non, ce n'est pas possible. Tu es mon étudiante au doctorat". J'ai dit " moi je ne suis pas une action affirmative. Il n'y a rien qui m'est donné, je travaille pour être là où je suis". J'ai dit " oui. Il y a du racisme à l'université puisque vous avez une seule prof Noire dans toute l'école des sciences infirmières et dans le programme anglophone" ».

Ce racisme vécu et expérimenté découle de pratiques qui ont une incidence sur le quotidien des infirmières Noires. Jeanne elle-même devenue professeure dans un collège plus tard fait le constat en entrant dans sa salle de cours qu'il y a énormément de personnes Noires :

**Jeanne** : « C'était une classe d'infirmière auxiliaire, étudiante en infirmerie auxiliaire. Puis, oh my gosh c'était... C'est drôle parce que c'est la première fois que j'ai réalisé que oh my gosh... Il y a donc ben beaucoup de femmes Noires dans cette classe-là, comparativement à mes classes à niveau universitaire, tant au BAC qu'à la maîtrise, puis là beaucoup plus tard j'ai compris pourquoi... Parce que c'étaient des mères, comme ma mère, puis, je me suis dit, "comment ça". En tout cas, là, j'ai compris que c'était le résultat de ce qui se passe systématiquement ».

Elle continue en soulignant que plus elle avance dans les niveaux de diplôme supérieur, moins elle retrouve de personnes Noires. Les réflexions de Jeanne suggèrent que le niveau de grade en soins infirmiers auxiliaires concentre un fort taux de personnes Noires. Ce constat peut se traduire par le niveau d'employabilité de ce niveau de formation, mais aussi se justifier par des mécanismes systémiques plus larges visant à maintenir ce groupe de personnes dans les niveaux de grades en soins infirmiers inférieurs. Elle apporte par la suite, une réflexion sur l'importance d'avoir des professeur.e.s, mentors, elleux-mêmes Noir.e.s :

**Jeanne** : « Au fur et à mesure que j'avancais dans ma carrière, il y en a d'autres, ils m'ont dit, puis ils disent encore, j'ai été un moment d'inspiration qui les a motivés à cheminer au niveau carrière, puis au niveau de la formation. Il y en a une qui va compléter son doctorat au mois d'avril. Je pense donc j'en suis très, très, très fière. Puis, en même temps, il y en a d'autres qui n'étaient pas intéressés pour des raisons personnelles, tu sais comme que je respecte puis c'est correct, mais elles ont témoigné de l'impact que j'ai eu en tant que professeure Noire, puis en tant que professeure Noire qui était dans un siège administratif ».

Ces différents témoignages soulignent non seulement la reconnaissance et l'expérience du racisme dans l'éducation en sciences infirmières par les infirmières Noires, mais viennent préciser les formes que ce racisme peut prendre dans leur cursus. L'entrée dans la formation représente en elle-même un défi, y rester et poursuivre en est un autre. La crainte de se faire éjecter du programme sur la base des notes durant les cours théoriques est associée avec la crainte de se faire éjecter une fois sur le plancher lors des stages cliniques. Ajouter à cela les coûts symboliques et matériels, tels que le fait d'avoir tout abandonné pour immigrer vers le Canada, les crédits et emprunts financiers pour effectuer leurs études, et le besoin urgent de terminer pour prendre soin de leurs proches au Canada et ailleurs dans le monde. De plus, la majorité des répondantes ont souligné que la question du racisme n'est pas traitée dans les curriculums de la formation et qu'on ne les prépare pas à ces expériences au sein des programmes de formation,

**Adjoua** : « On n'en parle pas à la formation. Tu viens sur l'étage et puis tu subis. Personne n'en parle parce que je ne sais pas s'ils se disent, mais si tu en parles, si les formateurs en parlent, peut-être que les gens vont laisser tomber ou je ne sais pas... Parce que comme je te disais tantôt, si j'avais cette information-là je ne sais pas si je me serais inscrite en soins infirmiers ».

Une information qui selon Adjoua l'aurait fait réfléchir à deux fois avant de se lancer dans la formation. Pour Stéphanie, dans un système façonné selon des standards blancs, il paraît essentiel d'inclure ces éléments dans la formation, pour mieux préparer les infirmières dans leur ensemble dans la pratique du soin, mais aussi, prévenir les futur.e.s infirmier.ère.s et patient.e.s Noires de vivre ce type d'expérience,

**Stéphanie** : « Au niveau de la santé, au niveau de la formation, au niveau de l'académie, de l'université, dans les collèges, inclure des cours sur la diversité et l'inclusion, de parler [du] racisme, l'anti-racisme, donner comme, vraiment des données historiques. Il faut arrêter d'utiliser cette question... On a peur de blesser les gens pour protéger un système raciste. On ne va pas changer le système tant quand on en reste dans ce confort, on ne peut pas changer un système si on n'a pas de perte [...]. La formation se donne selon les standards blancs. On traite les gens dans un système blanc. Il n'y a pas à sortir de là. Vous allez dans les laboratoires, où on apprend aux étudiants comment piquer les gens, il n'y a pas de mannequins Noirs. Il n'y en a pas. Les mannequins qu'ils ont, ce sont des mannequins blancs. Quand ces gens arrivent dans le milieu de travail, une personne Noire se présente, mais ils ne peuvent pas le piquer parce qu'ils ne voient pas la veine. Parce qu'ils n'ont pas appris ça en laboratoire. Aussi, le fait qu'il n'y a pas de cours sur la compétence culturelle ».

Elle précise qu'il y a un manque de formation sur la compétence culturelle dans les programmes de formation. Selina elle, suggère qu'il est essentiel que la décolonisation des curriculums soit effective. Pour elle, il faut donc former les futur.e.s infirmier.ère.s à être culturellement compétent, auprès des populations Noires et racisées, mais aussi auprès des soignants.e.s Noires et racisées,

**Selina**: "There's nothing. Like, even like for example how to assess people of different cultural backgrounds, in general, not even like Black people. Like, they just don't talk about that. For example, black skin looks very different. We have bruises for example that look very different. That's never been talked about, in assessments, you know? There's nothing. Nothing. In nursing schools, I think like everyone keeps talking about like 'Oh we need to decolonize our curriculum' and whatever... how you do it meaningfully? In a way that's like throughout the whole four years, not just in one random course where they talk about... 'Oh you'll see people from this culture', and ok... And 'we don't tolerate racism', okay that's it. You know a lot of nursing schools, they're doing things like Indigenous health, as

like a one-off course. But that shouldn't be... Like that doesn't make your... That doesn't decolonize your curriculum, right? So, I think... It would be good if it was throughout the whole ... how do you actually practice that? You know what I mean? And like how do you make that central to your nursing practice?"

Ses réflexions soulignent les défis et enjeux à l'implémentation de pratiques « décoloniales » qui traduisent ces transformations au sein des programmes de formation. Il semble que le dire et le prôner n'engendre pas d'actions concrètes vers ces volontés de changement. Cela pose également la question liée au rôle des établissements de formation dans ces changements de pratiques et de curriculums.

## **Encadré 2 : « Silence, infirmière en évaluation »**

**Stéphanie :**

« C'était mon dernier stage avant ma consolidation, j'étais en médecine à l'hôpital \*\*\*\*\*. Puis j'avais une prof... La première chose qu'elle m'ait dite "je sais que tu es bonne. On m'a dit que tu es bonne, mais je ne te connais pas encore. Donc tout ce que tu vas faire, tu dois venir me le dire", j'ai dit "mais pas de soucis!". Alors c'est ce que je faisais. Puis, un matin, elle arrive, c'était un dimanche matin, je n'ai jamais oublié ça, c'était un 22 novembre. Je n'ai jamais oublié la date. Le 22 novembre 2009. J'allais donner des médicaments, puis elle m'a posé des questions, "C'est quoi ce médicament?", mais j'ai dit "c'est un diurétique. La personne fait de la rétention urinaire. C'est une Madame qui a des problèmes cardiaques, donc, pour éliminer l'eau", etcétera, etcétera. Puis elle m'a dit "non, non, non. Ce n'est pas pour ça. La madame a des problèmes rénaux". J'ai dit "non, non. La patiente n'a pas de problèmes rénaux", elle m'a dit "oui, ta patiente a des problèmes rénaux, tu n'as pas vérifié tes antécédents". J'ai dit "ben ok, pas de soucis". J'ai été chercher le dossier de patient que je lui ai remis. J'ai dit "peut-être que tu as vu quelque part que je ne l'ai pas lu". Là, elle feuilletait le dossier depuis qu'on s'est rencontré, elle n'a jamais rien trouvé. Elle a dit "oh, peut-être que je me suis trompé entre toi et une autre étudiante". J'ai dit "mais tu me dois quand même une excuse parce que tu m'as accusée comme si je n'étais pas bien préparée". Puis, là, elle ne m'a pas fait d'excuse. Ça continue, puis elle m'a dit "oh, est-ce que tu as vérifié les tests du labo pour ta patiente?". J'ai dit "oui". Elle a dit "non, tu n'as pas vérifié". J'ai dit, "non, la dernière fois qu'on a fait une prise de sang pour cette patiente, c'était le 11 novembre et on est le 22 novembre". Et là, ça continue. Puis on avait un patient extrêmement lourd sur cette unité, puis **je savais qu'elle avait déjà échoué une collègue africaine** avec ce patient-là. Puis, à chaque fois qu'elle donnait ce patient-là à une étudiante blanche, l'étudiante pleurait parce que c'était un patient extrêmement lourd [...] Donc les étudiantes blanches elles pleuraient, elle les

fait juste enlever, changer de patient. On m'a donné ce patient-là. Puis elle a dit "bon, finalement, je veux la voir avec ce patient-là". Puis... Un soir, le patient était vraiment instable donc je faisais tout. Elle n'est jamais rentrée dans la chambre pour m'aider, elle se cachait dans les rideaux pour voir comment j'allais me débrouiller avec ce patient. Puis c'est l'infirmière du patient qui m'a dit "mais tu ne savais pas que ta prof était là ?", j'ai dit "non, je ne pense pas qu'elle était là", elle a dit "oui, elle était là. Elle était cachée dans les rideaux". C'est la réalité. C'est la réalité. Parce qu'il faut comprendre que le racisme ce n'est pas... Ce n'est pas des actions isolées, c'est tout un système. C'est tout un système. Alors pour moi, cet épisode c'est comme... Je sais qu'elle avait déjà échoué ma collègue africaine avec ce patient. Puis on était les deux seules noires... Puis on sait que, pour les femmes blanches, les pleurs c'est une arme. On le sait très bien. Lorsqu'elles veulent s'en sortir de quelque chose, elles commencent à pleurer, le système s'affaiblit devant elles, puis on passe à autre chose... ».

### 5.1.2 : Ça passe ou ça casse, l'étape fatidique du stage

Associé à l'apprentissage théorique, la pratique clinique vient consolider les acquis obtenus lors des cours. Mais pour les infirmières interrogées, cela était une autre étape bien souvent fatidique de leur parcours. Si les infirmières ont observé et perçu des comportements et traitements racistes lors des cours et de l'évaluation de ces derniers, elles ont également relevé ces traitements différenciés lors de leurs stages cliniques,

**Selina:** "Nursing is inherently... It comes from a colonial history and that's very steeped and baked in nursing education. From the moment you start as a nursing student, you will experience racism from the start. Like... And it's baked in, for example the way you're graded. So, the way you're treated in clinical placement".

L'un des éléments soulignés par certaines des répondantes lors de leurs stages cliniques, est celui de la marge d'erreur considérée comme acceptable pour les infirmières Noires.e.s. En effet, elles constatent que le standard est aussi élevé dans leur pratique en stage clinique et qu'elles n'ont pas droit à l'erreur lors de ces derniers. Adjoua précise que cette période de stage est sensible à l'éjection des infirmières Noires,

**Adjoua:** « Et, ce que moi j’entendais souvent, c’est que quand on parlait en pratique, on revenait, “ oh, mais tel personne, elle s’est trompée de médicaments ou qu’elle a donné un Tylenol à la place de donner une Advil...” Et c’était vraiment... pour nous les Noirs, c’était comme, il n’y avait pas de pitié, il n’y avait rien à faire, on ne te laissait pas une deuxième chance et tu peux te retrouver en stage avec quelqu’un, un Québécois, qui fait des erreurs plus graves, comme se tromper dans les doses d’insulines qui peuvent facilement tuer quelqu’un, mais, la personne revenait pareille, on lui donnait juste un avertissement et ça restait là. Voilà. Fait que je te dirais tout le parcours des deux ans là, on avait toujours peur, parce qu’on ne savait pas ce qu’on pouvait faire... On marchait sur les œufs ».

Des erreurs qui semblent parfois minimales et rectifiables, ne justifiant pas l’éjection du programme en tant que tel. Selina me raconte l’histoire d’une de ses collègues de stage Noire, présente avec elle dans le programme,

**Selina:** “Like, I had this one friend, ok? She was with our group, and they filtered for this one little thing that she didn’t even do... It was like putting on her gloves and... She put on her gloves, and they said, ‘– You didn’t know how to put on your gloves in the proper way’. There’s only so many ways you can put on your gloves, right? They failed her. And then delayed her by an entire year where she had to pay an additional... Like, I don’t know how many thousands ’cause she was an international student. And it’s just like little things like that... Like, to this day, me and all my Black girl friends who were in that program, and I know that a lot of us feel this way we came out of it with this certain like paranoia or like ... these things like ‘you can’t make any mistakes’, and ‘you can’t even rely on anyone’, like... It’s very challenging”.

Ce droit à l’erreur qui n’est pas accordé aux infirmières Noires impacte de manière significative leur expérience d’apprentissage et également leur poursuite au sein du programme. Associé à cela, une répartition des patient.e.s qui défavorise les étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s dans leurs pratiques cliniques. Ces patient.e.s considéré.e.s comme « lourd.e.s » ont des pathologies qui nécessitent une attention et un soin constant de la part des infirmières qui ont déjà la sensation de devoir agir de manière précautionneuse, de peur d’avoir des ennuis et de se voir remerciées,

**Christine :** « Au niveau de ma formation, je ne l’ai pas eu facile, je ne l’ai pas eu facile, mais surtout, même quand tu pars au stage. Pour les stages, la répartition des soins et des patients, c’est différent avec les camarades étudiants blancs, parce qu’on donne les cas les plus faciles aux camarades étudiants blancs, puis les cas difficiles avec beaucoup de difficultés, ce sont les Noirs. Au début, ça m’énervait parce que je me rappelle qu’à mon stage d’introduction on m’a donné un patient qui dans les normes-là, on ne devrait même pas le donner à un étudiant, il était agressif, il était vraiment ça... mais on me l’a donné ».

Comme l'a précisé Stéphanie (cf. encadré 2), il existe aussi dans certains cas le manque de soutien et d'aide apportée par les encadreur.euse.s de ces stages. Un soutien qui pourrait significativement changer l'expérience des infirmières Noires de manière positive et améliorer leur apprentissage. De plus, certaines répondantes soulignent que la surveillance excessive et le passage de leur pratique clinique sous la loupe participent à cet état de crainte constant, créant un environnement hostile à leur apprentissage clinique. Farida me raconte son expérience de stage qui l'a laissé penser qu'elle se faisait évaluer par sa collègue étudiante blanche et non son encadreuse de stage,

**Farida :** « Au niveau clinique, surtout au niveau des stages, on avait vécu vraiment des traitements très discriminatoires. [...] J'y vais dans la chambre du patient, puis elle a dit, "Oh, une de tes collègues va t'accompagner". Puis j'ai fait l'enseignement à la famille, puis ma collègue me coupe la parole à chaque instant. J'ai dit, "mais c'est quoi ?" Quand même par respect, comme si elle voulait me corriger à chaque instant, même s'il n'y avait pas d'erreur. Anyway, je fais semblant que je n'ai pas saisi, puis je fais ce que j'avais à faire. On quitte la salle puis, dans les couloirs, j'étais en train de me questionner parce que je ne comprenais pas ce qui venait de se passer vraiment. Puis là, on croise dans le couloir l'enseignante. Puis elle ne s'adresse même pas à moi, elle dit "oh, \*\*\*\*\* comment ça a été l'enseignement de Farida ?!"... J'ai dit, "mais sur quelle base l'étudiante que vous m'aviez envoyée m'évaluait ?! Pourquoi vous ne m'avez pas informé si son rôle était cela ?!" Parce que je ne comprenais pas d'où elle venait. Elle n'a pas du tout réagi ».

Cet évènement raconté par Farida traduit un continuum de surveillance et de contrôle des encadreur.euse.s aux étudiant.e.s collègues blanc.he.s. De manière générale pour Florence, ces traitements ne sont que le reflet de la volonté dissimulée de certain.e.s professeur.e.s blanc.he.s à ne travailler qu'avec des étudiant.e.s blanc.he.s,

**Florence:** « Tu te rendais compte que dépendamment des professeurs, surtout les professeurs qui sont plus de couleur blanche, ils... T'sais je ne vais pas dire... il y'a un non verbal, qui ne se disait pas... Il y a comme des paroles ironiques qui souvent étaient verbalisées où tu pouvais sentir que "hum ok...". Tu sentais visiblement et clairement une préférence à peut-être fonctionner ou à travailler avec ceux de couleur blanche et tout, donc... ce n'était pas tellement agréable ».

Ajouter à la répartition « inégalitaire » des patients, l'intolérance envers les étudiant.e.s Noir.e.s reflétant la faible marge d'erreur accordée ; leur surveillance excessive ; les paroles, gestes et attitudes pouvant être associés au racisme, peuvent venir renforcer et entretenir un sentiment d'exclusion pour les étudiant.e.s Noir.e.s sur le plancher en stage

clinique. Une sensation que Selina explique avec beaucoup d'émotion lorsqu'elle raconte un pan de son stage de consolidation,

**Selina:** "I remember when I did my consolidation, which is the last placement... I was actually thinking about this on my way here! That almost broke my spirit, the way that I was differentially treated, and to the point where other people were noticing. Like the preceptor I had, the nurse that was mentoring me at the time, like she would just do the most absurd things. Like just this level of standard? It was just so much higher for me! And she was just overtly mean. Like she would do things, like she would order food, they would order food on night shifts, right? She would ask everyone except for me and it's like "I'm your student, why wouldn't you include me in that? Right? Or the other students, they would sit with their mentors during lunch, I would go and sit in the closet. I'm not even joking, it was wild! I was crying every day, to the point where I remember one time this ... olderly pulled me aside, 'cause she was there before I started my shift, and she overheard my preceptor say something and she said, 'I don't know who you are. But I feel like what you're experiencing, it's racism.' And she's like, just 'May God be with you.' And like... 'May God protect you' I knew that I wasn't... I wasn't crazy... Like I wasn't crazy for my experience..."

Ce témoignage de Selina souligne également le manque d'échanges constructifs et transparents entre les encadreur.euse.s et les étudiant.e.s sur le plancher. Cette relation encadreur.euse.s- étudiant.e.s. peut donc impacter de manière significative l'expérience en stage. Cette période de stage semble engendrer chez les infirmières Noires, au même titre que l'expérience sur les bancs de formation, un stress lié à une peur d'échouer et de devoir reprendre leur année, ou leur cursus entier. Adjoua le précisait dans son témoignage ci-dessus. Uwineza me partage son ressenti durant cette période de consolidation,

**Uwineza:** « Il fallait que je sois là à sept heures, donc me réveiller comme à quatre heures des fois quatre heures trente pour prendre le bus à cinq heures et là, quand tu arrives, tu es fatigué... je ne dormais pas bien parce que je me stressais sur le fait que je vais arriver là-bas, "qu'est-ce qu'elle va me reprocher?", que j'ai peur de faire une erreur, j'ai peur que, tu vois, que je ne réussis pas à la fin ».

Ces expériences durant les stages peuvent créer une angoisse permanente, mais surtout une sensation d'avant-goût amère chez les infirmières qui envisagent leur début dans le milieu,

**Uwineza :** « Après ce stage en orthopédie, je m'étais dit, je ne pense pas que je peux vraiment rester ici parce que je ne peux pas me retrouver être une des seules infirmières Noires à cet hôpital, tu vois ? Comme déjà, en tant qu'étudiante c'est comme ça, si je travaille...j'ai peur parce qu'il y a aussi un dans l'infirmierie une culture, un peu comme c'est souvent... ce sont des femmes qui travaillent là-bas, donc, il y a un peu de comme... comment dire, *bullying, nurse bullying*. Des fois, ça peut être un peu froid, donc je me suis

dit je ne veux pas... Je ne veux pas me retrouver à me battre, ne pas me battre, comme, toujours être stressée parce que je suis quelqu'un de déjà un peu anxieuse donc, je ne me vois pas dans cet environnement ».

Une expérience mal vécue par Christine, qui tente systématiquement de capter les jeunes étudiantes Noires qui arrivent sur le plancher en stage afin de leur éviter des expériences les menant à l'éjection du programme. Une telle attitude démontre aussi l'importance de la représentativité d'un personnel encadrant Noir sur plancher, qui se traduit par un soutien et un support par les pair.e.s pour les étudiant.e.s futur.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s. Christine tente d'aider les étudiant.e.s Noir.e.s qui se questionnent sur les attentes de leur stage clinique et qui semblent ne pas avoir de support de leur encadreur.euse,

**Christine :** « Je vais te dire, “ ce qui s’est passé hier, ce n’est pas mes oignons, mais moi je suis là, je vais t’aider qu’est ce qui s’est passé ?”. Elle va me raconter, “fais attention à tel aspect, tel aspect essaie de t’améliorer”, ce qui n’est pas le cas de beaucoup d’infirmières » [...] Les étudiantes Noires quand elles viennent, elles sont en stage le soir, c’est comme si elles se passaient le mot, “ si tu arrives, tu vois une jeune Madame, la Brune qui boite qui s’appelle Christine là, sache que tu si tu deal avec elle tu vas passer ton stage” ».

Les étudiant.e.s Noir.e.s font donc preuve d'inventivité et optent pour des stratégies qui leur permettent de favoriser leur apprentissage et leur pratique clinique. Cela leur permet de mettre toutes les chances de réussite de leur côté.

### **Encadré 3 : « Un coup, et puis c’est tout »**

**Christine :**

« Le coordo me dit, “ah, l’infirmière de nuit a appelé, elle ne rentre pas donc parmi les infirmières du soir-là, on va l’obliger à rester, celles qui étaient de l’équipe de soir de 15 h 30 à 23 h 45, il y en a une qui va rester pour faire 23 h 45 à 7 h 15 le matin”. D’accord, j’ai dit, “ok”. Et là, il me dit “oh, mais toi Christine, tu ne peux pas rester parce que ça ne fait pas longtemps que tu es tombé malade, tu es revenu de la maladie, je ne peux pas te le faire, il faut qu’on te ménage là, si on ne veut pas que tu retombes malade”. Je dis, “ok, merci”. Puis j’ai dit, “comme c’est comme ça, tu as fini, moi, je vais aller chercher d’autres choses parce qu’il faut que j’aie vérifié, j’aie continué à arranger les choses de mon patient qui vient d’arriver, mon opéré, qui vient d’arriver”... La chambre du patient n’était pas loin du poste, le coordonnateur a dit “Karine, tu vas rester, désolé. Ce n’est pas ton tour de rester, mais tu vas rester parce que Christine ne peut pas rester, ça ne fait même pas trois jours qu’elle revient de la maladie. Je ne peux pas lui imposer de faire plus de

quatorze heures dans une journée et c'est sûr et certain qu'elle va retomber là". Donc, le coordonnateur a dit ça, puis le coordonnateur est parti. Alors donc, quand le coordonnateur a dit ça, ça n'a pas plu à Karine. Karine a attendu quand moi je sortais de la chambre du patient, elle est venue me taper violemment à l'épaule gauche. Et puis elle est sortie. Ma collègue blanche. Et quand elle a fait ça, il y avait des personnes. Et puis il y a une infirmière qui a crié "c'est quoi ça ?!" [...] Elle est partie en pause, elle a continué à parler, parler, parler. Et moi, je suis allée prendre une feuille de mémo. J'ai décrit la scène. J'ai expliqué, le mémo était à l'intention du gestionnaire de l'unité. Puis j'ai dit, "nous sommes des infirmiers, notre vocation, c'est d'assurer la sécurité et la santé des patients et cela veut dire aussi que nous devons bien nous comporter". Donc, quand elle a tapé violemment mon épaule-là, moi, si je répliquais, on allait se chicaner et les patients qui viennent d'arriver des salles opératoires, quelle sera leur qualité de sommeil et quelle image on donne de l'institution ? Et en plus de ça, est-ce que c'est comme ça que vous on veut que notre institution soit vue par la presse ? J'ai dit "donc je tenais à vous informer de ce que j'ai vécu et j'espère qu'il y aura un suivi de cette situation". Puis j'ai mis la feuille de mémo, je l'ai glissée dans le bureau du gestionnaire, parce que je sais que si je le mets, je fais un courrier interne là, c'est sûr et certain que peut-être le lendemain ça va disparaître. Ils ont des gangs qui se protègent entre eux et moi si j'étais assise, je faisais mon mémo là, il y a des gens qui étaient là et qui me voyaient écrire. Je ne sais pas qui fait partie du gang de cette fille-là. Donc, j'ai fini d'écrire, j'ai marqué mes heures, j'ai pris la feuille, puis j'ai dit, bonne journée parce que j'ai quitté même ce jour-là à une heure trente du matin. J'ai pris ma feuille et puis je suis allée la glisser. Donc, quand la gestionnaire est arrivée le lendemain, elle a pris, elle a lu. Il paraîtrait que, quand je suis partie, elle a commencé à dire "**je n'aime pas les Noirs, je n'aime pas travailler avec les Noirs**, ce sont des paresseux, ils donnent toujours leur air de pitié, ils viennent voler le travail des Québécois", en tout cas, elle dit des choses devant des préposés et des infirmières de nuit, elle a fait le strict minimum. Quand moi j'ai fait le mémo là, j'ai fait exprès, j'ai cité le nom de toutes les personnes présentes et j'ai écrit l'heure à laquelle exactement, ce qui est arrivé, donc le gestionnaire était obligé de faire un suivi. Elle a interrogé les personnes et c'est une parmi elles qui lui a dit "voilà même ce qu'elle a dit". Donc, après le gestionnaire me rend compte me dit "mais tu n'as même pas ajouté ces propos", j'ai dit "non" parce que ces propos ne m'ont pas été dits en face de moi, ce que j'ai vécu, c'est la violence physique. Donc, ils ont fait une enquête, tout ça et puis ils l'ont suspendu pour trois mois. Mais il s'avère que cette fille, qui est une blanche, notre infirmière assistante-chef du jour est sa marraine. Je te dis. La fille qui m'a agressée physiquement, sa marraine est notre infirmière-chef du jour. Donc, tu peux imaginer dans quelle galère je me suis mise. Moi je travaillais une semaine de jour, une semaine de soir, donc la semaine à laquelle je travaille de jour, tous les patients décompensés, c'est Christine qui écope de ça ».

## **5.2 : Sur un plancher glissant : expériences du racisme au travail**

Une fois diplômées, les infirmières Noires se retrouvent dans divers milieux de travail afin d'exercer le métier pour lequel elles ont été durement formées. D'après les différents témoignages relatifs à l'expérience du racisme au travail les répondantes l'ont vécu dans leur relation de travail avec leurs collègues soignant.e.s (incluant d'autres infirmier.ère.s), leurs patient.e.s/soigné.e.s blanc.he.s ainsi qu'avec leurs hiérarchies se matérialisant à travers les chef.fe.s d'équipe, gestionnaires, et/ou l'administration. Pour Stéphanie, le premier contact avec le plancher lors des stages n'est que le début d'une expérience qui sera vécue en emploi, une évaluation de leur pratique qui continue des bancs au plancher, elle précise que :

**Stéphanie** : « Le racisme au quotidien c'est, tu rentres au travail, premièrement, ça se ferait dans ton assignation. Tu as une assignation beaucoup plus lourde. Alors, si tu travailles avec des personnes, ils vont se comporter en clique pour te faire sentir... Pour te faire vivre l'exclusion. Comme, ils ne vont pas prendre des pauses avec toi, tu ne fais pas partie des conversations, tu participes pendant les choses qui se passent... Tu es là, mais comme tu n'es pas là. Des fois aussi, il y a certaines personnes qui vont faire des blagues typiquement racistes. Ils vont rire. "Oh, c'était juste une blague". C'est une autre forme... Puis aussi des fois, c'est des commentaires. Par exemple, sur tes cheveux, ta couleur de peau, des affaires comme ça ! Ou des fois, tu vas avoir des gens qui vont juste changer leurs assignations juste pour ne pas travailler avec toi. Ça se voit ».

### **5.2.1 : *Dream team* ? Vivre le racisme entre soignant.e.s**

Le racisme de la part d'autres soignant.e.s a été évoqué par les répondantes comme une forme de racisme vécu au quotidien dans l'espace de soin. Selon elles, ce racisme peut prendre plusieurs formes et s'exprimer de manière diverse sur le lieu de travail. En effet, qu'elles soient manifestes ou subtiles, les infirmières ont été en mesure de les identifier et d'exprimer de quelles manières elles l'ont vécue. Un enchevêtrement de plusieurs éléments est à prendre en compte ici. L'un des premiers éléments dans ce rapport avec les autres soignant.e.s fut le refus de travailler en équipe ou de collaborer étroitement avec une

infirmière Noire. Un sentiment, comme Stéphanie et Christine, que Adjoua, Farida et Suzanne ont bien ressenti,

**Adjoua :** « Alors, cette journée-là, quand je suis rentrée travailler, l'urgence était tellement pleine que la responsable est venue elle a dit "vous n'avez pas le choix de faire équipe aujourd'hui, personne ne travaille toute seule". Et puis ils m'ont mis une infirmière auxiliaire. Alors je te jure, on a travaillé huit, douze heures de temps ensemble, on ne s'est jamais parlé parce qu'elle voulait... Elle ne voulait même pas, déjà au rapport quand on a fait le dispatch, on a dit tu travailles avec Adjoua, elle était déjà fâchée, "pourquoi ça tombe sur moi, pourquoi ça tombe sur moi !". Donc, quand on travaillait, on ne se parlait pas. Alors la première pause, c'était elle qui partait en pause, c'est que moi j'ai pris en charge des patients qui étaient là et il y a un monsieur qui était venu avec des calculs urinaires... ».

Ce refus de travailler avec Adjoua et d'échanger sur le travail effectué a fait en sorte que la collègue d'Adjoua n'a pas pris la peine de consulter les notes laissées par cette dernière et a administré une deuxième dose de morphine déjà donnée par celle-ci au patient. Une erreur qui aurait pu avoir des conséquences importantes sur l'état de santé du patient suivi. Yamissi partage justement son ressenti sur ces vécus,

**Yamissi :** « Souvent, toi tu es dans une situation de jus, ils vont... tu vois quand je te dis travailler deux fois plus, tu vas courir jusqu'à ce que ta langue, on dirait elle va tomber par terre, ils ne vont pas t'aider. Mais quand c'est la petite blanche qui a un patient qui décompense, tu as toute l'unité derrière elle pour la soutenir ».

Pour Adjoua, ces traitements remettent en cause les principes qui ont été inculqués lors de la formation en ce qui concerne le travail d'équipe. En effet, l'équipe de soin constitue l'un des éléments principaux au fonctionnement de l'espace de soin,

**Adjoua :** « Elles me disent que je ne suis pas à ma place. Il y en a une qui m'a dit directement, "tu n'es pas à ta place", j'ai dit, "mais je ne sais pas", que "moi j'ai étudié pour être là. Là, tu me dis, je ne suis pas à ma place. Je ne comprends pas". [...] Et ça, pourtant, ils savent que le travail d'équipe est ce qu'on a toujours dit dans la formation. On a toujours prôné ça et ils te laissent, pour que toi, tu quittes le milieu parce qu'ils ne veulent pas te voir là. Ils choisissent, à l'urgence, ils choisissent qui va être là et qui ne va pas être là. Ils ne te refusent pas, tu rentres, mais ils vont tellement te mettre les bâtons dans les roues qu'un matin tu vas partir de toi-même. Mais, ceux qui ne veulent pas partir là, ils... ça devient toute une histoire ».

Les infirmières Noires sont mises à distance et ceci démontre la capacité de leur collègue blanc.he.s à décider si elles peuvent et ont le droit, ou non d'être là. Dans un espace de soin où la surcharge de travail est déjà considérable et où le travail en équipe est la pierre

angulaire de l'efficacité et de la qualité des soins, ces comportements peuvent alourdir les tâches et entraver la pratique des infirmières Noires. Elles se retrouvent, même au sein d'une équipe à devoir fonctionner seule et ne se fier qu'à elle-même pour que le travail soit effectué. Une situation que Kémi résume bien,

**Kémi:** "In nursing, there is a lot of micro-aggressions, when it comes to nurses and their experiences. Maybe they might give you harder patients. Maybe they might kind of talk behind your back, and they would be very passive-aggressive. And there wouldn't be a lot of support when it comes to, you know, asking for help, and you feel very, very overwhelmed with the workload, and if you were to make any small mistake, it doesn't really matter how small it was, you would be very much blamed, a lot, for that mistake. And they would make you feel... Really insecure about the way that you handled the situation, or they might point that finger at your head. So, it was very ... for me, it's just been a combination of like just making you feel othered. Like they don't make you feel like you're part of the system itself, and you're valued member".

Ces témoignages d'Adjoua et Kémi suggèrent que les collègues fondent le système. Les attitudes d'exclusion favorisent l'altérisation – othering – dans le travail de soin et l'espace de soin. Cela engendre le manque de support et de soutien que peuvent recevoir les infirmières Noires, en particulier lorsqu'elles débutent sur un nouveau poste ou un nouveau lieu de travail, comme cela fut le cas de Kémi. Shauna souligne les possibles conséquences dramatiques découlant de ces actes racistes qui en apparence semblent se cantonner à la relation interpersonnelle entre deux collègues,

**Shauna:** "Nobody's coming to help you. And you need to be able to transfer that person. So, you have to call. Like press 'can somebody help me with this transfer?' and they'll come. And it's not very willing, right? Whereas, with the whites, they weren't like that. And it wasn't because I had any conflict with anybody. The only difference that I saw was that I was Black. And I find too that they get condescending, right? They talk down to you as if you don't have the same level of education as they do [...] It prevented me from working... Doing what I needed to do, because of that level of racism. And because you want to be safe when you work. And if you don't have that support, because a person is not gonna support you because of the color of your skin, then you're at risk for your license, you're at risk for your health. Everything. And it's a good thing I went off on mat leave".

Shauna souligne un élément important compte à l'insécurité au travail qui vient avec ces comportements. Cette insécurité peut être à la fois physique, mais aussi psychologique. Le manque de soutien de la part de leurs collègues blanc.he.s s'accompagne malheureusement et bien souvent d'une surveillance accrue de leur pratique de soin à la recherche de la

potentielle erreur qui les verra perdre la place qu'elles tentent de tenir dans un climat déjà hostile,

**Stéphanie** : « Ton travail, il est toujours sous le microscope, toujours ! Donc on surveille si tu vas faire des erreurs, on va te mettre dans des positions, on va te créer une situation, créer le climat pour que tu commettes des erreurs parce que tout le monde te surveille. Tu vas être la personne la plus rapportée. Tu as oublié de déplacer ce petit morceau de papier ? On te rapporte. Mais le blanc qui a failli tuer un patient parce qu'il a fait une erreur de médicament monumentale, "ah ben il était trop stressé !" Non, mais il y a des excuses ! "mais non, c'est parce qu'il est trop stressé". "Oh, mon Dieu, il a des problèmes personnels, il vient de perdre sa mère". Mais toi ? Ton patient a sonné, tu n'as pas été assez vite selon le standard, tu es incompetent. Si tu fais une erreur, tu es incompetent. Le blanc il fait une erreur, bah c'est parce qu'il est fatigué, parce qu'il est stressé. Il vit beaucoup de choses ».

Florence et Fabienne, mais aussi Yamissi voient cette surveillance accrue comme une manière d'évaluer les capacités, les connaissances et la pratique des infirmières Noires sur le plancher. Des attitudes faites de manière subtile par des collègues avec qui elles ont le même grade de soin infirmier et qui n'ont pas l'habileté ni le droit de passer leur pratique au crible. Florence raconte son expérience lorsqu'elle a débuté dans les soins aux personnes âgées,

**Florence** : « T'sais à chaque fois que je faisais les choses, elle passait derrière moi. Elle ouvrait les choses. Je l'ai une ou deux fois surpris en fait sur mon chariot en train de... Je ne sais pas ce qu'elle fait... J'ai mon intuition qui m'a dit que non, "c'est ça" [Surveillance]. Donc, et ce qui m'a confirmé que "c'était ça", parce qu'après elle est venue me dire, "mais honnêtement Florence tu travailles très bien parce qu'on a reçu des infirmières qui sont venues, voilà, mais honnêtement, waouh, tu travailles vraiment bien". Comment tu sais ce que je travaille bien ? Il y a de la surveillance au début [...] Et tu ne vas jamais voir ce genre de commentaires, ils ne vont jamais verbaliser ce genre de commentaires avec une personne de couleur blanche là, tu vois ce que je veux dire ? ».

Un effet de hiérarchisation dans l'espace de soin imprégné par les rapports sociaux de race se matérialise et se fait sentir par certaines des infirmières. Ces rapports favorisent également leur altérisation dans l'espace de soin, et la sensation qu'elles ne sont pas à leur place,

**Adjoua** : « Puis, bizarrement, quand tu regardes, ce sont vraiment les infirmières auxiliaires qui sont en dessous de toi qui veulent montrer qu'elles savent plus que toi que tu n'es pas à ta place... parce que finalement je ne sais pas et je lui ai dit à elle, j'ai dit "écoute si tu en as marre de rester infirmière auxiliaire, tu peux toujours étudier hein. Moi je suis venue te trouver dans ton pays. Si j'étais toi là, je ne serais pas infirmier auxiliaire.

Tu es né ici, tu as tout ici, tu as tous les avantages. Moi j'ai laissé quinze ans d'années d'expérience derrière moi pour venir reprendre tout à zéro" ».

Pour Yamissi, ces attitudes qui scrutent la pratique des infirmières Noires sont aussi favorisées par des stéréotypes et des préjugés à l'encontre des personnes Noires, qui les placent dès le départ sous la loupe d'observation de leurs collègues blanc.he.s et participent à la dévalorisation et à la remise en cause de leurs compétences au travail,

**Yamissi** : « Encore une fois quand tu arrives déjà étant une personne [Noire]... il y a déjà des préjugés qui sont déjà préétablis, comme quoi on ne travaille pas bien ou tu as tout le temps l'autre qui est derrière toi pour voir comment tu fais les choses. Pourtant, ce sont les mêmes connaissances. Souvent c'est des petits irritants de même, tout le temps être là, à avoir ton collègue dans tes pattes, souvent qui pense savoir mieux que toi et qui n'a même pas ton degré d'étude. Ça, ça va arriver plusieurs fois. Tu vas voir un préposé qui va vouloir dire à une infirmière quoi faire parce que tu es Noire, mais tu ne le verras jamais adopter ce genre de comportement avec une infirmière blanche [...] ce sont vraiment les interactions que tu vis en travaillant au quotidien. "Oh je ne veux pas travailler avec elle, elle est trop lente", "ih je ne veux pas travailler avec elle parce qu'elle est dangereuse", c'est vraiment du racisme individuel ».

Une perspective soutenue par Suzanne,

**Suzanne** : « Il y a également la confiance mutuelle qu'on se donne dans la *nursing* il y a des personnes qui vont... Même actuellement, je le ressens, on va dire, quand c'est telle infirmière qui est là, en tout cas, le travail va être fait très bien. Et puis, quand c'est telle infirmière qui est là, on considère que le travail est bâclé et je remarque dans les milieux ainsi où il y a beaucoup de plus en plus de personnes immigrantes Noires, on a tendance à nous catégoriser complètement par le fait qu'on ne travaille pas bien, on travaille mal ou on n'a pas de structure, de rigueur dans le travail ».

Travailler sous surveillance se fait aussi à coup d'enquête auprès de patient.e.s, pour évaluer la qualité du soin qui est donné par les infirmières Noires. Cette attitude pourrait aussi favoriser la crainte des patient.e.s à se faire soigner par des infirmières Noires. D'une part, questionner le soin reçu peut laisser entendre que ce dernier pourrait ne pas être qualitatif. D'autre part, cela montre une fracture entre les membres de l'équipe soignante et le fait qu'il n'y ait pas véritablement de cohésion et travail d'équipe,

**Fabienne** : « C'est toujours la critique. C'est toujours la critique. Ou bien, si vous passez, vous donnez des soins, ils vont toujours essayer de passer après voir si vous avez bien fait telle chose, ou bien peut-être même des fois, aller voir le patient parce que vous n'êtes pas là pour dire "ah comment ça a été avec votre infirmière ? Elle prend bien soin de vous ?" elles font... c'est comme elles, niaisent. Elles vont juste essayer d'avoir une petite conversation avec le patient, peut-être pour leur demander comment ils vont. Mais au fait

c'est juste pour s'inquiéter ou bien s'informer de comment vous-même vous donnez vos soins ».

Bien souvent, les infirmières ont l'impression de devoir toujours faire leurs preuves face au personnel soignant. En effet, ces attitudes ne sont pas uniquement le panache des infirmières, cela inclut également des préposées et des médecins,

Sadjo : Est-ce que ça finit un jour de faire ses preuves ?

**Stéphanie** : « Ça ne finit jamais. Moi, je leur ai dit "je n'ai pas besoin de me prouver à qui que ce soit", j'ai dit "je ne suis pas là parce que quelqu'un m'a fait une faveur. Je suis là en raison de mes compétences. Que vous le croyez, que vous ne le croyez pas, tant pis pour vous. Et je m'en contrefous". J'arrive dans un milieu. Il y avait un médecin, une femme. Je ne sais pas ce qu'elle a contre moi. La première rencontre que j'ai eue avec elle, j'étais dans une chambre avec une patiente, elle évaluait le patient. Puis le patient a posé une question par rapport à son alimentation, puis elle a dit "ah, elle peut t'aider, elle est dans la cuisine". J'ai montré mon stéthoscope au cou avec le patient. Ça, c'est ma première interaction avec elle. J'ai laissé passer ».

Ce refus de travailler avec des infirmières Noires, leur surveillance constante ainsi que la remise en cause de leurs connaissances et compétences au travail est aussi associée à diverses formes d'exclusion à travers, des paroles, des comportements et traitements différenciés. En effet, l'exclusion dans les activités et les espaces de groupes exacerbent le sentiment de ne pas appartenir à l'équipe et de ne pas pouvoir prendre part aux conversations importantes,

**Farida** : « On est invisible. On est invisible. On est invisible, on est discrédité au niveau de nos connaissances, on ne nous demande rien, on est invisible et c'est le moins que je dirais... Puis l'autre chose aussi, que j'ai remarquée... à midi tu vas voir, il y a une ségrégation, tu vas voir toutes des blanches qui sont dans une salle à l'heure du midi, jusqu'au médecin, jusqu'à la gestionnaire, jusqu'aux psychiatres, aux résidents, dans une salle. Et nous ? Moi, je me présentais... je voulais tu vois, je suis curieuse. Je m'assois exprès, c'était comme "tu ne devrais pas être là", la manière dont tu es regardé, tu n'es pas inclus dans la conversation. Puis on parle des patients, on parle... C'est là que toutes les décisions se prennent à midi ».

Une attitude qui se révèle être une entorse éthique dans la mesure où le « sort » et le cas des patient.e.s n'est pas censé être discuté dans ces configurations. Un ressenti que Kémi résume parfaitement,

**Kémi**: "They will go out and do things, and they won't tell you about it. Or this person is doing something, or somebody is laughing, they're laughing and when you enter into the

space, everyone goes quiet... You know, you're not wanted in that space. When they're all having fun and doing whatever, you're not included in that joy. Like, you're very much, like, pushed by yourself. Nobody's really talking to you or really asking you how you're doing, or how you're feeling, or how you're coping with things. And even if you do reach out for help, a lot of times like... People don't empathize with you at all. So, it's very undercover. It's very, very small. But, like, you can tell... You can feel the tension in the air, 'specially when you're working, people don't really... Engage with you".

Comme nous l'avons vu précédemment, l'expression du racisme peut se muer autant en violence verbale qu'en violence physique. Christine et Adjoua ont en été victime. De même, il a été possible de souligner que ces comportements posent essentiellement la question de la sécurité physique et aussi psychologique des infirmières Noires dans l'exercice de leur profession. Yamissi apporte justement une réflexion sur la notion de bienveillance entre collègues et son sentiment que le racisme qui opère entre soignant.e.s est souvent invisibilisé,

**Yamissi** : « La discrimination envers les patients, on le sait on nous le chante tout le temps, genre à l'école, dans notre pratique. Mais tout le monde fait fit... mais peut-être aussi parce que c'est complexe cette relation soignant/soignant, fait qu'on n'en parle pas, on fait comme si de rien n'était. Le racisme, ça existe entre patients/soignants ça existe, mais ça, c'est quelque chose que tu peux gérer facilement là. Tu l'as juste genre huit heures après ça, tu t'en vas ou souvent ils vont commencer "ah, je ne la veux pas", " mais il y a juste elle, c'est soit ça ou tu la...ou tu n'as pas de soin", ça c'est facile. Mais maintenant, c'est entre nous, genre en tant que professionnel, comment on se mange, comment en se rentre dedans là, il n'y a rien qui est fait, c'est le désordre là, honnêtement. [...] Il n'y a pas de bienveillance, en tout cas bienveillance entre nous, là c'est quelque chose, c'est le savoir-faire, savoir-être et le dernier savoir que je ne me rappelle pas là, c'est vraiment... par rapport à ta relation avec le patient. Tout tourne autour du patient, mais cet aspect-là comment travailler entre nous ? Là, oui, on a des cours sur l'intersectorialité bla bla bla, mais, on ne touche pas au nœud du problème. Là, on tourne autour, on fait juste le caresser, puis on continue ».

#### Encadré 4 « Sainte nitouche pas »

Fabienne :

« Elles, elles sont religieuses et moi, chez nous, une religieuse, c'est comme une personne pieuse, une sainte ou je ne sais pas, c'est comme, la façon dont je... Mon éducation est autre. Quand j'arrive ici, puis je vois des religieuses avec certains comportements, mon Dieu... J'étais déprimée au bout... à chaque fois que je revenais du travail j'explique à mon ex, voilà ce qui s'est passé. Finalement, il m'a dit "tu sais quoi ? Elles sont religieuses, mais elles sont aussi des humains. Donc il ne faut pas garder en tête l'image que tu avais avant, il faut que tu grandisses", voilà ce qu'il m'avait dit. Il dit, " il faut que tu grandisses parce que ce n'est pas la même chose". Elles étaient méchantes entre elles et quand c'était nous. Elles nous appelaient les Noires. Certaines d'entre elles... Donc, si on rentrait dans la chambre et la majorité de nous la nuit, nous étions des noirs donc s'il y avait une aide en soins qui allait, elle disait carrément à l'aide en soin, "**je ne veux pas de toi dans ma chambre, sors !**" Et moi, j'étais contre ça. Donc, quand je rentrais dans la chambre, elle roulait encore les yeux pour dire "oh, encore une Noire". Alors, là je leur dis "oui, la nuit, il n'y a rien que des Noires si vous ne voulez pas qu'on vous aide, ne sonnez pas, vous n'aurez pas de soin, attendez demain matin". Moi, ce que je faisais, je documentais toujours ce qu'elles disaient, comme ça, si elles vont porter plainte au moins on va voir qu'on a été les servir, elles nous ont chassés. Donc ça, honnêtement, quand j'ai commencé, ce n'étaient pas les collègues. Ce... n'était pas le comportement des collègues qui m'affectait, c'était le comportement... On va dire de notre clientèle parce que, pour moi, les religieuses c'étaient des saintes, etcétera. Donc ça, ça m'a vraiment frappé. Mais maintenant, je suis habituée, ça me... Bon, en fait, ça ne me dérange plus. Je vais dire honnêtement que ceux [les comportements racistes] des collègues ne m'affectent pas vraiment, c'est ceux de ma clientèle. Parce qu'on s'en va aider la personne, puis la personne vous traite comme des moins que rien ou bien vous dit des choses méchantes. Ça va... un petit peu vous révolter et peu importe ce que la personne dit du point de vue professionnel, humainement parlant, on ne peut pas leur... on ne peut pas les boudier. Il faut les servir avec la même aptitude que si on servait quelqu'un qui était gentil avec nous. Donc, notre déontologie ne nous permet pas de tenir rigueur à la personne. On est là pour soigner, donc peu importe, le comportement, on peut dire à la personne, on peut avoir des balises aussi. On peut dire à la personne, « si vous n'êtes pas confortable à ce que je vous donne les soins, je peux appeler la gestionnaire et vous demander à changer d'infirmière », mais à ce moment-là, certaines d'entre elles vont se rétracter parce qu'elles savent que ce comportement-là, des fois, n'est pas accepté à l'hôpital. Et la... des fois aussi, elles vérifient autour la majorité des fois on est des immigrants qui sont sur le plancher à ce moment-là, elles vont juste se dire "ok, je sors de celle-là, je m'en vais retrouver une autre, alors je reste tranquille" ».

### 5.2.2 : Au chevet, à la guerre comme à la guerre

Le racisme perçu et vécu entre collègues peu malheureusement s'accompagner d'un racisme de la part des patient.e.s, ce qui renforce un climat de tension dans l'espace de soin. Pour certaines des répondantes, comme Fabienne, ce racisme vécu avec les patient.e.s est plus dur pour elle qui met du cœur à l'ouvrage, que celui de la part de ses collègues. Un racisme avec les collègues qu'elle affirme pouvoir endiguer en se posant des limites strictes. Une attitude aussi adoptée par Rose et Shauna qui se mettent à distance et limitent les interactions entre collègues au cadre du travail. Pour d'autres telle que Yamissi ce racisme vécu avec les collègues est plus virulent et chronique quotidiennement que celui des patient.e.s. Selon Selina, c'est le même racisme que cela soit avec les soignant.e.s ou les patient.e.s, il prendrait seulement des formes différentes,

**Selina:** "It's the same thing in different shapes. Yeah, and even like the racism that you get from like patients are kinda normalized as 'this is part of your job'. It's so funny... Old people, they're so funny... Old people be demented but they'll never forget their racism. Patients is a different thing. Like that's the public... I don't know... Whatever, like, I work in mental health, so, in psych, it's one thing you talk about a lot. If you have someone with schizophrenia, saying all types of crazy things, that's one thing, right?"

En effet, certaines infirmières reconnaissent le caractère pathologique associé au racisme lorsque les patient.e.s souffrent de trouble de santé mentale. Ce qui pour certaines atténue l'impact de ce racisme « pathologique », acceptable, qui devient la maladie à part entière du/de la patient.e.s. Sur ce point, les avis divergent. Stéphanie exprime justement son positionnement sur la question,

**Stéphanie :** « Tu arrives dans la chambre, puis le patient te dit " moi non, je ne veux pas de soin d'une personne Noire". J'ai déjà eu un patient qui me traitait de fantôme. Moi, je leur ai dit "c'est là, la ligne". Vous pouvez me traiter de tout autres choses dès qu'on arrive à la race, ça s'arrête là. Je m'en fous que tu es en train de mourir, quand tu arrives à la race, ben tu meurs. Et moi, je l'ai dit partout où je passe, ça, c'est la ligne que les patients ne dépassent pas. Je m'en fous la façon que t'es malade ou pas, que t'es dans un bon état d'esprit ou pas. Moi, je ne tolère pas. Il est malade, il a Alzheimer. Non, moi, je m'en fous. Je m'en fous que tu as l'Alzheimer, je m'en fous que tu as des dommages cérébraux. Le racisme, c'est un non. Moi, je me rappelle, je travaillais à l'hôpital \*\*\*\*\*, il y a un patient qui était en crise, j'arrivais dans la chambre pour aller aider, le patient a dit "N\*\*ers are not allowed here". Ben moi, je retourne tranquillement, puis j'ai dit "aujourd'hui et à jamais je

donne le soin à ce patient-là”. Le manager m’a appelé pour me dire “oh non, est-ce que tu as besoin de prendre cinq minutes ?” j’ai dit “ce n’est pas à moi de prendre cinq minutes”. Il n’y a personne dans la chambre là, toutes les personnes blanches qui étaient autour de ce patient blanc qui m’a traité de n\*\*resse personne n’a osé dire quelque chose, toi comme manager, t’as rien foutu. Puis, tu oses me demander si je dois prendre cinq minutes ? Je dois prendre cinq minutes pour faire quoi ? ».

### Une expérience aussi vécue par Adjoua,

**Adjoua** : « C’était totalement différent avec les patients, tu n’as pas le choix, quel que soit combien il te cri là-dessus, tu es obligé de leur donner leurs soins. “Eh, là Madame, je n’ai pas le choix, il n’y a personne. Je dois vous donner votre antibiotique, vous êtes obligé de l’accepter ou il n’y a personne qui viendra le faire”, “oh salle N\*\*re ne me touche pas !”. Ah non, mais... Mais des fois même, tu vas même pour l’aider à sortir de ses selles, de ses selles ! Il va t’insulter de tous les noms, mais tu es obligé de le faire. Tu ne peux pas le laisser comme ça en tant que soignant et personne humaine... Mais au niveau de mes collègues là, je ne l’accepte pas ».

Ce témoignage d’Adjoua et Stéphanie introduit l’une des thématiques également abordées par les infirmières qui est le refus de soin de la part des patient.e.s du fait de leur couleur de peau. En effet, certain.e.s patient.e.s ne désirent pas se faire toucher, ni prodiguer le soin par une infirmière qui est Noire. Suzanne précise que certain.e.s patient.e.s ont même de la réticence à partager leurs informations personnelles avec des infirmières Noires,

**Suzanne** : « J’ai vécu le racisme auprès des patientes qui préféraient être soignées par une telle personne, au point que, quand tu rentres dans leur chambre, elle ne parle que de cette infirmière-là et j’étais obligé à un moment donné, de l’asseoir, de faire face à elle et puis de lui dire, “écoutez, vous voyez, je vais vous dire, je ne suis pas telle infirmière et je ne le serai jamais et je ne voudrais pas être telle infirmière, je suis moi et je me suffis, et je m’aime telle que je suis ! Vrai que j’ai la peau Noire...”. J’étais obligé de sortir tout ce que je suis en train de te dire là et elle était paniquée maintenant, alors je lui dis “vrai que j’ai toute l’identité que vous voyez, mais j’ai les qualités, j’ai les capacités et j’ai les compétences d’être en mesure de répondre à vos besoins de soins de manière efficace comme telle infirmière” ».

Ces interactions qui véhiculent le refus de soin peuvent à contrario de l’expérience de Suzanne, être plus agressive verbalement, mais aussi physiquement à l’encontre des infirmières Noires. Une expérience que Florence et rose ont difficilement vécue,

**Florence** : « Une fois, je me rappelle, je suis rentrée dans la chambre en fait d’une résidente pour lui donner les soins. Et dès que je suis rentrée, elle a commencé à crier “au secours au secours, au secours, il y a une N\*\*resse qui est rentrée dans ma chambre”. Donc t’sais sur place, j’étais encore... Je n’avais pas la mentalité que j’ai actuellement, j’étais encore plus

jeune, donc ça m'a beaucoup affecté. Je me rappelle que je suis sortie, j'ai pleuré, pleuré et pleuré. Ça, c'est l'expérience qui reste vivement dans ma tête ».

Pour Rose, cette altercation a été autant verbale que physique,

**Rose** : « J'ai l'avais eu trois fois avant, puis elle ne parlait pas. Comme, lorsque je lui parle, elle me regarde d'un air fâché, puis je ne comprenais pas. Je pensais vraiment que c'était la démence jusqu'à ce qu'un jour, j'ai appelé une collègue pour m'aider à la changer parce qu'elle refuse les soins, puis sa fille avait demandé qu'on la change, puis sa fille est sortie de la chambre, puis j'étais étonnée de voir qu'elle conversait avec ma collègue ! Et ma collègue, elle est blanche. Mais j'ai dit à ma collègue, "elle parle ?" elle m'a dit "oui, oui, elle parle", j'ai dit, "oh, elle ne m'a jamais répondu, elle ne m'a jamais parlé". Lorsque c'est tourné du côté de ma collègue, elle était bien correcte avec elle, elle riait avec elle. Mais de mon côté, elle a voulu me donner un coup de poing. Puis, je l'ai esquivé de justesse, puis après, elle m'a regardé, elle m'a dit "N\*\*\*er", puis c'est là que j'ai compris qu'elle est raciste. Donc, en fait, c'est pour ça qu'elle ne m'adressait jamais la parole ».

Quelques infirmières soulignent qu'au-delà du refus du soin de la part des patient.e.s peuvent remettre en cause de leurs connaissances et compétences à pratiquer le soin. Certaines se voient demander où elles ont effectué leur formation, directement ou indirectement ; se voient demander d'où elles viennent, et/ou voient leur capacité à s'exprimer dans la langue française ou anglaise questionnée du fait de leur accent, etc. Une situation à laquelle ont été confrontées Fabienne, Florence, Shauna, Stéphanie et Suzanne,

**Stéphanie**: « D'autres fois, j'ai des patients "oh, tu viens d'où ?", j'ai dit "qu'est-ce que mon origine ? Ma race, ma couleur, quelle incidence cela a sur le soin que je vais vous donner ?" La discussion s'arrête là ».

**Florence** : « Souvent, tu rentres dans la Chambre de quelqu'un pour lui donner les soins et la personne te demande, "est-ce que... est-ce que tu as fait l'école ? Est-ce que tu sais ce que tu fais ? Est-ce que..." ou tu vois que, admettons si c'est une de tes collègues de couleur blanche qui rentre la personne ne lui pose pas les questions comme, "c'est quoi le médicament que tu me donnes ? Est-ce que tu sais comment ça fonctionne ?" Mais, dès que toi tu rentres, c'est comme en fait, c'est tout, un questionnaire qui s'ouvre en fait, c'est comme si tu dois tout détailler, c'est comme si tu dois tout dire. Et en fait, tu es obligé tout le temps te justifier en quelque sorte pour ce que tu as appris sous prétexte, bien t'sais, les préjugés, c'est comme... c'est comme si tu es idiot et tu ne sais pas ce que tu fais ou... tu vois ? ».

**Suzanne** : « Un autre élément de racisme aussi, c'est qu'on te demande carrément "où as-tu été à l'école de nursing ?", donc "c'est à quelle école tu as été pour devenir infirmière ?", parce qu'on suppose que comme tu es Noire, tu as sans doute fait ton nursing ailleurs, etc. Il y a tous ces éléments-là, au jour le jour, quotidiennement, qu'on subit comme

élément de racisme, que des fois les personnes qui le font, ne s'en rendent même pas compte que c'est du racisme, tellement c'est ancré en eux ».

Pour Christine, cela s'explique par le fait que certain.e.s patient.e.s n'imaginent pas que leur infirmière peut être Noire. Lorsqu'elles sont vues sur le plancher, elles sont déclassées, et dévalorisées dans leurs compétences. Cette dévalorisation c'est aussi de les associer un grade en soins infirmiers inférieur au leur, soient, préposées aux bénéficiaires, préposées aux tâches ménagères, ou encore préposées à la cuisine. Des emplois où les femmes Noires sont surreprésentées. Une perspective qui rejoint le témoignage de Stéphanie (cf. 5.2.1) plus haut et que Christine soutient ici,

**Christine** : « De toutes les manières, quand le patient entre la plupart du temps, qu'est-ce que c'est ? Quand ils voient des Noirs, ce sont des préposés au nettoyage, ou bien des préposés alimentaires, ou bien ce sont des brancardiers. Donc une Noire qui est infirmière clinicienne ? Là non, c'est trop ».

Stéphanie souligne justement la tendance à associer les femmes Noires dans le domaine aux travaux les moins prestigieux,

**Stéphanie** : « Moi, ça m'est arrivé plusieurs fois, j'arrive sur une unité, je n'ai pas mon stéthoscope au cou, on te nivelle vers le bas, "est-ce que t'es la préposée ?" Et ça m'est arrivé une fois, j'avais mon stéthoscope au cou. Une a osé demander si je suis la préposée. J'ai dit "comme préposée, qu'est-ce que je vais faire avec mon stéthoscope ? Je vais vérifier quoi ? Le pouls d'une selle ? Je vais vérifier quoi ?". Donc, c'est cette tendance comme personne Noire, quand tu arrives dans un milieu, tu ne peux pas être autre chose que la personne qui nettoie le plancher, parce que, dans l'imaginaire collectif blanc c'est ta place. Pis, lorsque tu arrives, tu es l'entretien ménager, tu es préposée, tu es la personne au bas de l'échelle. Et là tout le monde va être ton ami, hein ? Parce que tu es à ta place. Mais quand tu arrives, tu es infirmière ou tu es médecin, ah ! Ça, c'est du conflit. On a des conflits ».

La reconnaissance de la centralité du patient dans la pratique du soin fait en sorte que les infirmières tentent tant bien que mal de faire avec les situations de racisme lorsque cela vient des patient.e.s. Les codes déontologiques de la pratique ainsi que les apprentissages en sciences infirmières suggèrent que le soin est centré sur le patient. Les différents témoignages exposés plus haut démontrent justement comment les questions raciales peuvent imprégner le rapport soignant.e.s-patient.e.s particulièrement lorsque l'infirmière est Noire. Le racisme dans cette relation va prendre la forme du refus de soin, de la dévalorisation et de la remise en cause des compétences à prodiguer le soin, le tout associé

à une violence verbale et physique. Les mots N\*\*\*er en anglais et N\*\*re en français sont souvent utilisés à l'encontre des Infirmières Noires. Il est essentiel de souligner la patience et le calme dont ces dernières font preuve afin de prodiguer le soin dans des conditions parfois, si ce n'est souvent difficile. Pour Shauna, en tant qu'infirmière Noire c'est assuré le soin de la meilleure manière malgré tout afin déconstruire le regard qui est et sera potentiellement porté sur ses futur.e.s semblables,

**Shauna:** “With the patients, for me, I think I take the time to kinda... Assess where they're coming from. When you have someone who has not been exposed so much in life to different people, and they're looking at you, like, staring at you the whole time, questioning what you can do, speak English, all of this stuff. You're like “Okay, you have now been exposed”. You know what? Let's give them the benefit of the doubt, let's give them good care. At the end of the day, the way you care for them will make such an impact and next time a person of color approach them, cares for them then... They'll be a bit more open, right? And less... A bit more tolerant. And if it's an elderly person that says ‘Well, if it was back in the day, I would have hired you’. I'm like hmm, right? You're like ‘Oh they're coming from a certain time, and they did hire people at that time.’ Right? So, you can be like ‘Okay well, you know... I work for the hospital so you cannot hire me.’ In a calm way, if you kinda get them off that train but... Yeah, I deal with it differently when it comes to patients, because regardless we have to have like that unconditional positive regard. Right? It should not impact how you care for them”.

Yamissi précise que dans certains cas le soutien des collègues blanc.he.s peut permettre d'endiguer les comportements des patient.e.s qui demandent à changer d'infirmière si cette dernière est Noire. La question du soutien et support des collègues blanc.he.s pour faire rempart face au racisme est-elle même souvent malheureusement (cf. 5.2.2) mise aux défis par ces mêmes enjeux,

**Yamissi :** « T'sais comme, quand un patient dit “oh je ne la veux pas parce que c'est une infirmière Noire”, on ne va pas lui donner l'infirmière blanche là, c'est ton infirmière, tu vas la prendre et It is what it is, t'es là pour des soins, ça c'est plus... c'est quelque chose qui peut être dissolu facilement, genre par l'équipe qui va supporter le collègue tu comprends ? Puis aussi, c'est comme, tu dis, “ah ouais, lui, je vais le voir quoi, un quart d'heure... lui, quand je vais revenir, il y a de fortes chances qu'il soit plus là”. Fait que tu es plus clément.e vis-à-vis de ça, mais ton collègue-là qui le fait tout le temps-là, lui, tu l'as tout le temps-là ».

### 5.2.3 : Assignées et surveillées, la gestion[naire] en question

Comme nous avons pu le voir précédemment, le racisme opère dans l'espace de soin à travers la relation soignant.e-soigné.e et soignant.e-soignant.e impliquant des enjeux hiérarchiques. En effet, la relation soignant.e-soignant.e le rapport entre ces derniers peut être horizontale, c'est-à-dire au même niveau d'opération dans le soin, le même grade, ou impliquer un rapport intersectoriel ; et verticale quand, les infirmières sont soit d'un grade inférieur (Ex. : Infirmière clinicienne versus infirmière auxiliaire) ou supérieur dans la relation (Ex. : Médecin versus infirmière clinicienne). Les infirmières Noires ont souligné des formes de racisme dans les relations soignant.e.s-soignant.e, impliquant un.e chef.fe d'équipe, un.e gestionnaire, ou encore un.e membre de la direction. Ces formes de racisme sont perçues dans la manière de répartir et d'assigner les tâches au travail ; ainsi que dans la manière de gérer les potentiels conflits qui émergent sur le plancher. Une des thématiques soulevées par les infirmières sont les assignations des tâches souvent plus lourdes pour les infirmières Noires,

**Adjoua** : « La AIC [Assistante-infirmière Cheffe] qui faisaient le programme... elles se parlent [avec les infirmières blanches], elles se parlent, se sont leurs ami.e.s, fait qu'il y a une AIC qui vient, qui fait le programme, qui dit "toi, tu as l'équipe une, tu as l'équipe deux, tu es dans le A, tu es dans le B", donc elles se font des favoritismes pour se donner des équipes un peu plus faciles... un peu plus faciles donc quand tu arrives, déjà, tu te retrouves à voir les patients les plus difficiles ».

Adjoua soulève une forme de favoritisme au détriment des infirmières Noires en pointant des relations entre gestionnaires et infirmières blanc.he.s qui contribuent à faciliter l'assignation des tâches pour ces dernières. Florence ajoute à cela une répartition des horaires de travail moins avantageuses que leurs collègues blanc.he.s.

**Florence** : « Souvent au niveau des horaires même de travail, on a tendance à donner les mauvais horaires aux personnes Noires qu'aux personnes blanches parce qu'il y a des horaires que tu sais beaucoup de personnes aimeraient faire. Même dans la répartition des horaires, tu vas voir que la gestionnaire, celle qui fait les horaires, elle est peut-être plus amie avec t'sais les... tu vas voir que ce sont des blanches qui rentrent dans sa chambre, t'sais elles sont vraiment plus amies et toi tu... es Noir, c'est eux [les Noir.e. s] qui ont, en tout cas, ce n'est même pas "qui ont", c'est pour eux les horaires un peu louches, que personnes ne veut faire à moins ».

Pour Selina, si ces assignations peuvent sembler anodines et faire partie du travail infirmier en lui-même, elles les perçoivent comme une forme de racisme subtil, difficile à identifier, donc à adresser,

**Selina:** “It usually is more like covert and difficult to see. So... For example, they keep giving you heavy assignment everytime. That’s very different... That’s more... It’s harder to say, ‘This is racism’. You know what I mean?’Cause it can be blamed on so many... Like they keep giving so many different excuses. It’s not like they’re saying ‘Oh, we’re calling you a racial slur based of your skin’. It’s harder to address ’cause it’s hidden. That’s how I feel it. Well to a lot of people it’s hidden. Except for you, obviously. You see it. But they don’t see it”.

À cette charge s’ajoute, la surveillance accrue dont elles sont sous le fait et le manque d’accompagnement et de soutien de la part leurs collègues dans le cadre du travail en équipe. Les deux combinés augmentent le risque d’erreur et le blâme associés à celui-ci. Une expérience que Christine développe largement lorsque je lui demande si le fait d’avoir des patient.e.s plus lourds augmente la charge de travail,

**Christine :** « Supposons que, dans ton équipe il y a au moins deux patients, ça ne file pas bien là, donc ça veut dire que tu vas donner le strict minimum. Si tu n’as pas à faire à une infirmière auxiliaire qui est expérimentée. Tu ne vas pas bien faire ton travail, ça, c’est un, et, deuxièmement un patient qui va te décompenser là, ça veut dire que ce patient d’une minute à une autre là, il va coder. Et quand le patient code, quand on dit codé, ça veut dire la personne va faire avoir un arrêt cardiorespiratoire. Il faut appeler l’équipe du soin intensif qui va venir, qui va essayer de le réanimer. Il faut suivre l’équipe du soin intensif pour ramener le patient en soins intensifs, il faut que tu fasses ton rapport de suivi du matin jusqu’à ce que l’équipe de soins intensifs vienne. Voyez-vous. [...] Maintenant, quand elle voit qu’il n’y a pas de patients qui peuvent décompenser, ils te donnent des patients dont le soin des plaies, pour nettoyer ces plaies-là... parce qu’il y a une opération, l’opération s’est bien passée, mais la plaie n’a pas bien guéri, ça serait compliqué, donc il te faut prendre trente à quarante-cinq minutes ou une heure de temps pour nettoyer cette plaie ou bien ils te donnent des patients avec des stomies. Donc, la majorité de tes patients, c’est de stomies, donc tu vas passer toute ta journée à changer les stomies, à faire ceci. Et si tu as une infirmière auxiliaire qui vient de commencer, qui n’est pas expérimentée, tu es faite ».

Uwineza souligne aussi, des changements d’assignation effectués par sa gestionnaire, pour alléger la charge d’une autre infirmière, à son grand regret. Changer ou se faire changer de patient.e.s pour des patient.e.s toujours plus lourd met au défi leurs pratiques et exacerbe le sentiment qu’elles ont de toujours devoir « courir » sur le plancher,

**Uwineza** : « Dans son assignation, il y avait des patients qui étaient partis, donc elle allait recevoir des admissions la nuit. Et elle ne voulait pas parce que c'est beaucoup de travail, tu vois, c'est plus de travail, donc elle avait pris mes patients, tu vois ? D'abord, elle s'était entendue avec la cheffe d'équipe pour réarranger l'assignation pour me prendre des patients, moi, j'avais des patients qui étaient plus cas médecine, qui étaient déjà là. C'est un peu... Disons point de vue chirurgie, c'est un peu plus facile que d'aller prendre quelqu'un "post op" tu vois ? "Post op" c'est frais, il y a beaucoup de choses à faire. Et c'était ça que je n'avais pas apprécié. Mais après, à la fin, tu vois, je pense que j'en avais vraiment marre. On me faisait... tu vois, c'est comme en tant qu'infirmière d'équipe ressource, on te fait toujours des coups, c'est toujours comme ça et j'étais comme dépassée. Je pense que c'était même vers là que j'ai commencé à penser à quitter pour aller aux soins intensifs, donc j'étais... J'en pouvais plus. Mais de venir manigancer avec un chef d'équipe ? En fait, personne ne me l'a dit, c'est ça qui m'a énervé. J'ai vu sur le tableau, c'est comme, mais mes patients ont changé, on n'est même pas venu me dire, mais je suis ici depuis dix-neuf heures trente, comment ça se fait ! »

Un point que Marie souligne en m'expliquant que, lorsqu'il faut combler les « trous » d'une unité par manque de personnel, ce sont bien souvent des personnes de couleurs qui sont appelées. Associé à des charges lourdes, le fait de devoir courir entre plusieurs unités alourdies aussi la charge et l'intensité du travail,

**Marie** : « En administratif, on subit, on a subi du racisme, parce qu'on peut voir que, sur mon unité, c'est une unité majoritairement Noire, oui, on nous voit comme genre... on dirait, qu'on a l'impression... Qu'on est délaissé, et on est déshérité là-bas ! Par exemple à l'hôpital, maintenant, il y a une histoire de déplacement du personnel, ça, je peux l'attribuer au racisme parce que notre unité est constituée majoritairement de Noirs. Puis c'est nous autres pour déplacer, c'est toujours, nous autres on déplace. Par exemple, moi j'ai mon poste depuis neuf ans. J'ai neuf ans dans ce poste, mais, si on doit bouger là c'est nous autres qu'on bouge pour aller aider les autres unités. Puis on est toujours là pour boucher les unités, pour que l'on puisse fonctionner normalement alors que nous autres on est en manque ».

D'autre part, les infirmières expriment le sentiment d'être constamment surveillées par leurs gestionnaires, car elles sont facilement rapportées par leurs collègues blancs sur la qualité de leur pratique, ce qu'elles font ou ne font pas lors durant leurs heures de travail. Ce sentiment se traduit par le fait de devoir travailler deux fois plus pour éviter d'être sous le coup du blâme. Un surinvestissement dans le travail, qui, encore une fois, pèse sur la charge de travail déjà lourde,

**Yamissi** : «Tu prends cinq minutes de plus là c'est une fatalité, mais tu ne vas pas compter le nombre de fois que tes collègues blancs, blanches, vont aller fumer, prendre des pauses pour fumer, mais ça, ce n'est pas un problème, les gens font fi de ça, mais toi, après une ou deux fois tu vas te faire rencontrer par ton gestionnaire, "oh tu arrives en retard, oh c'est ceci, oh c'est cela...". Oui, t'sais, c'est difficile ».

Pour Shauna, la gestion semble être moins tolérante envers les infirmières Noires que leurs collègues blanc.he.s, une perspective qui rejoint le témoignage de Yamissi ci-dessus. Ces dernières sont souvent prises comme bouc-émissaires des comportements adoptés par leurs collègues blanc.he.s. Comportements qui semblent être plus tolérés et/ou acceptés par la gestion lorsqu'il s'agit de ces dernières. Ce qui vient confirmer, aussi, la faible marge d'erreur disponible pour ces dernières. Au-delà de leur pratique, c'est aussi la surveillance de leur comportement sortant des cadres du soin sur le plancher,

**Shauna**: "Meaning like say, for instance, people are coming in late everyday right? I don't want to be the one that they catch. Because I don't want to be made an example of, right? Because that's how you often see it. They kind of have things pile on you, and then you see people get in trouble and it's often people who are of color. And you'll see certain situations, the reverse, where you'll see people do things over, and over, and over again with complaints to HR, and so forth. And because they're white, you don't see them walked out. But being that it was a Black person, or a person of color, they would be walked out. So, you see that there's a bit... There's a bit more tolerance... For the white person. But you just don't want you to step in those shoes, like do what they do right? Right, so, that's also it's always at the back of my mind. Like, I don't want to be a scapegoat [bouc émissaire]. "I don't want to take the fall for a common practice that everybody else does".

Une perspective soutenue par Christine qui démontre aussi un manque de tolérance induisant un traitement différencié entre les infirmières, même s'il y a un risque flagrant de commettre une erreur médicale,

**Christine**: « La femme blanche qui est en face de moi là s'il y a un problème, si elle a passé la nuit blanche avec son enfant, elle arrive au travail, elle a les yeux rouges, ça ne va pas, elle est chancelante, on va lui dire, "Est-ce que ça va ? Non", elle commence à parler, elle pleure, on va dire "Va chez toi, repose-toi". Quant à la femme Noire quand elle vient, ça ne va pas, elle ne fait pas les trucs, on a dit "Il ne faut pas que tes problèmes de famille impactent ton rendement au niveau du travail" ».

L'ensemble de ces éléments renforcent le sentiment des répondantes qu'elles sont traitées selon un double standard, non objectif, et parfois, si ce n'est souvent, plus élevés que leurs collègues blanc.he.s. D'autre part, certaines infirmières soutiennent l'inaction des gestionnaires et leur incapacité à adresser le racisme qu'elles subissent sur l'unité. De plus,

le racisme peut malheureusement venir de ces mêmes gestionnaires. Un questionnement soulevé par Adjoua qui admet qu'un support de la gestion pourrait potentiellement améliorer l'expérience des infirmières concernées sur le plancher,

**Adjoua** : « Le fait de t'aider à avancer, ce ne sont pas seulement tes collègues, c'est la gestion aussi, ce sont les responsables qui sont autour. Ce sont les responsables, parce que moi, je ne peux pas comprendre un responsable qui est là et puis qui ne sait pas ce qui se passe dans son unité et qui n'agit pas, qui voit comment on traite les autres et qui ne fait rien donc pourquoi ? ».

Cet extrait traduit également la difficulté des gestionnaires à traiter les enjeux qui ont trait au racisme. En effet, eux-mêmes ne sont pas toujours formés à ces enjeux,

**Farida** : « Regarde ce cas particulier dont je t'ai parlé, à qui je vais rechercher les ressources ? Personne. Les gestionnaires ? Les ressources humaines ? C'est pareil. Alors à qui tu vas parler ? Il y a une de mes collègues qui avait dit à un moment donné, il y avait une présentation, elle a dit... ça résonne encore, c'est comme si tu demandais à une femme battue d'aller voir son bourreau, et de lui dire de comprendre ce qu'il vient de lui faire, crois-tu qu'elle l'aurait [fait] ? Et c'est tous les jours la même chose ».

Stéphanie me partage une altercation avec sa gestionnaire qui souhaitait qu'elle fasse ses heures de physiothérapies après avoir eu un accident en aidant le patient de sa collègue, sur ses heures de pauses. La conversation escalade avec la gestionnaire,

**Stéphanie** : « Ma collègue [gestionnaire] voulait que je fasse mes séances de physiothérapie durant mon heure de pause. Alors que quand c'est une personne blanche qui se fait blesser, elle peut faire ses séances de physiothérapie, on va libérer cette personne durant ses heures de travail pour aller faire. Pour moi, non, il faut que j'aille faire... J'ai dit "non pas question. Parce que quand une telle faisait ses séances de physiothérapie, elle part plutôt. Elle a quand même pris sa pause, pourquoi moi c'est différent ?" Je n'ai pas mentionné la race. Il y en a une qui m'a sauté au visage pour me dire "oh, tu ne vas pas venir traiter les gens de racistes ici ?!" J'ai dit "mais je n'ai jamais mentionné la race, j'ai donné les faits" ».

Ce sentiment de ne pas pouvoir avoir le soutien de la part des gestionnaires renforce l'idée que les infirmières soient livrées à elles-mêmes s'il se pose un problème sur le plancher ou dans l'organisation du travail. Pour Yamissi, ses collègues blanc.he.s ont un pouvoir qu'elle, en tant qu'infirmière Noire n'a pas. Ses collègues blanc.he.s, elles, peuvent agir sans crainte de répercussions, une perspective qui rejoint le point de Shauna précédemment,

**Yamissi** : « Les personnes blanches se permettent de poser certains actes, c'est qu'elles savent qu'elles ont du pouvoir. Elles savent qu'elles ont du pouvoir et c'est ton mot contre le mot de cette personne, et en bout de ligne, la balance... La personne qui tranche c'est une personne blanche, so obviously par solidarité, en tout cas, ils sont bons pour ça, par solidarité entre elles ou entre eux. La sensibilisation au racisme ça va au-delà des causes c'est vraiment l'institution qui doit prendre ça comme une valeur. T'sais, "chez nous, on ne tolère pas de racisme !" parce que, je te dis, les personnes blanches, elles, se permettent là, souvent, elles te parlent, tu es comme... Pour qu'elle fassent ça, c'est qu'elles savent qu'elles ont un certain pouvoir ».

Finalement, le racisme perçu et vécu par les infirmières Noires de la part des membres de la gestion s'épanouit dans l'organisation même du travail sur le plancher et l'assignation des tâches. Une organisation qui semble être en faveur des infirmières blanches qui seraient mieux accommodées que leurs collègues Noires. Leurs gestions font aussi preuve d'un manque de tolérance et d'indulgence vis-à-vis de leurs « écarts ». Ce manque de tolérance favorise la faible marge d'erreur à laquelle elles ont droit dans leur pratique, car, si elles sont reportées, elles ont plus de chance de se faire congédier. Enfin, le manque de soutien et de support des infirmières Noires lorsqu'elles soulèvent des enjeux liés au racisme contribue à la [re]création d'un climat hostile où elles ne peuvent pas exprimer leurs besoins et si elles le font, elles ne sont pas entendues.

### **5.3 : Quand l'étau se resserre : Vivre [avec] les conséquences du racisme**

Vivre le racisme depuis les bancs de formation jusque sur le plancher engendre des conséquences néfastes sur les infirmières Noires tant au niveau des expériences interpersonnelles et individuelles du racisme au travail que sur leur parcours professionnel et leur évolution dans le domaine. Les traitements différenciés subis font ressentir aux infirmières qu'elles ne sont pas « assez bien » : leur pratique est constamment sous surveillance, ce qui attise la crainte de l'erreur et du blâme ; leur connaissance et compétence sont remises en question à la fois par les soignant.e.s et les soigné.e.s ; enfin face au racisme il y a un manque de soutien de la part de leur collègue et de leur gestion. Pour Kémi, l'ensemble de ces éléments favorisent le fait de ne pas se sentir être une « bonne infirmière ».

**Kémi:** “It’s more so like they’re making you feel like you’re not good enough. Or... you’re not a good enough nurse, and you’ve made mistakes, and you’ve done this. But, like, it’s not the case. All my other coworkers, when I first started, were making the same mistakes and doing the same things I was doing. But a lot of the time, it would be harsh on me, and they would kind of exclude me from a lot of things. So, that was very early on in my career. Especially when I first started and... That was when it was and then I got to identify it as bullying too, as well. Because it would be a lot of bullying. And people would just, kind of... Make passive-aggressive comments”.

Pour Yamissi, le fait de constamment prendre sur soi face à ces expériences quotidiennes impact de manière significative la santé mentale des infirmières Noires,

**Yamissi :** « Emmagasinier, emmagasinier, c’est comme un poison et en bout de ligne, ça t’affecte mentalement, physiquement même, ça affecte tes relations de famille. Et comme j’ai dit, tu n’as pas de soutien, tu te ramasses seule ».

Stéphanie précise que la surveillance accrue de la pratique [et] des infirmières Noires sur le plancher les place dans les dispositions mentales à commettre des erreurs. Associé au fait que ces dernières se sentent mises à l’écart et exclues, la solitude dans la pratique s’installe et les possibilités d’évolution de carrière s’amenuisent,

**Stéphanie :** « Par exemple, quelqu’un qui sait qu’il va constamment être surveillé. Premièrement, tu es dans une disposition mentale de commettre plus d’erreurs. Aussi simple que ça. Ensuite, tu sais que tu es là, pas parce que tu es voulue, mais pas parce que... parce que c’est nécessaire. Tu es un bouche-trou, comme on peut dire. Parce qu’ils n’ont pas le choix, parce qu’ils manquent de personnel. Mais, ce n’est pas parce que tu es voulu, tu n’es pas appréciée, tu ne vas pas avoir de promotion, tu ne peux pas avoir des avantages ».

## Encadré 5 : « Boire pour faire face »

Uwineza :

« Je l'avais mentionné que j'étais anxieuse, mais je pense que ça m'a... je pense que j'ai... si je me permets de le dire, je pense... j'ai vécu un peu une dépression à cette époque, parce que tu vois tellement que j'étais... J'avais peut-être... j'ai eu de la misère à l'exprimer parce que des fois je ne sais pas si c'était une combinaison de la charge de travail en général ou si c'est le racisme ou si c'est l'ensemble. Tu vois ? je ne sais pas vraiment ce que c'est, mais je peux dire qu'à cette époque il y avait vraiment une dépression. Déjà en plus... disons, il y avait des amis que je travaillais avec qui ont quitté, donc je ne les voyais plus, j'avais aussi eu... Disons une amitié ou des amitiés... disons, ça s'est terminée ou fracturée. Donc je pense qu'avec tout ça, tout l'ensemble j'étais un peu déprimée. Je me retrouvais... souvent quand je sortais, tu vois quand j'étais en congé ou avec des ami.e.s, je buvais beaucoup, je buvais beaucoup à cette époque. Beaucoup, beaucoup au point de... disons, je perdais un peu le contrôle, en fait, je perdais vraiment le contrôle... C'est des fois juste... En fait, je ne savais pas, je ne savais pas que peut-être c'était lié ? Mais... après, tu vois, je pense que tellement que j'étais stressée et tellement que je voulais juste... Me détendre, je buvais, un niveau que des fois, je me rendais à un niveau de blackout. Je ne sais pas... C'était vraiment une période, je peux dire que j'étais un peu déprimée. Et c'est ça, les choses ont commencé à mieux aller je t'ai dit lorsque j'ai quitté le milieu hospitalier, lorsque je suis allée plus avec la province. Et là bon... ma vie à un peu changé. Là, conjointe, maman et tout, mais c'est ça je peux dire si je me rappelle bien cette époque, c'était que j'étais vraiment déprimée. Déjà, j'étais un peu seul. Tu vois être ici à Ottawa, loin de la famille, je n'avais pas un conjoint à cette époque, c'était voilà, c'était très difficile et comme je t'ai dit, ça m'a fait douter de moi en tant qu'infirmière et « — **est-ce vraiment le métier pour moi ?** ». Je commençais à me demander pourquoi je suis même allée... pourquoi j'ai fait ces études, oui, parce que ce n'était pas vraiment mon premier choix. Honnêtement, le nursing n'était pas mon premier choix, je voulais faire le droit. Je ne sais pas comment j'ai fait le nursing, disons j'ai choisi de faire ça parce que je savais que je suis quelqu'un de bienveillant comme tu dis, j'aime prendre soin des gens, j'aime... I like, like I care a lot for others, donc je me suis dit, peut-être, c'est quelque chose que je devrais m'essayer en plus, c'est garanti lorsque j'ai fini les études que j'aurai un boulot, je vais me faire de l'argent, donc c'est ça qui m'a, qui m'avait motivé ».

### 5.3.1 : « Not good enough » : Rester et subir le racisme ?

La gestion quotidienne des expériences de racisme engendre une charge mentale qui a des effets sur la santé mentale et physique des infirmières Noires ainsi que sur leur estime d'elles-mêmes. Leur identité professionnelle s'en trouve impactée. Les répondantes ont donc exprimé les différentes conséquences de ces expériences au cours de leur parcours professionnel. Pour certaines, cela revenait à mettre en question leur avenir dans la profession. Si l'étape de la formation, y rester et la poursuivre a été un parcours semé d'embûches, les infirmières en arrivant sur le plancher n'ont pas été au bout de leur peine. Un acharnement, si ce n'est, un harcèlement qui pousse à bout. Christine me partage sa difficulté à rentrer sur plancher au quotidien,

**Christine** : « Il m'est arrivé à l'hôpital à ma pause-là, je rentre dans la salle de bain, je pleure jusqu'à la fin de ma pause, je lave mon visage, je sors, je recommence le travail. Et quand j'arrive à la maison le soir [...] quand je vais me coucher, je me dis dans mon lit, "là non, pas question que j'aie travailler demain, c'est fini-là, je ne vais pas aller travailler", mais le matin, quand mon réveille sonne, je prends, je regarde, je dis "non", mais après, je me dis, " si tu refuses, qui va payer tes factures pour toi ? Tu n'as ni père, ni mère, ni sœur, tu n'as personne qui pourrait créditer ton compte et tes enfants ont besoin de toi. Fournis un effort, tu es capable. Tu vas y arriver" ».

Christine ressent le besoin de s'auto-motiver pour avoir la force nécessaire de continuer. Un sentiment de crainte se crée à chaque début de shift pour les infirmières qui ne savent pas à quoi elles seront confrontées ni comment elles seront traitées sur le plancher par les soignant.e.s et les patient.e.s. Dans l'incapacité d'anticiper, pour Adjoua et Kémi cela a créé un état de dépression ambiant, un traumatisme lié aux expériences passées sur le plancher avec lesquels elles tentent de continuer d'avancer,

**Kémi**: "When I stepped on the hospital floor, like half the time, I would just wanna be crying, because of how bad the experience would be. And... So, that would be the only thing that I would be able to do was just like... I would just be crying, depressed. I would just try to just, figure it out".

Pour Adjoua ces expériences se sont répercutées sur sa santé mentale et physique. Plusieurs répondantes ont quitté leur pays d'origine avec des backgrounds divers, pour différentes raisons, et se sont insérées dans les domaines de la santé et son devenue infirmière,

**Adjoua** : « C'est aussi difficile d'en parler, c'est pourquoi, quand j'ai lu ton truc, qui demandais si on a besoin d'aide psychologique... mais ça a été vraiment... Moi, je suis passée par un burn-out pas possible. J'avais mal partout, c'est là que j'ai su que c'était la dépression, on l'étudie en classe... Mais quand tu as les deux pieds là-dedans, tu demandes, mais "ah, je suis en dépression là?". Tu es dans le lit, tu es plus... tu as plus de force, tu manges plus, tu déperis... Tu es là, tu es toujours accaparé par les mêmes idées la nuit, c'est comme si le hamster, il tourne, il tourne, il tourne, il ne s'arrête pas ! Au moment où tu te rends compte, il est déjà jour... Fait qu'on passe par la dépression. On est obligé se lever pour s'occuper de nos familles. On est obligé de travailler parce qu'on a des factures à payer. On se demande, mais pourquoi est-ce qu'on est venu ? Pourquoi est-ce qu'on est venu finalement ? ».

Selon Stéphanie, ces expériences amènent à devoir se « préparer » au quotidien à ce qui les attend. Leurs shifts débutent donc bien avant qu'elle n'arrive sur le plancher, ce dernier commence la veille en pensant à la journée qui les attend,

**Stéphanie** : « Comme personne blanche, il n'y a pas de préparation. Tu te lèves parce que le monde, la société, It's your playground, c'est ta cour, tu fais ce que tu veux dans ta cour. Mais comme personne Noire, avant de quitter chez toi, tu te prépares parce que tu vas être confrontée à un commentaire raciste, tu vas être confrontée à une action raciste et cela est au quotidien. C'est comme, tu te prépares " ok, qu'est-ce que je fais aujourd'hui ? Est-ce que je réponds, est-ce que je ne réponds pas ? Est-ce que j'agis, est-ce que je n'agis pas ? Comment cela va m'affecter ?" Ça affecte ta santé mentale. Comme on n'a pas le choix de continuer, on continue ».

Pour Adjoua, mais aussi Christine, les besoins financiers motivent à rester et à tenir le coup. Adjoua, continue en me partageant également que la surveillance accrue dont elle a fait preuve sur le plancher a considérablement impacté son expérience de travail au quotidien, isolée et exclue dans sa propre équipe,

**Adjoua** : « Je me suis sentie surveillée, je partais au travail en pleurant, je sortais de là en pleurant, "non, mais tu fais quoi ici, ce n'est pas ta place, tu fais quoi là?". Je me suis dit, "ok, si personne ne veut travailler avec moi, je viens, je prends mes 6 patients, je finis la journée et puis je m'en vais"... et ce qui est sûr c'est que quand tu arrives et que tu es la seule infirmière de nuit et que tu travailles avec 6 infirmières auxiliaires [...]. Tu es toujours là parce que tu ne sais pas, parce que la fille [l'infirmière] ne veut pas te parler. Elle ne veut pas te solliciter ».

De plus, ce sentiment d'être constamment surveillée et la crainte de commettre des erreurs s'accompagnent d'une hypervigilance sur le plancher. Les infirmières se sentent obligées de surveiller leurs arrières en [re]vérifiant leurs notes et en détaillant au mieux les incidents

qui arrivent. Cet état d'hypervigilance ajoute une charge mentale de plus aux assignations qui sont déjà assez prenantes. Cette hypervigilance n'épargne néanmoins pas du blâme,

**Adjoua :** « Tu n'as plus l'assurance... tu n'es plus en confiance dans ce que tu fais, tu es obligé de réfléchir par toi-même, aller donner une injection, tu vas vérifier à quatre, cinq fois, "est-ce que j'ai la bonne dose, est-ce que c'est ça ?" Mais moi, je pense que ça, c'est vraiment une problématique en soins-là, c'est tic-tac, tac, tac, tac. Tu dois être sûr de tes affaires, concentré. Mais quand tu prends une injection, tu es là, tu vois que tout le monde te regarde autour, pour voir ce que tu vas faire, pour avoir des choses à raconter sur toi, c'est que tu es au millimètre près. Tu es obligé de surveiller tes choses à la lettre, même tes notes que tu écris, une chose que tu peux faire en deux phrases, tu es obligé d'écrire toute une page parce que tu ne sais pas ce qui va te tomber là-dessus et au lieu de finir plus tôt, tu finis plus tard [...] Tu vas te voir cataloguer, mais tu te dis "je dois tout écrire, parce que je ne sais pas ce qui va me tomber là-dessus demain !" ».

Dans le cas de Stéphanie, cela se poursuit dans sa vie personnelle au point où elle doit passer en revue sa journée afin de s'assurer qu'elle n'a pas commis d'erreurs,

**Stéphanie :** « Tu es toujours en alerte. Toujours, toujours en alerte. Puis même quand je rentre le soir, je révise ma journée dans ma tête pour voir s'il y a quelque chose que j'aurais pu faire mieux. Est-ce que j'ai manqué quelque chose ? Parce que... J'ai internalisé que je suis surveillée constamment ».

Une expérience que Selina reconnaît en me partageant l'expérience de sa collègue elle-même Noire. Elle souligne la paranoïa qui accompagne cette surveillance accrue favorisant l'hypervigilance sur le plancher et dans les tâches de soin,

**Selina:** "There's always gonna be that paranoïa and like that constant... Like I have a friend, for example, who will like, stay after her shift, two hours after her shift, going through all her charting making sure everything little thing is like perfect, because someone will report you, someone will... You know, for no reason, make your load harder. Like, that was very common".

Une paranoïa et une méfiance dans la pratique, mais aussi un état de vigilance permanent que Farida associe à un syndrome post-traumatique dû aux expériences passées de racisme sur le plancher,

**Farida:** « Ça devient vraiment un PTSD. Et puis, est-ce que c'est normal qu'on soit paranoïaque ? Non ! moi j'ai dit c'est mon sixième sens, je ne suis pas paranoïaque. Je connais à quoi m'attendre. Je peux avoir un flair de loin maintenant. Mes radars sont toujours allumés ».

Aussi, être isolé dans leur pratique et ne pas être sollicité remet en cause ce pourquoi elles font leur métier. Selina explique que la gestion quotidienne de cette expérience peut être lourde,

**Selina:** “Every day I have to fight for my life. It can be heavy. It can be heavy, and I’ve definitely like cried in my office, from like some of the bullshit that I’ve... You know, mistreatment”.

Pour Adjoua, Florence et Uwineza, ces expériences peuvent créer un doute dans leur pratique et en leurs connaissances et leurs compétences, tout en impactant de manière significative, leur confiance et estime d’elles-mêmes,

**Adjoua :** « Est-ce que j’ai parlé... j’ai parlé de l’estime de soi ? L’estime de soi aussi dans tout ce qui est capacité parce que quand tu travailles tu te demandes si tu es quelqu’un de compétent ou pas. Ils t’amènent à croire que tu n’es pas aussi compétent parce que... je ne sais pas comment expliquer, mais ça ne joue pas seulement en tant que personne, mais dans tout ce que tu peux avoir comme capacité, comme... Intellectuel... Tu te remets vraiment en question pour dire. Tu te... tu te sens un peu inférieurisé par rapport à eux, fait que des fois, quand vous allez dans des rencontres, la majorité du temps, moi je restais muette comme si je n’avais rien à dire, j’étais comme neutre, j’étais nulle dans l’espace là, j’étais là... j’étais là comme ça ».

En conséquence, Florence, elle, ressent le besoin de devoir plus se former afin de se défaire de ce sentiment « d’incapacité » et d’infériorisation que lui procurent ces expériences, qui comme on peut le voir, ont un impact certain sur la manière dont les infirmières peuvent elles-mêmes percevoir leurs connaissances et compétences au travail,

**Florence :** « J’ai même pris un coup parce que je me suis dit que je voulais quitter même, quitter carrément, il y avait ce côté aussi où je me sentais tellement... tellement bête. Pas bête, mais je ne sais pas comme si je n’étais pas capable, comme si je ne savais pas, je n’avais pas ce qu’il fallait ou c’était un mélange, mais je te dis un mélange, ça, c’était ma pire expérience. Non. C’était un mélange d’émotion, un mélange de... pfff c’était incroyable. Pendant cette période, ça m’a beaucoup affecté, si bien que tu remets tout en question, tu te remets en question [...] En fait, je suis quelqu’un qui overthink, donc je suis plus en train de chercher à t’sais à rajouter des choses dans ma compétence, à rajouter, à rajouter ».

Uwineza comme Florence et Kémi, sujette à l’anxiété, a aussi ressenti ce sentiment de ne pas être une « bonne » infirmière,

**Uwineza :** « C’est aussi une des raisons qui m’a fait douter un peu de mes capacités de moi et c’est une des raisons pourquoi, comme j’ai dit que j’ai voulu un peu quitter le milieu

hospitalier, quitter en fait le travail au chevet parce que je me suis dit, peut-être, ce n'est pas vraiment... Tu vois, comme ça m'a juste fait douter de tout, comme je ne suis pas une bonne infirmière ou, en tout cas... déjà, comme je t'ai dit, je suis quelqu'un, je me critique beaucoup et j'ai beaucoup d'anxiété. J'ai trouvé que non, ça m'a poussé à quitter un peu plus tôt que j'aurais peut-être voulu... Je pense qu'à l'époque, je voulais vraiment faire au moins cinq ans à l'hôpital. Mais après trois ans, c'est comme j'ai dit non, j'en peux plus ».

Pour Yamissi, cette accumulation et l'évolution dans un espace de soin toujours sous tension sont envahissantes tant sur le plan tant professionnel que personnel. Comme Adjoua, Christine, et Stéphanie précédemment, elle souligne l'imprégnation de ces expériences vécues au travail dans leur vie quotidienne en dehors du cadre de leur travail. L'impact de ces actes va donc au-delà des portes des établissements dans lesquels elles pratiquent. Sa mère, Christine, elle-même infirmière, s'est fait frapper par un patient et à découvert dans ces circonstances son cancer,

**Christine** : « Là-bas, j'ai eu un patient qui m'a frappé, je suis tombée, j'ai eu une commotion cérébrale et pendant le traitement de la commotion cérébrale, j'ai découvert que j'avais une sorte de bosse au niveau du sein droit, puis il s'avérait que j'avais un cancer. J'ai fait le traitement, deux ans de traitement, d'opérations [...] j'ai commencé à voir l'impact des émotions sur le fonctionnement du mental et je me suis dit, "oups Christine, waouh, tu as passé au travers beaucoup de choses-là, tu n'étais pas obligé" d'un, si on peut le dire entre griffes. De deux, "tu y as laissé ta peau". Donc est-ce qu'on ne doit pas redéfinir le mot résilience ? ».

Selon Yamissi, si le cancer de sa mère n'est pas le fait du racisme, elle pointe du doigt un environnement tout aussi hostile qui a favorisé selon elle le développement de son cancer,

**Yamissi** : « Si tu vas chercher plus loin là, comme ma mère par exemple. Peut-être qu'elle avait le gène pour développer son cancer, mais en même temps, ça va plus loin que la génétique, il faut que les conditions, l'environnement dans lesquels tu vis... c'est une addition. T'sais, il faut que les deux s'additionnent pour créer les conditions favorables et elle, malheureusement dans les conditions dans lesquelles elle travaillait ça n'a pas aidé, fait qu'elle a développé le cancer, ou ma collègue qui a perdu son enfant, à cause des micro-agressions qu'elle vivait avec la direction et autre ».

## Encadré 6 : « Assistante-infirmière cheffe... Bis »

Suzanne :

« Quand on veut vraiment t'écarter... il y a des stratégies. On va dire que voilà, on va faire un concours puisque moi j'ai appliqué, alors mon ancienneté ne pouvait plus compter si on parle de concours, donc ça veut dire, on revient à l'entrevue pour faire une entrevue alors qu'on est déjà engagé dans la maison. Donc, nous trois, on a dû revenir pour faire l'entrevue. Pourquoi ? Parce que, dans l'entrevue, tu as la possibilité de décider d'éliminer qui tu veux selon les critères que tu t'es donnés. Alors donc, je pense que c'était ainsi que c'était fait. La gestionnaire avait déjà ses critères, de recruter deux infirmières cheffes. On nous a appelés en entrevue et lors de l'entrevue, nous toutes, on a faussé la même question, qui était une question piège, parce que ça ne reflétait pas le nursing que moi je fais habituellement. Malgré qu'elles aussi elles étaient cheffes, elles n'avaient pas répondu bien à la question parce que je les ai questionnées et elles ont dit qu'elles aussi, elles avaient échoué à cette question. Donc, sur quoi on s'est basé pour me dire que moi, je n'avais pas été retenu sur mes nombres d'années d'expérience ? Donc on est venu dire que oui, parce que les deux avaient plus d'années d'expérience en tant qu'infirmière que moi, donc elles étaient plus aptes à gérer l'unité la nuit que moi [...]. C'est comme ça que la chose a été jugée et puis donc j'ai été écarté. Ils m'ont donné une position d'assistante de gestionnaire, donc, après les gestionnaires, c'est moi... En fait, on m'a créé un poste de couverture pour ne pas juste dire... moi, je l'appelle comme ça, mais j'ai réussi à... je l'accepte, ok ? Je l'accepte parce que, peu importe, moi, j'arrive à mes fins, ok ? J'ai démontré que je suis capable de faire ce qu'elle fait et que, quand elle n'est pas là, ça fonctionne. Et d'ailleurs, ça fonctionne bien aussi donc. Donc également... on m'a créé cette position d'assistante de cheffe pour que je puisse, moi, être en mesure de soutenir cette personne pour qu'elle puisse avancer dans son poste alors que moi, si j'avais eu sa position, si je l'avais eu le poste de cheffe, je n'allais jamais avoir une assistante pour m'aider, alors j'allais me battre à 500 %, 1000 % pour arriver aux mêmes résultats qu'elle atteint avec deux personnes. Donc ça, c'est une autre façon aussi de voir comment les choses peuvent se passer. Aujourd'hui, moi j'ai décidé de rester là pour démontrer que ce n'est pas vraiment la couleur qui fait les choses et pour déstigmatiser cette question souvent raciste, parce que je travaille dans un milieu où 90 %, je dirais, 95 % des employés sont des Noirs. Et puis, **la personne qui est à la tête, c'est une blanche qui ne nous comprend pas**. Moi, en étant à ma position d'assistante, j'étais capable de lui expliquer la vision des choses. Exemple, la vision de l'immigrante. Tu sais, parce que nous sommes des femmes, nous arrivons d'autres pays. Nous nous cherchons, nous avons souvent deux emplois parce qu'on a des parents à aider quelque part en Afrique, on a des familles où on n'a pas les mêmes faciliter, on a payé nos études, on n'a pas eu des parents qui nous ont déjà donné, payé nos études là-bas, on n'a pas eu de l'épargne, on a dû acheter des maisons à notre vieil âge, etcétera. Nos réalités ne sont pas leur réalité [...] Donc, en tout cas, moi à cette position j'ai pu discuter pour faire comprendre les réalités de certaines personnes afin qu'on arrête de nous accuser ou de nous voir toujours comme soit, des retardatrices, des tricheuses, des etcéteras, pour leur faire comprendre qu'en réalité on a toutes des réalités différentes, ok ? Comme exemple, une fille qui doit finir à 14 h pour aller commencer le travail à 14 h 30 dans un autre milieu, cette fille-là qui est une fille seule, qui vit seule avec son enfant, autiste, etcétera, qui doit payer sa maison, payer les dépenses, etcétera. C'est de réalité que des fois les gens oublient, ne mettent pas en valeur ou ne mettent pas en considération quand il s'agit de considérer la force de travail humaine. Alors que cette fille, si elle décide de partir cinq minutes à l'avance et qu'on lui enlève quinze minutes, bien j'essaie de faire comprendre « regarde les nombres de fois qu'on ne prend pas de pauses » c'est comme, en étant dans cette position, je suis capable de faire voir à la cheffe certains éléments souvent racistes, qu'elle ne s'en rend pas compte ».

### 5.3.2 : Un plancher collant : évoluer dans le domaine

Le racisme impact de manière quotidienne l'expérience des infirmières Noires en formation théorique, clinique et sur le plancher lorsqu'elles deviennent infirmières. La question de l'évolution dans les carrières et le leadership a été soulevée par les répondantes. Pour certaines, tant l'accès à la formation que l'évolution dans leur carrière ont été entravés par le racisme. Pour Stéphanie, la formation joue un rôle prépondérant dans l'évolution de la carrière des infirmières dans la mesure où ce dernier signifie la possible accession à certains privilèges qui viennent avec des postes de gestion et de direction,

**Stéphanie** : « Mais n'oubliez pas, comme des femmes Noires, on a tellement d'obstacles au cours du chemin. Donc le premier obstacle c'est de me dire que je ne peux pas parce qu'accéder aux études supérieures, c'est quand même accéder à certains privilèges. Pour certains, dans l'imaginaire de certains, on ne devrait pas accéder à ces privilèges-là. Accéder aux études supérieures, c'est rentré dans une classe élite. Quand on peut compter sur les doigts, combien de gens qui ont un doctorat. Puis quand tu as un doctorat, tu fais partie de 1 % de la population qui a ce privilège-là. Donc, tout ce qui peut faire pour te bloquer comme personne Noire, on va le faire. Il n'y a absolument rien qui peut se faire dans un système raciste qui ne soit pas raciste ».

Une perception que Yamissi partage, car, selon elle, la surreprésentation des infirmières Noires au bas de l'échelle se joue dès les bancs de formation,

**Yamissi** : « La dernière fois, j'avais cette réflexion, j'étais comme, quand tu regardes là, au bas de l'échelle là, c'est très vertical, c'est ceux qui sont préposés et infirmiers auxiliaires au bas de l'échelle du système de la santé c'est tout le temps des immigrants. Je crois qu'il y a des biais au niveau de la formation aussi parce que quand tu vas regarder, ce sont des gens qui commençaient "oh ça n'a pas marché" fait qu'ils sont là, ou ce sont des gens qui avaient une formation dans leur pays, des équivalences, ça n'a pas marché fait que... Les personnes qui auront la réponse à ça c'est ceux qui établissent la structure hiérarchique dans les hôpitaux parce que sans mentir, comme quand tu regardes là au bas de l'échelle, c'est tout le temps les personnes racialisées. Est-ce qu'il y manque à gagner en faisant ça ? Honnêtement, je n'aurais pas la réponse, mais je sais que, comme, c'est l'accès à la formation, c'est déjà un facteur qui joue beaucoup là-dedans, je ne saurais pas te dire, mais quand tu regardes au top, ce sont les personnes blanches qui sont là ».

Ces réflexions de Stéphanie et Yamissi rejoignent les comportements de découragements induis par le corps professoral lorsque des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s veulent poursuivre dans leur cursus vers des diplômes plus prestigieux. Une expérience aussi

relatée ci-dessous par Jeanne et Suzanne. Selon Christine, accéder à « l'élite » c'est devoir travailler deux à trois fois plus fort pour espérer évoluer dans le domaine. Par la même occasion, cela permettrait de se défaire des comportements et actes racistes qui dévaluent et dévalorisent leurs compétences au travail, ainsi que leurs capacités à offrir un soin tout aussi qualitatif et compétent,

**Christine :** « Vous avez la peau Noire, vous devez travailler deux cents pour cent, l'autre à la peau blanche va travailler, peut-être soixante-cinq pourcent va passer, toi en tant que peau Noire, tu vas travailler à deux cents pour cent, donc ne penses pas que tu vas l'avoir facile, si tu veux faire partie de l'élite, si tu veux faire partie des blancs, travailler au sein des blancs, il faut que tu travailles fort, trois fois plus ».

Selina ajoute que se former amène aussi les infirmières Noires à obtenir un esprit critique, et la capacité à s'engager avec les questions liées au racisme, ce qui peut poser un problème dans un système déjà raciste,

**Selina:** "Ok now it's a different lens because... I'm in grad school I have a critical thinking hat, I have different you know philosophical underpinnings where I can explain why this is an issue, and not be scared to talk about it? I always say that I'm like a secret operative, you know? Like they don't know it. They don't know who they've hired, ok? But the system's changing. That's how I know. And from the inside, I look, and I poke holes through things so...".

Bien qu'elles obtiennent à travers les formations les compétences requises à la pratique d'un soin qualitatif, pour Stéphanie refuser l'accès à la formation, ralentir ou entraver cette dernière est une stratégie qui vise à maintenir les infirmières Noires et racisées dans des postures et des positions subalternes. Cette réflexion rejoint le constat effectué par Yamissi sur la surreprésentation des femmes Noires et immigrantes « au bas de l'échelle »,

**Stéphanie :** « Parce que n'oubliez pas, le racisme aussi, il est économique. Il est économique. C'est la même chose, dans le milieu du travail, on rentre dans les milieux de travail, on a les connaissances, on a les compétences, mais on ne peut jamais avoir de la promotion. Parce que, ayant eu une promotion, ça vient avec un meilleur salaire, ça vient avec un meilleur emploi du temps, ça vient avec beaucoup de bénéfices et d'avantages sociaux. On arrête là. Tu rentres, mais tu t'arrêtes là, au bas de l'échelle, au bas de l'échelle. Parce que n'oubliez pas, dans l'imaginaire collectif blanc, on est encore des esclaves. Peu importe ce qu'on a acquis, peu importe le niveau de connaissances qu'on a atteint, peu importe le niveau d'économie qu'on a atteint ».

Cette analyse de Stéphanie rejoint également la perspective de Suzanne qui constate dès la fin de son parcours de formation et à son arrivée sur le plancher que les femmes Noires obtiennent difficilement des postes de gestion et de direction, et ce, même si elles possèdent les compétences et capacités nécessaires. Bien que le milieu dans lequel elle évolue soit, selon elle, composé à près de quatre-vingt-dix pour cent de personnes Noires, les gestionnaires et les membres de la direction restent des personnes blanches,

**Suzanne** : « J'ai commencé à travailler en santé mentale une année après mon BAC, alors j'ai fait quand même six, sept ans en santé mentale. Et comment je perçois ça, c'est dans le sens où on remarque que les Noirs n'occupent jamais les positions de chef d'équipe facilement, donc, même si elles ont beaucoup d'expérience dans l'unité, ce sont les personnes blanches qui occupaient plus facilement la position de chef d'équipe et la situation est faite en sorte que, même nous-mêmes, on ne se fait pas confiance qu'on est capable d'occuper cette position de chef d'équipe. Ça, c'est la première des choses. Dans un autre département où moi, je voyais que la majorité des personnes étaient des Noirs comme infirmière, les responsables, les gestionnaires étaient également des personnes de couleur blanche. Je me suis questionnée pour savoir, est-ce que nous, on pourrait un jour devenir des gestionnaires nous aussi ? Est-ce qu'on pourrait un jour atteindre ces postes-là ? Et je connais personnellement quelques collègues qui ont essayé d'occuper ces positions et elles ont rencontré des difficultés majeures ».

Une expérience vécue et attestée par Jeanne qui explique sa difficulté à obtenir un poste de gestion une fois que l'entrevue en personne arrivait,

**Jeanne** : « Je cherchais un poste de gestion d'administration et là j'ai appliqué dans les soins de longues durées. Aucune ouverture. Et puis c'était clair là encore, à cause de mon accent [Franco-ontarien] ou mon manque d'accent haïtien, je passais les conversations au téléphone, mon CV brillait. Mais une fois sur les lieux, dans ce n'était pas si intéressant, ils n'étaient pas si intéressés que ça ou ils avaient offert un poste à une autre personne ».

Ces difficultés traduisent le point de Stéphanie ci-dessus en référence au maintien des infirmières Noires dans des positions de subalternes et leur entrave à l'accès à des postes de gestion. Un constat qu'Uwineza fait et qui pour elle explique également la sous-représentation des infirmières Noires dans les domaines de soins infirmiers considérés comme prestigieux et/ou moins laborieux,

**Uwineza** : « Je me rappelle en salle des réveils je n'ai pas vu une infirmière Noire. Soins intensifs il y en a très peu, urgence, il y en a très peu aussi. Et je me rappelle, une infirmière, on a travaillé en médecine ensemble, elle m'avait dit, "ici, on veut que les Noirs travaillent juste dans certains départements, certains services... là où les blancs ne veulent pas travailler", tu vois eux, ils veulent aller là où c'est plus facile. Bon, ça, je ne sais pas, ça

dépend. Mais elle disait, lorsque c'est plus facile dans les soins intensifs, salle de réveil, urgence... il y a beaucoup de racisme, on ne veut pas voir des Noirs à l'urgence. L'urgence, c'est la porte d'entrée à l'hôpital. Ils ne veulent pas voir ça ou on ne veut pas représenter ça. Parce que je me dis peut-être comme je l'avais expliqué, on va recruter, peut-être à l'étranger, on va prendre comme les gens de l'Afrique ou des Philippines pour les faire faire comme on avait dit, les services comme les gériatries, le travail que soi-disant les blancs ne veulent pas faire et eux ils restent dans les soins intensifs, dans l'urgence, salle de réveil, salles d'opération ».

Une perspective soutenue par Suzanne,

**Suzanne** : « Les urgences, les soins intensifs, les domaines cliniques, c'est-à-dire les cliniques de médecins, les environnements ou comme, on va dire dans les... dans les services de jour-là c'est-à-dire les cliniques qui s'ouvrent le matin et puis qui ferment à seize heures et puis c'est que l'infirmière, elle reçoit quelques personnes, etcétera, donc, dans toutes les cliniques, moi, je vois moins de Noirs. Dans les aspects comme la géronto\* [gérontologie], les services au chevet des patients, comme dans les hôpitaux, on va tout de suite nous ramasser là-bas. On nous accepte [dans ces services], on nous prend, nous arrivons à nous intégrer. Pourquoi ? Parce qu'il y a moins de compétitions là-bas, il y a beaucoup de travail à fournir là-bas, il y a de l'énergie à fournir, il n'y a pas de temps de niaiseries alors qu'aux urgences tu as une infirmière peut être pour deux patients, aux soins intensifs tu as une infirmière pour une patiente ».

Un point souligné par Florence qui fait le constat qu'autant les infirmières Noires que les préposées aux bénéficiaires Noires sont surreprésentées dans le domaine de la gérontologie/gériatrie, un domaine difficile selon elle,

**Florence** : « Moi qui travaille ici, ici, en gériatrie, à l'hôpital de \*\*\*\*\* les matins, c'est trop tough [dur]. Il y a beaucoup plus de travail, il y a beaucoup de... il y a les médecins qui sont là, y a tous les professionnels de santé qui sont là, les travailleurs sociaux et tout le monde est là, et tout le monde veut le dossier, tout le monde te sollicite, tout le monde veut te donner quelque chose à faire, admettons. Il y a beaucoup moins qui aiment ces horaires ».

Suzanne qui, elle aussi, évolue dans un milieu où la majorité du personnel est Noir suggère qu'avec une telle représentativité, il y est tout de même difficile de devenir gestionnaire. Si on reconnaît son "excellence" si ce n'est sa force de travail sur le plancher, sa place n'est pas à la tête de l'équipe, elle exprime son ressenti lorsqu'elle n'a pas obtenu son poste d'AIC,

**Suzanne** : « On disait, "ah non, Suzanne, il me semble que, si tu es au plancher, on se sentirait plus sécuritaire, on saura que le travail sera fait, on saura que les sœurs vont, en

tout cas, vont recevoir les soins qu'il leur faut". Donc ça se disait aussi simplement que ça, mais en fait, on regarde ta force de travail, "oui toi l'esclave, toi tu es habitué à travailler dur, donc travaillez dur, faites-nous le bon travail", mais les gens qui peuvent s'asseoir dans un bureau, être des directrices, prendre des décisions, discuter dans les réunions, ce n'est pas vous autres ».

Comme Suzanne, Christine et Stéphanie font le parallèle avec une forme d'esclavage moderne, le sentiment de n'être utilisé que pour leur force de travail et de ne pouvoir être que dans des postures de travail laborieux. Obtenir des positions de gestion et de direction leur permettrait d'influencer le domaine d'une manière ou d'une autre, soit dans l'éducation en tant que professeure, soit dans la pratique en tant que cadre et/ou gestionnaire,

**Christine** : « Il m'est arrivé de me poser la question, est-ce qu'on ne vit pas une sorte d'esclavage en temps moderne, une autre forme d'esclavage en temps moderne. Je me pose cette question en ce sens que c'est comme si la femme Noire, la nurse Noire, elle est capable de tout supporter, c'est une esclave, il n'y a personne qui va la défendre, elle va supporter ça. Elle va soupirer et elle va continuer. Ce sera parce qu'on va dire de toutes les manières, les Noirs ont été des esclaves, ils ont survécu, donc ce n'est pas ça qu'ils ne vont pas survivre ».

Pour Stéphanie, le manque de professeur.e.s Noir.e.s se justifie aussi par la peur qu'elles inversent la tendance dans le système et déconstruisent ce dernier,

**Stéphanie** : « Parce que tu vas former ! Si tu réfléchis bien, c'est la même stratégie du temps de l'esclavage. On empêche que les esclaves se réunissent parce qu'il y a du pouvoir dans le nombre. Plus vous êtes nombreux, plus vous commencez à infecter les gens avec votre tendance radicale, votre tendance de pensée critique, votre tendance de changer les choses, votre tendance d'antiraciste. Mais, t'es pas à ta place là [...] C'est le néo-esclavagisme ! C'est ce que je t'ai dit tantôt, c'est la même structure, mais qui se fait sous différentes formes. Du temps de l'esclavage traditionnel, on vole tes forces. C'était vraiment le vol de ta capacité physique. Dans le néo-esclavagisme, c'est l'usurpation de ta capacité intellectuelle ».

Sur le plancher, ce manque d'évolution et d'opportunité d'évolution se faire ressentir. Pour Adjoua et Yamissi, au même titre que Suzanne l'avancement de leur carrière a été ralenti. Les raisons de ces entraves manquent de transparence bien qu'elles possèdent les compétences et habiletés nécessaires, entre manque d'ancienneté et manque de personnel. Adjoua qui pensait évoluer selon les standards n'a pas eu l'opportunité de le faire jusqu'à ce qu'elle quitte l'urgence, contrairement à ses collègues blanches, qui elles n'ont pas eu de difficulté à évoluer,

**Adjoua** : « Quand on nous recrutait, tu faisais six mois dans l'air d'observation A, c'est-à-dire les cas les moins urgents, les moins problématiques ensuite six mois après, tu te retrouvais dans le B où il y avait tout ce qui est cardiaque, lecture d'électrocardiogramme, tout ça. Et après, tu partais en ambulatoire pour ceux qui venaient juste de voir le médecin, des gens qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Et puis de là, maintenant, quand tu cernes tout ça, tu vas en salle de choc ou ce sont plus les accidentés, les personnes qui ont besoin de soins urgemment. Et après ça, maintenant, tu fais le triage. De tout ce temps, j'ai été juste limité à l'aire A pendant un an et demi, parce que personne ne veut me voir dans le B, parce que le B, ce sont les blanches qui sont supers... Les supers infirmières qui sont là dans l'air ambulatoire, ils ont leur groupe. Ils ont leurs groupes qui sont là, c'est eux qui acceptent qui ils veulent dans leur milieu. Fait que, pendant tout ce temps j'étais dans l'aire A, si j'ai trop bougé, c'est seulement dans l'aire B parce qu'ils sont en manque de personnel. Ils m'amènent là-bas. Et puis c'est resté comme ça... ».

Elle n'a pu évoluer dans l'Air B que momentanément pour combler un manque de personnel, un sentiment amer que Yamissi connaît bien. Cette dernière n'a jamais pu accéder à un poste de cadre qu'elle avait obtenue sur son unité par « manque de personnel » sur le plancher. Une étape de son parcours qu'elle a pris positivement malgré tout,

**Yamissi** : « J'avais eu un poste d'infirmière-cadre, je travaillais à l'urgence et je n'ai pas pu accéder à mon poste sous prétexte qu'il manquait des infirmières à l'urgence. Cependant, t'sais, y avait des... Je ne vais pas mettre ça sur le dos du racisme, en même temps, ça allait quelque part parce que... j'avais des collègues blanches qui avaient des postes ailleurs et qui pouvaient partir. Moi, je n'ai jamais accédé à ce poste de conseillère jusqu'à ce que je quitte mon employeur. En même temps, je me dis ce n'était peut-être pas la porte pour moi, which is ok. Toi, tu es là on dit genre les postes sont ouverts t'applique dessus bien que tu aies les compétences et les habiletés, tu ne vas jamais être choisi genre comme... Ou quand tu es choisi, tu ne peux pas accéder sous prétexte qu'il manque du monde sur unité, comme si le fait que toi tu restes, ça va changer les conditions de travail qui sont déjà défavorables ».

Aussi, la dureté des standards, la non-reconnaissance et la dévalorisation de leurs compétences sur le plancher participent à leur difficile ascension vers des postes de cadre. Bien qu'elles travaillent, deux à trois fois plus durement, cela ne facilite pas leur ascension. Pour Jeanne qui est dans une position de leadership sur un poste de direction, le constat est sans appel,

**Jeanne** : « Les gens qui sont en poste maintenant et qui ont été en poste depuis très longtemps à cause de la pâleur de leur peau, on voulut maintenir leur position parce que c'est de belles positions à maintenir, tout simplement. C'est vraiment la réalité humaine. Puis tu vois dans mes derniers mois, j'ai été nommé pour être au siège d'une grosse entité ici dans la région, même mon travail, ce n'est pas un poste comme tel, mais c'est quand

même très représentatif, puis je suis la seule, la seule représentante d'à peu près quatre-vingts pourvoyeurs de service d'association qui est Noire. Là, je te parle au niveau des directeurs là, puis avec des gens de gros titres ».

Lorsqu'elles atteignent ces positions, le combat ne finit pas. Pour Selina et Yamissi, être jeune, Noire et en position de leadership leur à value d'être perçu comme des menaces pour leurs consœurs blanc.he.s. Leurs pratiques et leurs postures sont toujours questionnées et remises en cause. Une perspective soutenue par Shauna qui explique les raisons de cette crainte de voir des femmes Noires en posture de leadership,

**Shauna:** “‘She’s hiding in plain sight’. But I’m like... How do I do this? Because it’s like... ‘She is for the advancement of BIPOC’, ‘She is for health equity’. ‘She’s for equality’. But when you get to the point when you’re alienating the oppressed or the marginalized, right? Then that’s a problem. ‘Cause you’re gonna be walking hand in hand, like you remember those days when Martin Luther King [...]”.

Une perspective également soulignée par Selina,

**Selina:** “It’s like ... now, I’m getting comments like I’m threatening. Because I have all these ideas, I’m like a go-getter, all of this stuff. What do you mean by threatening?! Threatening like?! My boss... I’ve been told by many different people that my boss is threatened by me, there’s another person threatened by me, like most people ... and so, it’s kind of a sort of policing that I have to do because they... Because I’m new, to this position. I just graduated from my graduate school. So, there’s a lot of policing on like... How to make myself more palatable on a way... Because I’m young. I’m very young to have a position like this. I’m just like ... a lot of people are like who the hell are you”.

**Sadjo:** Do you feel that your position is threatening because you’re black?

**Selina:** “100%! 100%. Black and young. And like articulate, you know? I think a lot of people will probably look at... And I’ve always gone this... Like I’ve done a lot in my career, to get to where I’m at, but I think a lot of people are kinda like ‘What... How... How did she...’ You know like... There’s always like ‘How?! How did she do it?!”

Mais également Yamissi,

**Yamissi:** « Souvent, les gens ne pensent pas hein, tu vas manger tu vas entendre de gens, oh, elle est dangereuse” ce mot-là, ce mot-là... “oh, elle est dangereuse parce qu’elle ne fait pas son approche...” J’observe aussi genre avant...elle est dangereuse parce que son approche est différente que l’approche conventionnelle”. À partir de là, et bien tu es étiquetée avec l’étiquette dangereuse et l’étiquette dangereuse, elle est dangereuse la plupart du temps, ce sont les infirmières racialisées qui l’ont beaucoup ».

L'ensemble de ces témoignages démontrent donc que le racisme perçu et vécu impacte de manière significative l'avancement de carrière des infirmières Noires et de manière globale leur parcours professionnel.

### **Encadré 7: « Not the angry one »**

#### **Shauna:**

“I just avoided it, when I was on the orthopedics unit. As far as this, like I said, I... I do everything to avoid being in those type of situations. Hmm... But when I don't know who's coming, or what to expect, then... Yeah. Then, I do get anxious, I do feel where I'm like... And I'll say it out loud, I'm like “Ouh I kind of feel anxious. As a Black woman, I feel that I need to be mindful. Like I'm... I do consider myself strong. But at the time, I have to kinda limit my strength. So, I'm not being my... True authentic self. And at times I feel as if I'm in a box. And yeah. In this particular environment I feel as if I'm not able to be... My true self out of fear that I will be labeled, either loud, or angry, or yeah that type of labeling. And there's people who know me from the inpatient unit that came. That people were not Black. And they were like ‘You've changed so much!’ and I'm like ‘What do you mean?’ they say ‘You're like... You're so shy!’ but then it's like... Your light is a little dim Right, that I'm not the same person... That I'm only a fraction of myself in this environment, right? Because when there were other bulbs around, I shined brighter. Right? But then, in this environment, I kind of have to dim my light. So that everybody else feels a bit more comfortable. **'Cause I can't be too loud. I can't be too angry. I can't be too outspoken.** And the thing is to even, in some of those situations where you'd wanna confront a person, you don't want to confront them without anybody else present because you don't want the situation where it seems as if you are being aggressive, harassing people. 'Cause that's also, like, the whole bully culture too. So, you gotta kind of be mindful of that as well. Because even though they might be covertly hmm... Harassing or be bullying you, gaslighting you, and so forth. If you're more so overt with your response and your defense, it can look very different, right? So, that's the thing”.

### 5.3.3: Réagir face au racisme : entre agentivité, résilience et résignation

Pour faire face à ces différentes expériences, les infirmières interrogées adoptent différentes stratégies d'adaptation. Ces attitudes et comportements qu'elles adoptent leur permettent de naviguer au travers de la formation en sciences infirmières et dans l'espace de soin tant avec les autres soignant.e.s que les patient.e.s. dépendamment des personnalités – caractère et sensibilité –, des expériences personnelles et professionnelles passées de chacune des répondantes, du contexte et de l'environnement professionnel dans lequel elles évoluent, les comportements ou attitudes d'adaptation développés varient. Pour certaines, agir face au racisme en le dénonçant est essentiel. Adjoua, Christine ou encore Florence et Stéphanie n'ont pas hésité à avoir recours à la hiérarchie lorsqu'elles ont estimé être victimes de racisme. Néanmoins, concernant Stéphanie c'est dans ce même processus de dénonciation d'actes racistes de son gestionnaire, qu'elle s'est retrouvée confrontée à des propos racistes de la part du directeur de ce gestionnaire lors du traitement du contentieux qui les opposés,

**Stéphanie:** « J'ai fait ce qu'on appelle un code de conduite. Un code de comportement, j'allais plus haut, j'ai porté plainte contre lui. Puis, en pleine réunion, son directeur, le directeur de département, me dit "you're angry". Tu connais le terme "angry Black woman"? J'ai dit "vous allez avaler ce mot". J'ai dit "parce que vous savez très bien. C'est un mot étiqueté, accolé aux races". Oui. J'ai dit "vous allez rentrer ce mot". Il a dit "oh, peut-être que j'ai mal choisi". J'ai dit "non". Vous avez choisi votre terme exactement. Parce que vous n'auriez jamais dit à toutes ces femmes blanches, qui sont assises là, vous n'auriez jamais dit à ces femmes blanches qu'elles sont "angry". J'ai dit "si vous ne l'avez pas, je vais vous montrer ce qu'est une femme enragée Noire" ».

Pour Yamissi, la dénonciation à un niveau supérieur ne vient pas sans le stigmate d'avoir « dénoncé » les attitudes et comportements racistes. Selon elle, la responsabilité d'agir face au racisme est commune, l'organisation/établissement dans laquelle les infirmières évoluent doit gérer les effets de ces actes racistes,

**Yamissi :** « En bout de ligne, tu tombes malade soit tu dénonces, tu vas voir le gestionnaire, puis quand tu fais ça, tu es vu comme la snitch [la balance] comme le rat. Mais moi, je ne pense pas que c'est aux personnes qui vivent ça de gérer ça. Mais c'est vraiment

l'institution. Je reviens sur ce fait-là, parce que ce ne sont pas des cas isolés. Si c'est un cas isolé, tu te dis "oh c'est personnel", mais quand ça arrive plusieurs fois... ».

D'autres privilégient la réaction immédiate aux problèmes en adressant de la manière la plus adéquate l'acte qui a été posé par un.e soignant.e ou un patient.e. C'est le cas de Christine qui m'explique comment elle a repris sa collègue blanche, infirmière auxiliaire à la suite d'un refus de soin de la part d'une de ces patientes qui a catégoriquement refusé qu'elle la soigne. Entrée dans la chambre de la patiente avec l'infirmière auxiliaire blanche, la patiente et sa famille ont pensé que cette dernière était en mesure de soulager la douleur de leur fille, une situation que Christine a endiguée, après un énième refus de soin de la patiente et de sa famille,

**Christine** : « Là, je sors, je vois Aline, je lui dis Aline, "quand tu es rentré ce matin-là, tu t'es présentée à la personne, est-ce que tu as donné ton titre ?" et là, elle est devenue toute rouge. J'ai dit " c'est très important que tu donnes ton titre et que tu expliques aux patients qu'est-ce que toi tu fais auprès d'eux, parce que cette fille-là, si elle avait su ce que tu es capable de faire, ce que tu as le droit de faire et ce que n'a pas le droit de faire, ce que moi j'ai le droit de faire, et ce que je n'ai pas le droit de faire, elle n'allait pas faire ça. Pourtant, moi j'ai expliqué ce que j'ai le droit de faire auprès d'elle, mais elle a insisté elle a voulu que tu lui soulages la douleur et ça, ça porte à confusion. Et j'aimerais que, dans les jours à venir, quand tu travailles auprès d'un patient, que tu donnes ton titre et que tu dises ce que tu dois faire auprès du patient". Là, elle me dit, "oh, mais Christine, tu parles, tu as l'air fâchée", je dis " non, je ne suis pas fâchée, pas du tout. C'est simplement pour éviter un genre d'incompréhension, de dérapage. Et puis elle a le droit d'accepter ou non que je la soigne" ».

Le comportement des proches de la patiente souligne le fait que les infirmières Noires sont systématiquement reléguées à des postures et positions subalternes. Ils ont considéré/associé l'infirmière auxiliaire blanche à une infirmière autorisée. Pour Fabienne, particulièrement lorsqu'il s'agit des collègues, il est important d'adresser l'issue dans l'immédiat,

**Fabienne** : « Honnêtement, je vais vous dire. Je suis quelqu'un de très catégorique, je ne mâche pas les mots comme ils disent souvent, je ne mets pas des gants blancs parce que vous me faites quelque chose, je vous le dis automatiquement. Nous sommes tous des professionnels. Si vous étiez capable d'effectuer le travail toute seule, je ne pense pas qu'on aurait embauché quelqu'un d'autre, à ce moment-là. Si je ne connais pas quelque chose, je vais dire à mon chef d'équipe, "je ne suis pas à l'aise à faire telle technique", donc j'apprends, on est là pour apprendre. Donc, si quelqu'un vient empiéter sur mes soins ou bien la personne me regarde de travers, etcétera, je m'en vais directement vous dire "si vous avez un problème personnel, faites-vous soigner, régler votre affaire" ».

Similairement pour les patient.e.s, Florence prend le temps d'adresser les actes à la fois de ses collègues et de ses patient.e.s, comme Stéphanie précédemment (cf. 5.2.1) elle pose ses limites clairement,

**Florence** : « Admettons, quelqu'un me parle d'un ton je lui dis, "non, tu ne me parles pas comme ça, on est dans un milieu de travail, donc je te respecte, tu me respectes" et voilà. Et même avec les patients, j'ai été avec, même cet été encore, un patient qui me dit, "Mais pourquoi tu es Noire comme ça" au début, je n'ai pas voulu parler parce que j'étais nouvelle dans le truc. Je ne connaissais pas encore t'sais et après j'ai été, j'ai dit à l'infirmière, "ce monsieur-là, je vais lui répondre et c'était juste pour t'aviser que je vais leur répondre, parce que moi, ce genre de traitement, je n'aime pas et je suis là pour lui donner des soins, je ne suis pas là pour me faire maltraiter" donc la prochaine fois quand j'ai été, il m'a dit un truc là, je lui ai juste dit "Monsieur, est-ce que vous vous créez, genre vous créez des êtres humains vous ? Est-ce que vous êtes en mesure de créer des êtres humains ? Est-ce que vous avez choisi la couleur de votre peau ?"».

Lorsqu'elles réagissent à des actes et des comportements qui peuvent être assimilés à du racisme, les infirmières sont souvent cataloguées comme étant en « colère » ou « fâchée », ou tout simplement de vouloir jouer ou sortir la "carte" de la race ou du racisme. Adresser ces comportements nécessite donc une certaine dextérité dans l'usage de leurs propos. Pour d'autres, comme Shauna, afin d'éviter d'être cataloguées au travers des multiples stéréotypisations dont sont sujettes les personnes Noires, il faut adopter un comportement d'évitement qui permet de ne pas engendrer de conflits et lutte supplémentaires qui mettraient à risque leur emploi. Elles encaissent donc les actes racistes en prenant sur elles-mêmes sans agir ou réagir face aux attaques, notamment celle des soignant.e.s. Pour Rose, cela se traduit par le fait d'effectuer son travail de la meilleure manière, même si cela signifie de rester plus tard et de s'ajouter une charge de travail afin de ne pas être associé à ces stéréotypes,

**Rose** : « Je pense que c'est vraiment la première fois que j'avais vécu ça comme la Madame des "espèce de N\*\*re" que ça m'avait vraiment affecté. Mais, je pense, après j'étais... J'étais correcte. Honnêtement, écoute, je suis Noire, je suis fière d'être Noire comme, ça ne m'a pas... Ça ne m'a pas affecté en quoi que ce soit, ça m'a juste, je peux dire, ça m'a juste permis de faire mon travail comme il faut, pour pas qu'on dise, "les Noirs sont comme si les Noirs sont comme ça", so je viens, je fais mon travail, j'arrive à l'heure, je respecte ce qu'il faut faire, je reste tard s'il le faut, je quittais toujours tard pour terminer mes notes, pour ne pas qu'on ne dise pas "Oh les Noirs sont ceci, oh les Noirs sont cela", donc au contraire, je pense que ça m'a juste permis de faire un effort pour bien faire mon travail, pour ne pas laisser de reproches ».

Similairement, pour Christine, ces « mauvaises » expériences représentent un moyen de s'améliorer,

**Christine** : « Je me suis dit une chose, “ça ne va pas”, au contraire, prend ça comme manière d'être à l'aise, d'apprendre parce qu'on ne te facilite pas la vie, mais à travers ça, tu vas apprendre, tu vas avoir un background, tu vas te former, tu seras meilleure. C'est comme ça que moi j'ai vu la situation, c'est comme ça que j'ai pu passer au travers de mes stages, me dire qu'au-delà de tout cela, c'est l'acquisition de connaissances, du savoir-faire et du savoir-être qui m'importent, c'est ça. Et quand je suis arrivée à l'hôpital, je commençais à travailler. C'était pareil ».

Dans d'autres circonstances, les infirmières ont recours à une aide psychologique ou une aide des syndicats lorsque cela affecte leur santé mentale et/ou leur condition de travail,

**Kémi**: “I had to really take back time, and talk to a therapist, and basically unlearn the bad thoughts that I had in my head about this whole situation. So, it was unfortunate what happened, to be honest. But there's... There's... There's so much that you can do so, I literally had to go to therapy to really unlearn... This whole situation that happened”.

**Florence** : « Moi, je sais qu'à un moment donné j'ai bénéficié vraiment du soutien du syndicat. Ça, je ne peux pas, je ne peux pas le nier qu'en 2020 j'ai vraiment... je passais vraiment dans une situation, une mauvaise situation, une mauvaise passe dans la vie t'sais, j'avais des crises de panique, j'étais vraiment en dépression, pleins de choses ».

Pour d'autres, comme Adjoua, Christine, Farida et Yamissi la spiritualité a permis de favoriser et renforcer la résilience dont elles font preuve dans leur quotidienneté, de comprendre et non pas d'accepter, mais de supporter leur expérience quotidienne sur le plancher,

**Adjoua** : « J'ai de la force, mais moi, personnellement, ce sont vraiment mes croyances religieuses qui vont aider à passer au travers. C'est que je crois beaucoup en Dieu. Je prie beaucoup fait que... chaque jour est comme, ce n'est pas vraiment un défi. Mais chaque jour était remerciement pour dire, “tu m'as donné la force, c'est quoi ? C'est quoi la journée ? La journée qui vient, c'est quoi ? Où est-ce que je vais me retrouver, qu'est-ce que je vais affronter ?” ».

**Christine** : « La spiritualité est un atout qui nous permet, surtout les femmes et les femmes Noires et les femmes immigrantes Noires, de surmonter beaucoup de choses. Nous, nous tirons de la résilience. On a une grande force résilience qu'on trouve dans la spiritualité, et souvent, quand je prie, je dis “ Seigneur l'être humain peut me rabaisser, mais toi, élève-moi, toi, élève-moi” ».

**Farida** : « J'ai été élevé dans une culture musulmane ou pour moi je crois que les situations qu'on te met, c'est un apprentissage, c'est un apprentissage et puis tu les prends positivement, c'est émotionnellement drainant je le comprends. Il faut regarder aussi... ça arrive pour une raison. Donc je remercie Dieu même si ce que je voulais avoir, je ne l'ai pas eu, j'ai ce que j'ai, donc c'est difficile en tant qu'être humain de faire cela au fur et à mesure. Mais, on le vit, on le vit ».

**Yamissi** : « C'est clair et net que comme à chaque quart, comme dans toute chose, quand j'allais travailler, je priais comme : "Seigneur, donne-moi une belle nuit, puis une bonne journée", c'est ça. Puis je reviens encore au thème d'humilité. Souvent, tu aurais pu répondre là, mais comme, tu pries en dedans de toi là, pour ne pas exploser parce que, souvent il y avait de quoi vraiment... à exploser puis, t'sais je dirais comme ça t'aidait à te contenir, mais en même temps, c'est comme un poison en dedans de toi, à un moment donné, faut que ça sorte. Si tu restes dans ce milieu-là... fait que je me questionne, les infirmières pour qui ça ne sort pas, qui emmagasine ça, comment elles évacuent ça ? Est-ce que c'est sur leurs enfants à la maison. Est-ce que c'est leur vie de couple ? Comment elles évacuent ça ? ».

La spiritualité apparaît comme l'explique Yamissi comme un élément qui permet d'extérioriser et d'évacuer, mais qui ne fait pas disparaître l'expérience vécue en tant que tel. Comme le stipule Christine, elle permet d'alimenter la résilience dont elles font preuve au quotidien. Le soutien des pair.e.s en dehors ou sur le lieu de travail, des membres de la famille et des proches a aussi été un support pour extérioriser et tenir le coup face à ses expériences,

**Adjoua** : « Je n'en parlais pratiquement pas c'est tout... parce que, à qui je vais parler ? c'est juste mon amie que j'ai dit qu'on a fini deux dans l'information, on est resté proche, mais elle était en santé mentale, elle n'avait pas la même réalité que moi à chaque fois, elle me disait "mais je t'ai dit de venir en santé mentale. Mais pourquoi tu es allé là-bas ? Tu as dit, tu aimes ça, tu aimes ci, tu aimes ça". J'ai dit, "mais c'est là que je veux rester. Je veux quelque chose qui me motive à me lever le matin, j'aime ça, les soins physiques, j'aime ça, mais la santé mentale, j'ai eu toujours peur de ça". Mais aujourd'hui, je me retrouve là-dedans parce que j'ai acquis plus d'expérience et plus je trouve que je veux voir d'autres sphères. On en parlait elle et moi, c'est la seule à qui je pouvais en parler d'ailleurs qui était dans le milieu, qui pouvait comprendre, parce que je t'assure que si tu n'es pas dans le milieu, tu ne peux pas comprendre, si tu ne vis pas là-dedans, tu n'es pas dans le milieu, tu ne peux pas comprendre ».

Le soutien de sa famille et de ses ami.e.s a permis à Kémi de tenir le coup,

**Kémi**: "For me, it would be going home and just... Talking to my family members about my experiences, and just like hearing their advice. That was a part I was able to cope... Having a friendship meant network too as well, going out with my friends, that was how I was able to cope too as well".

Trouver une personne qui vit ou comprend l'expérience vécue est un atout, pour Adjoua être dans le domaine favorise le partage d'expérience. Pour Shauna, la création d'un groupe

de pair.e.s au travail leur permet de se sentir appartenir à une équipe, car elles sont majoritairement exclues par leurs collègues blanc.he.s dans ces groupes de pair.e.s. Bien que, se rassembler avec des personnes qui lui ressemble peut-être mal perçu par ses collègues blanch.e.s,

**Shauna:** “You probably discuss it with your close friends, and so forth, who are probably in the same... In this stupid knot, like in the same place like, what you’re experiencing. The inpatient unit, we did form little groups, right? And so, we’ve celebrated our accomplishments, birthdays, hmm... Children’s birth, weddings... Those type of things, we had a group for that, and not everyone knew that we were connected. Why, because we’re of the opinion that anything that does not include them, they want to be a part of. And if it doesn’t include them, then they gonna say ‘Well, if we were supposed to have an all-white group, you would say something, right?’ And so, it’s like counter... In their mind, it’s like counter racism”.

Pour Jeanne et Selina, il n’est pas question de s’adapter, elles utilisent leur position, leur plateforme et leur influence pour militer et améliorer l’expérience des infirmières Noires, mais surtout celle des communautés et de la population Noire de manière générale, en soulignant l’importance d’être éduqué sur les enjeux qui composent leur expérience vécue,

**Selina:** “I feel like the norm is to not say anything. I feel like that’s the norm, just like ‘Keep your head down’, and ‘Just get your paycheck’, and ‘Who cares?’ I just think, like, I can’t sit well at night knowing that the way I was treated growing up... The way like my people have been... Like, I just can’t. That’s not right! Like, I just don’t understand It’s not right and it’s actually mental, like it doesn’t make sense, you know? And I’m like why can’t we just advocate for something that’s nice? [...] I think like this is another drawback, because like, nurses who go to nursing schools they not they’re not necessarily learning different sociological theories or like you know... Necessarily reading historical applications of social movements. Like, they’re not really getting into that. They don’t have time for that. Even if they didn’t go to grad school, they don’t have time after their work to do that. So, it’s hard for them, right? Cause they’re stuck in these places where people who are doing the advocacy things for nurses typically are like master’s prepared, or PhD prepared nurses, or even who are not in nursing”.

Jeanne, elle, profite de sa position de leadership et de sa posture d’*insider*, tout comme Selina pour changer les choses à une échelle plus grande, loin du plancher, mais pour l’amélioration des conditions de travail des infirmières,

**Jeanne :** « Donc, moi, pour répondre à vos questions, ce que je fais c’est que je m’associe avec une organisation qui est connue pour ébranler les choses de façon efficace, basée sur les meilleures pratiques, les évidences. J’ai décidé d’être présidente de \*\*\*\*\*. Et j’utilise ces espaces-là pour changer le cours de l’association qui, elle, influence le gouvernement.

Comme, justement, hier soir, on a passé une séance pénible de trois heures à formuler deux résolutions pour que le Conseil d'administration de l'organisation provinciale puisse investir des efforts, puis des ressources pour offrir, pour rendre obligatoire la formation continue pour les professionnels de la santé. Donc pas juste pour les infirmières Noires... pour améliorer la qualité des services de la population Noire ».

Les stratégies de survies et d'adaptation sont donc diverses et dépendent des sensibilités de chacune des participantes, sensibilité qui leur permet de choisir d'agir, de réagir ou de se résigner dépendamment des configurations et dispositions dans lesquelles elles se trouvent, le tout à l'aune d'une force et d'une résilience sans pareil. L'hostilité du climat et le manque de soutien de la gestion/direction favorisent aussi la renonciation à la dénonciation et/ou le sentiment que cette dernière n'aboutira pas. La crainte de perdre son emploi a aussi été un facteur déterminant à la décision ou non de dénoncer ces actes. Enfin, le support des groupes de pair.e.s, les relations personnelles et familiales, ainsi que la spiritualité, a permis aux répondantes de '*coper*' face au racisme.

\*\*\*

## CHAPITRE 6 : Discussion

### « En mode survie »<sup>26</sup> : Racisme et mise en marge des infirmières Noires dans les espaces de formation et de soins

---

Le chapitre suivant présente la discussion des résultats en les mettant en lien avec les objectifs initialement établis et les principales conclusions qui ont émané à la suite de la présentation des résultats (cf. chapitre 5). Ceci permettra la contextualisation de ces résultats en parallèle avec les différents travaux précédemment menés dans les champs de recherche concernés. Il abordera, les contributions théoriques et conceptuelles de la recherche tout en exposant les enjeux liés au racisme anti-Noir subit par les infirmières Noires dans le domaine des soins infirmiers. Enfin, il exposera les contributions et limites de la recherche ainsi que, les possibles recommandations à la pratique et au développement des futures recherches dans le domaine.

Cette recherche a vocation de comprendre l'expérience vécue des infirmières Noires dans la région de la capitale nationale, Ottawa-Gatineau. Les principaux objectifs ont pour intention **(a)** l'identification des différentes échelles d'opération du racisme ; **(b)** l'identification des formes que ce dernier prend et la manière dont il façonne l'expérience et le vécu quotidien des infirmières Noires ; ainsi que **(c)** les différents impacts que le racisme vécu a sur la santé psychologique et physique de ces dernières, mais également, sur leur avancement de carrière ; et enfin **(d)** l'identification des différentes stratégies d'adaptation mises en œuvre par ces femmes pour pallier le racisme et ses effets. Le précédent chapitre de résultats a permis de cerner en détail l'expérience vécue de racisme des infirmières Noires de l'espace de formation à l'espace de soin en exposant les formes que le racisme prenait dans leur quotidienneté. Cela a permis de tracer leurs parcours professionnels sous le prisme de ces expériences. Cinq enjeux entremêlés les uns aux autres se matérialisant au travers du racisme, tant dans la formation que dans l'espace de soin ont été relevés :

---

<sup>26</sup> Extrait de l'entrevue de Yamissi, cf. Chapitre 5 point 5.1

- a. **La remise en cause des connaissances et compétences** dans la pratique du soin durant la formation (cours théoriques, stages cliniques) et en emploi ;
- b. **Les assignations et traitements différenciés** durant la formation (cours théoriques et stages cliniques) et en emploi ;
- c. **La surveillance accrue et le blâme**, durant la formation (stages cliniques) et en emploi ;
- d. **Le manque de support et de soutien** des professeur.e.s. et encadreur.euse.s dans la formation (cours théoriques et stages cliniques) et en emploi (support et soutien de l'équipe et de l'organisation) ;
- e. **L'entrave à l'avancement** dans la formation et de la carrière dans le domaine.

Le « racisme » lorsqu'il est spécifié dans les développements suivants (et dans le cadre général de la recherche) doit se comprendre de facto comme anti-Noir.<sup>27</sup>

### **6.1 : Le racisme anti-Noir dans les espaces de formation et de soins infirmiers**

“As Sefa Dei convincingly argues, anti-racism education “is not simply a study of racist intent. It is a core study of racist effect. The study of racism delves into the obvious outcomes, that is, the social consequences and effects of actualizing individual intent, as well as the structural conditions that foster social discrimination”  
(Sefa Dei, 1996: 46 dans Khan, 2006: 64).

Les 5 enjeux liés au racisme identifiés au travers de l'expérience des répondantes sont les produits d'un racisme perçu et vécu qui opère à l'échelle systémique, organisationnelle et interpersonnelle. Cela s'effectue à travers des traitements auxquels elles sont soumises (ex. : assignations des patient.e.s ; évaluation et notation ; promotions et opportunité de carrière, etc.) et les interactions racialement chargées du quotidien (ex. : attitudes, propos racistes de la part des soignant.e.s, des patient.e.s et des proches de ces derniers). On observe à travers l'expérience des répondantes que la persistance du racisme à ces différents niveaux favorise le maintien et la [re]production des rapports de pouvoir qui

---

<sup>27</sup> Ceci a pour but d'alléger la lecture.

avantagent les personnes blanches et les désavantagent dans les organisations qui les forment et celles qui les emploient. Également, la hiérarchisation dans les espaces de soin entre soignant.e.s, patient.e.s et familles/proches des patient.e.s complexifie les rapports de pouvoir et l'opération du racisme à l'intérieur de ces relations hiérarchiques établies (Weaver, 2013; Iheduru-Anderson, 2021c; Murray-Garcia, 2021; Desai et coll., 2023).

Comme nous avons pu le voir, le racisme anti-Noir (cf. chapitre 3, point 3.4.2) impacte de manière significative l'expérience et le parcours professionnel des infirmières Noires à des échelles différentes. C'est un fait que Prendergast et coll. (2024), mais aussi Waite et coll. (2024) soutiennent en affirmant que le racisme anti-Noir dans le domaine infirmier opère systématiquement, structurellement, interpersonnellement, et ne peut être dissocié de la blancheur — *whiteness* — et de l'*anti-Blackness* (Philbert et coll., 2024) qui lui sont attachés. À l'évidence la blancheur des systèmes de santé et d'éducation en santé canadien et l'existence du racisme anti-Noir dans les organismes de formation et le réseau de la santé incluant les soins infirmiers ne sont plus à démontrer (Boyer, 2017 ; Bell, 2021 ; Dryden et Nnorom, 2021 ; Bonini et Matias, 2021 ; Dryden, 2023 ; Siddiqi et Laporte, 2023 ; Rai, 2023 ; Waite et coll., 2024). Plusieurs auteur.rice.s qui se sont justement intéressées à la question du racisme anti-Noir sous le prisme de l'expérience des infirmières Noires ont obtenu des résultats similaires à cette recherche en ce qui concerne les formes du racisme vécues et leurs niveaux d'opération (Calliste, 1993 ; Das Gupta, 1996 ; 2009 ; Flynn, 2009 ; Jefferies et coll., 2018 ; Prendergast et coll., 2024 ; Cineas et Schwartz, 2023). Nonobstant, si les formes de racisme identifiées dans la présente recherche concordent avec ces travaux, les niveaux d'opération du racisme associés à ces formes ne sont pas concordants et harmonisés. En effet, dépendamment des auteur.rice.s, les termes « systémiques », « institutionnels », « structurels », et « interpersonnels » sont utilisés pour contextualiser les formes de racisme vécues par les infirmières Noires au Canada quand, à travers les résultats, on observe que le racisme opère au niveau systémique organisationnel et interpersonnel. Dans cette littérature, aucun usage du terme de « racisme organisationnel » n'a été fait.

Au sein des formations, pour certain.e.s auteur.rice.s, le racisme opère au niveau « systémique » et impacte les étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s au stade du recrutement et de la progression dans les cursus (Clarke et coll., 2012 ; Garon, 2012 ; Green, 2020 ; Bonini et Matias, 2021 ; Anozie, 2022 ; Matthews et coll., 2022). Par exemple, pour Tobbel et D'Antonio (2022, dans Anozie 2022), cet impact sur le recrutement et la progression des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s soulèvent la question essentielle de leur rétention dans les programmes. Il précise que « les forces » qui déterminent leur réussite ou leur échec dans les formations sont le fait du racisme « structurel ». Dans les différents établissements de formation, c'est l'application des procédures, des politiques et des règlements au niveau organisationnel qui régit l'admission dans la formation et l'évaluation des cours et des stages cliniques qui permettent de contrôler le recrutement, l'exclusion et le ralentissement voire l'empêchement de l'avancement des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s dans leur cursus. Ces processus favorisent en conséquence leur faible représentation dans le domaine de manière générale et leur surreprésentation dans les grades de soins infirmiers les plus bas de la chaîne de soins (Jefferies et coll., 2018 ; Luhanga, 2023b ; Green, 2020 ; Travers et coll., 2024). Les résultats montrent justement que ce sont les professeur.e.s, les encadreur.euse.s et l'administration des organisations de formation qui appliquent ces procédures et « décident » du sort des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s. Le racisme anti-Noir systémique imprègne la « culture » des organisations et façonne les procédures, politiques et règlements, qui vont être appliqués au niveau organisationnel. De même, le racisme interpersonnel véhiculé par les agressions, micro-agressions et par les traitements différenciés subis au quotidien de la part des autres étudiant.e.s infirmier.ère.s blanc.he.s, du corps professoral et encadreur blanc, du personnel administratif, des soignant.e.s/infirmier.ère.s blanch.e.s, pendant les cours et les stages, s'ajoutent à ce racisme systémique et organisationnel qui imprègne les parcours de formation.

Au travail, dans l'espace de soin, ce sont des niveaux d'opération similaires. En effet, on observe à travers les résultats que, par exemple l'assignation des tâches, des horaires de travail ou encore les opportunités de promotions, etc., sont tous aussi le fait de l'opération du racisme au niveau organisationnel. Dans son ouvrage *Real nurses and others, racism in nursing*, Tania Das Gupta (2009) établit le lien entre ce qu'elle définit comme le racisme « systémique » et son opération au niveau de l'expérience des infirmières Noires au travail.

Selon elle, ce racisme systémique [re]produit une ségrégation raciale. Une ségrégation qu'elle définit comme « the result of standard policies, procedures and practices within the systems of employment » (Das Gupta, 2009: 81). L'autrice précise que, dans l'espace de soin, cela crée une hiérarchie entre les infirmières blanches et Noires dans laquelle s'établissent des traitements différenciés, l'exclusion et le désavantage ces dernières. Elle souligne que cette ségrégation raciale est à la fois verticale, c'est-à-dire entre différents grades de soins infirmiers et horizontale, c'est-à-dire entre les infirmières du même grade en soins infirmiers. Selon elle, l'expérience quotidienne — *everyday racism* — doit être comprise et analysée dans le contexte systémique du racisme. À l'échelle quotidienne, elle soulève et inclut le harcèlement subi par les infirmières tant de la part des soignant.e.s et autres infirmières ; des membres de la gestion ; des patient.e.s et leurs proches, dans les interactions interpersonnelles. À l'échelle systémique, elle inclut les procédures de recrutements, les promotions, les opportunités de formations ainsi que les différentes procédures disciplinaires et tout traitement (horaire de travail, accommodations diverses, congés, etc.) qui désavantagent les infirmières Noires.

Si cette analyse de Das Gupta (2009) permet d'identifier et comprendre comme se manifeste le racisme dans l'espace de soin et les formes qu'il prend à l'échelle interpersonnelle et systémique, son cadre d'analyse du racisme reste large et ne se découpe qu'en deux niveaux : interpersonnel et systémique. De même, on voit à travers les résultats de la recherche que la ségrégation raciale à laquelle elle fait référence dans l'espace de soin ne s'effectue pas seulement au niveau vertical et horizontal, mais comprend une myriade d'autres rapports et relations hiérarchiques considérant aussi l'intersectorialité de l'espace de soin et du domaine de la santé en lui-même. Le découpage de Beagan est coll. (2023), lui, indique une opération du racisme au niveau, interpersonnel, structurel et institutionnel dans l'espace de soin. La définition de ce que Das Gupta (2009) qualifie de « ségrégation raciale » au travail est définie selon Beagan et coll. (2023) comme une opération du racisme « structurel » qui produit des hiérarchies raciales justifiant l'exclusion, la différence de traitement et les désavantages que les infirmières Noires subissent. Cette hiérarchisation raciale vient favoriser l'opération du racisme « institutionnel » qu'elles apparentent au racisme « systémique » en lui-même, se manifestant par les assignations, la répartition des

charges de travail désavantageuses, ainsi que par la surveillance accrue et la discipline sévère envers les infirmières Noires. Elles précisent également que ce racisme « institutionnel » explique la sur-représentation des infirmières Noires dans les domaines les moins prestigieux des soins infirmiers et leur sous-représentation dans les domaines les plus prestigieux, telles que les soins intensifs, les urgences et les salles d’opération. Une sous-représentation que Das Gupta (2009) attribuait au racisme systémique.

Ces différentes tentatives d’association des niveaux d’opération du racisme aux formes qu’il prend et à sa matérialisation au travers de l’expérience des infirmières Noires, de la formation à l’emploi, démontrent la complexité de définir le racisme et de circonscrire de manières claires, les différents niveaux d’opération de ce dernier. Certain.e.s auteur.ice.s font une distinction entre ce qui est institutionnel, structurel, et systémique, quand d’autres considèrent ce qui est institutionnel et structurel comme deux versants du racisme systémique (Das Gupta, 2009 ; McGibbon et coll., 2014 ; Green, 2020 ; Wolf, 2021 ; Matthews et coll., 2022 ; Ramamurthy et coll., 2023 ; Ugiabge et coll., 2023 ; Beagan et coll., 2023). Ces attributions des niveaux d’opération du racisme ont donc une implication évidente dans la manière dont le racisme est identifié et par conséquent adressé (Hassouneh, 2006 ; McGibbon et coll., 2014 ; Hantke et coll., 2022 ; Massaquoi, 2023).

Grâce à l’analyse des résultats, on observe au niveau de la formation et au travail que l’intégration du niveau d’opération organisationnel du racisme dans sa définition proposée par Khan (2006) ferait gagner en clarification dans la mesure où, si l’on ne peut dissocier les acteurs des « structures » dans la compréhension du racisme (Essed, 1991 ; Cognet 2004 ; Das Gupta, 2009 ; Dunezat et Gourdeau, 2016 ; Dhume, 2016 ; Beagan et coll., 2023), il est essentiel de prendre en compte la manière dont les procédures, les politiques et règlements en apparences neutres sont appliqués et pratiqués dans le quotidien des infirmières Noires. Pour rappel, selon Khan,

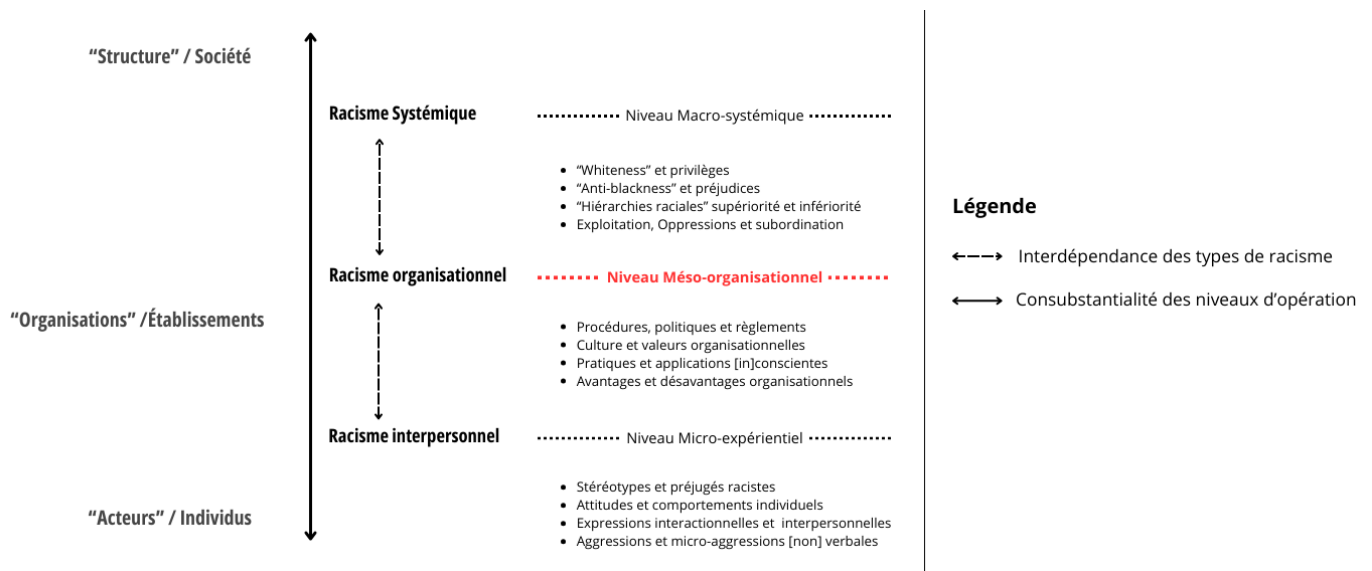
“Organizational racism is a result of the mere operation of established procedures of recruitment, hiring and promotion. **The discrimination is then reinforced by the very exclusion of the disadvantaged group and exclusion results from ‘natural’ forces** (Lopes and Thomas 2006). **For example, if there is a belief that a black woman cannot serve in a supervisory role, the organization creates a climate where women do not feel positively about their leadership skills.** Then any challenge to the status quo is automatically resisted and challenged” (Khan, 2006: 64).

L'organisation faisant référence ici à l'établissement qui emploie ou qui forme (ex. : Clinique x, Hôpital y, faculté z, etc.), et non à l'« institution » (système de santé, santé publique, système d'éducation...). Ces « *forces naturelles* » font référence à la blancheur et l'anti-*blackness* qui favorisent un climat hostile et désavantageux (systémique). Ces dernières qui pénètrent de facto dans l'espace de soin, donc l'établissement et son organisation, représenteraient ici l'exercice du racisme systémique, invisible, impalpable, « subtil » qui s'actualise dans l'exercice d'application de politiques, de règlements et procédures par les membres de cette même organisation. Ce qui ne peut être uniquement associé à du racisme systémique ou interpersonnel. Pour Khan (2006), la difficulté de reconnaître le niveau d'opération du racisme organisationnel relève du fait que les personnes blanches ont peu conscience de leurs privilèges et du pouvoir dont ils jouissent « naturellement ». Ceci favorise une application de procédures consciente ou inconsciente qui perpétue le racisme dans l'organisation et impacte le parcours professionnel des Infirmières Noires. La reconnaissance de ce niveau engendrerait d'emblée une identification et une responsabilisation des « acteurs » qui actualisent le racisme par ces applications, et donc une source évidente à la matérialisation du racisme systémique, dans la culture — dominante blanche — même des organisations (Puzan, 2003 ; Allen, 2006 ; Lopes et Thomas, 2006 ; Schroeder et coll., 2010 ; Hamzavi et Brown, 2023 ; Prattes, 2023). Il en vient donc à comprendre comment la culture organisationnelle, les procédures, politiques et règlements et attitudes appliquées viennent entretenir le racisme organisationnel. Selon la Commission ontarienne des droits de l'homme (CODP), lutter contre le racisme anti-Noir implique d'agir au niveau organisationnel dans les établissements de formation et les milieux d'emploi,

« Ni les programmes d'études ou les cours magistraux, les évaluations, les résidences ou la vie sur le campus, voire même l'accès au soutien financier, n'échappent au racisme manifeste et systémique. **Le racisme organisationnel imprègne les politiques administratives et de gouvernance, et nuit aux processus d'embauche, d'avancement et de titularisation** » (CODP, 2021 : s.p).

Parce que le racisme organisationnel dans les organisations implique une hiérarchisation, sa dénonciation est d'autant plus difficile (Khan, 2006 ; Lopes et Thomas, 2006). Par exemple, à travers les résultats, l'assignation des tâches et des patient.e.s, la composition

des équipes en stage ou en emploi se font par des membres des organisations, gestionnaire.e.s/encadreur.euse.s ; aussi, le manque d'action des gestionnaires et des membres-cadres des organisations face au racisme dénoncé ou non produit et entretient une culture du silence, qui elle-même vient définir et constituer la culture de l'organisation (Garon, 2012 ; Waite et Nardi, 2019 ; Iheduru-Anderson et coll., 2022 ; Beagan et coll., 2023 ; Luhanga, 2023a).



**Figure 1** : Les niveaux d'opération du racisme dans le domaine infirmier (Auteure : Sadjo Paquita)

Saisir le racisme au niveau organisationnel, directement au sein des établissements de formation et d'emploi permet de saisir d'emblée le racisme au niveau (1) macro-systémique (**racisme systémique** ; forces « invisibles » et « naturelles » ; idéologies ; contexte historique et culturel ; caractère « subtil » ; impact direct sur le niveau méso-organisationnel et indirect sur le niveau micro-expérientiel) ; (2) Méso-organisationnel (**racisme organisationnel** ; forces « identifiables » et « tangibles » ; application des procédures, politiques et règlements sous-tendue par le racisme systémique ; caractère subtilement manifeste ; impact semi-direct sur le niveau micro-expérientiel) ; (3) Micro-

expérientiel (**racisme interpersonnel** ; forces « interactives » et « interpersonnelle » entre les acteurs ; caractère subtil et/ou manifeste ; impact direct sur les acteurs). L'expérience des répondantes permet donc de souligner que les niveaux d'opération du racisme sont consubstantiels, ils s'alimentent et s'actualisent les uns avec et entre les autres. Les types de racisme associés à ces niveaux sont donc interdépendants.

## **6.2 : « Au bas de l'échelle » : le *care* colonial sous le prisme de l'expérience vécue des infirmières Noires**

“The forms of care, intimacy, and sustenance exploited by racial capitalism, most importantly, are not reducible to or exhausted by it. These labors cannot be assimilated to the template or grid of the black worker, but instead nourish the latent text of the fugitive. They enable those ‘who were never meant to survive’ to sometimes do just that. **This care, which is coerced and freely given, is the black heart of our social poesis, of making and relation**”  
(Hartmann, 2016 : 171).

L'un des constats effectués par les répondantes est en référence au maintien et à la surreprésentation des infirmières Noires « au bas de l'échelle ». Cette métaphore qui a été utilisée par certaines répondantes permet d'analyser en profondeur les effets du racisme systémique et organisationnel ainsi que la manière dont ils marginalisent les infirmières Noires dans la profession. En effet, les résultats démontrent que dépendamment des milieux d'emploi, tels que les résidences pour personne âgée, les centres d'hébergement et de soin de longue durée (CHLSD) ou encore dans les services en psychiatrie et santé mentale, relatifs à des domaines de soins infirmiers, tels que la gériatrie ou la santé mentale, on retrouve une majorité d'infirmières Noires et immigrantes. Les infirmières interrogées et exerçant dans ces domaines ont précisé travailler dans des milieux où près de quatre-vingt-dix pour cent du personnel était Noir à l'exception des cadres et des gestionnaires. Premji et Etowa (2014) constatent l'évidente ségrégation des minorités linguistiques et raciales dans le domaine infirmier. Ces dernières se retrouvent, selon elles, surreprésentées dans les positions subalternes de la profession. En effet, le marché du travail est divisé par les systèmes d'oppression du genre, de la race, de la classe (Duffy, 2005) et le domaine infirmier n'échappe pas à cette configuration qui concentre majoritairement des femmes et

des femmes racisées dans les niveaux les plus bas et les moins bien rémunérés du marché du travail. Etowa (2015) souligne justement que les infirmières Noires sont surreprésentées dans la profession d’infirmière auxiliaire. Une position qui n’implique pas de tâche de supervision dans la pratique du soin. De même, Cineas et Schwartz (2023) ajoutent que les infirmières Noires sont simultanément surreprésentées dans des domaines et des grades de soins infirmiers peu prestigieux. Également, de nombreux auteur.rice.s ont tenté de comprendre de manière globale la surreprésentation des femmes Noires dans les domaines du soin — *care* — et plus précisément dans des postures subalternes (Nakano Glenn, 1992, 2001, 2010 ; Hartmann, 2016 ; Crawford, 2018 ; Butler, 2019 ; Finch, 2022 ; Brown 2023).

Les résultats obtenus démontrent la volonté consciente ou non de maintenir les infirmières Noires dans des configurations de subordination. L’opération du racisme à tous les niveaux participe à la relégation de ces dernières dans les positions les moins avantageuses. Pour les répondantes, cette relégation se traduit par le manque d’opportunité de formation, un manque d’opportunité de promotions et d’avantages qui viennent avec ces conditions. Certaines ont associé ces positions à une forme d’esclavage moderne, ayant pour objectif d’user de leur force de travail. D’autres ont ajouté la sensation d’effet « bouche trou », et leur mise à disposition et disponibilité forcées pour effectuer les tâches les plus ingrates dans la profession. Une perspective qu’Hartmann (2016), mais aussi Crawford, (2018), Butler, (2019) et Finch (2022) développent en faisant le lien évident entre l’injonction et l’astreinte de femmes Noires au domaine du *care* depuis l’esclavage à leur surreprésentation dans les professions qui lui sont attachées. Prattes (2023) explique que, “within a colonial power structure [...] colonized people are understood as useful only when their labor, attachments, or orientations, are ‘useful to the colonizer’” (Prattes, 2023: 45). Les perspectives de ces auteur.rice.s, rejoignent celles des travaux de Nakano Glenn (1992, 2001, 2010) et souligne le rôle du capitalisme néolibéral, du sexisme et du racisme anti-Noir qui ont favorisé cette coercition des femmes Noires au *care*, aux travaux reproductifs, et leur association à une figure stéréotypée et raciste de féminité. Cette association a fait des femmes Noires, les personnes propices et disposées à donner le *care*

(Hartmann, 2016 ; Crawford, 2018). Ces associations sont illustrées à travers les images de la « mammy », la « nounou », la « auntie » :

“It seems that her [la femme Noire] role has been fixed and that her role is as a provider of care, which is the very mode of her exploitation and indifferent use by the world, a world blind to her gifts, her intellect, her talents. **This brilliant and formidable labor of care, paradoxically, has been produced through violent structures of slavery, anti-black racism, virulent sexism, and disposability**” (Hartmann, 2016:171).

Ces mécanismes coercitifs ont largement participé à la division sexuelle et raciale du travail de *care*. Ils fonctionnent dans le domaine infirmier et [re]produisent une ségrégation et une hiérarchie raciale (Das Gupta 2009 ; Beagan et coll., 2023) qui placent les femmes Noires dans l’hémisphère le plus au sud du domaine des soins infirmiers dans cette large division. Les résultats ont démontré que la profession infirmière possédait les deux composantes qui constituent le *care* : la **(a) nuturance** et le **(b) travail reproductif** (cf. Chapitre 2, point 2.1). Duffy (2005, 2011), en faisant la distinction entre ces deux versants soulignent que,

“**When the two concepts are applied to empirical study in the context of paid market care, are productive labor definition also captures a broader universe of workers than a nurturance framework.** Some workers – such as childcare providers and nurses – are included by both formulations. However, reproductive labor also includes a whole range of occupations – such as food preparation, housecleaning, and laundry – that are excluded by a nurturance frame” (Duffy 2005:70)

Dans ces deux versants, si l’on tente de lire la profession infirmière, la *nuturance* fait référence à l’aspect émotionnel — *caring* — du travail et le travail reproductif à toutes les tâches relatives au maintien de la santé et de la condition physique des patient.e.s. Woodly et coll. (2021), font référence à une division entre **(a)** ce qui est spirituel (*nuturance*) et **(b)** servile (travail reproductif). Cette division accompagnée de normes de la féminité racisée et du développement du capitalisme néolibéral a contribué à l’assignation de ces positions subalternes, reproductives et serviles aux femmes Noires (Brigham, 2015 ; Sweeney, 2021 ; Finch 2022) et a engendré, par conséquent la dévalorisation du travail de *care*, des professions, et des personnes qui lui sont associées (Butler, 2019 ; Raghuram, 2019). Ces configurations participent par conséquent au maintien de la division sexuelle et raciale du travail de *care*. Le constat par les répondantes d’être cantonnées et maintenues au bas de l’échelle dans les travaux et les domaines les moins prestigieux prends son origine dans cette construction sexiste, raciste

et classiste du *care*, produisant une hiérarchie et une ségrégation entre les femmes Noires, racisées et blanches, qui elles, se retrouvent majoritairement dans les postures et positions de pouvoir,

« **This racial division within the work of care enabled white women to hold positions of power by being associated with the meaningful, elevated aspects of care, by enabling them to join the workforce and by occupying the positions of power and responsibility in the workplace.** However, while white women received and continue to receive benefits from this hierarchy of work, I contend that these benefits come at a cost. The cost is that the menial/spiritual split contributes to the devaluation of all women's work of care and continues to feed our ambivalent attitude toward care. It does so in two ways » (Woodly et coll., 2021 : 898).

Pour Jefferies (2018 ; 2022c), l'association des infirmières Noires à une forme de féminité stéréotypée sexiste et raciste correspondant à la « *Strong Black Woman (SBW)* » et à l'adage « *Black don't crack* », issue de constructions esclavagistes participe à leur relégation dans les domaines les plus laborieux du domaine infirmier, ce qui justifie leur assignation à des patient.e.s lourd.e.s, à des tâches ingrates et à des horaires de travail que personne ne souhaite faire. Ces structurations du travail désavantageuses impactent de manière significative leur condition de travail.

« 1. The obligation to present an image of strength 2. The obligation to suppress any emotion 3. The obligation to maintain independence and not be dependent on others 4. The obligation to succeed against and despite all odds 5. The obligation to always place the needs (and comfort) of others before those of oneself [...] **The SBW construct has resounding implications for Black women, the community, and nursing. Nursing, which has a history of racial, classist, and gender tensions as well as power dynamics, would benefit greatly from examining how the profession reinforces and perpetuates harm through the SBW construct** » (Jefferies, 2022c :334–335).

Pour certain.e.s auteur.rice.s, le capitalisme néolibéral qui alimente les systèmes d'oppression et favorise le maintien des inégalités est un capitalisme naturellement fondé sur l'idéologie raciale et raciste (Melamed, 2015 ; Leroy, 2021 ; Knight et coll., 2021 ; Brown, 2023 ; Prattes, 2023). Son implication dans la division raciale et sexuelle du travail du *care* et son implication dans la structuration du travail infirmier ouvrent le débat sur les rapports de pouvoir qui renforcent et maintiennent les femmes Noires dans ces postures subalternes. Nadasen (2021) questionne justement l'usage du terme « *care* » qui selon elle, obscurcit et invisibilise les inégalités et l'exploitation des femmes Noires qu'il sous-tend. Elle suggère de le repenser et de le redéfinir comme un travail de reproduction

social, ce qui l’ancre instantanément dans « le travail » et le « capitalisme ». Pour Prattes (2023), il est nécessaire d’user du terme de *care colonial*. Ce terme définit et souligne l’aspect « extractiviste », utilitaire, et l’ancrage de ce dernier dans une société inégalitaire façonnée par le capitalisme racial néolibéral dans un contexte de suprématie blanche et de domination cis-hétéropatriarcales :

“Colonial care relations are instrumental in extracting surplus value from marginalized bodies in sustaining a capitalism which is neoliberal. Helping racialized and feminized workers by assigning them labor in the most devalued segments of social reproduction strengthens the structurally privileged position of employers while re-producing the marginalization of workers. **In care ethics terms: privileged irresponsibility (Tronto 1993) is sustained by the “unprivileged responsible” (Raghuram 2019, 625) whose work is both necessary, and necessarily invisible in order to sustain the continued position of those privileged**” (Prattes, 2023:43).

Au regard des analyses effectuées par les féministes Noires, cette définition rejoint l’idée de disposition et de disponibilité des femmes Noires à effectuer des tâches et des travaux dévalorisés dans des contextes de subordination (Crawford, 2018 ; Finch, 2022). La sur-représentation des infirmières Noires dans les grades domaine d’infirmier.e.s subalterne et nécessaire au maintien [du privilège et] des infirmier.e.s blanc.he.s dans les positions hiérarchiquement élevées. Lorsqu’elles sont dans ces positions considérées comme élevées, sur le plancher, les répondantes expliquent qu’elles sont souvent déclassées et associées par les soignant.e.s et/ou les patient.e.s, à des postes inférieurs au leur, comme celui de préposées au bénéficiaire, à la cuisine ou au ménage. Cette tendance à niveler vers bas les infirmières Noires dans l’espace de soin par ceux.elles qui le composent expose les conceptions et perceptions généralisées qui soutiennent que les femmes Noires ne peuvent être ailleurs qu’au bas de cette échelle. Le fait qu’elles soient perçues comme des « menaces » justifie aussi la crainte que ces dernières en grimant sur cette échelle ne viennent bouleverser un « ordre naturel des choses » qui privilégie jusque-là les personnes blanches. La division actuelle du travail infirmier est la [re]production d’une *care* coloniale qui tend à subordonner et marginaliser les infirmières Noires et racisées dans le domaine.

L’opération du racisme à tous ses niveaux participe donc au maintien des Infirmières Noires dans les postures inférieures, pénibles et non attrayantes du domaine et du travail

infirmier. Plus largement, le racisme contribue à la perpétuelle division du travail de *care* et du travail infirmier. L'expérience des répondantes est la matérialisation dans la réalité sensible de ces mécanismes. Si on parle de dé-racialiser et de dé-gendériser le *care* (Nakano Glenn, 1992, 2001, 2010 ; Tronto, 2002 ; Raghuram, 2019 ; Finch, 2022), les implications de ces déconstructions pourraient se concrétiser au niveau expérientiel et seraient visibles sur le marché du travail, donc dans la structuration du travail infirmier. Ces déconstructions simultanées verraient la présence et la représentation des femmes Noires dans des positions hiérarchiquement élevées dans le domaine (académie et emploi). Pour cela, il faudrait que les infirmières Noires puissent dépasser le niveau inférieur de la ligne de division raciale et sexuelle du travail infirmier et se retrouver dans les sphères les plus hautes, en haut de l'échelle, et ainsi inverser la tendance de subordination. Néanmoins, au travers des résultats de la recherche, nous avons observé la difficulté d'accès à des postes et domaines infirmiers plus prestigieux pour les infirmières Noires.

Dans sa contribution à l'ouvrage *Qu'est-ce que le care, souci des autres, sensibilité et responsabilité* Nakano Glenn soulève une question qui me semble toujours d'actualité : « à qui bénéficie l'actuelle organisation du travail de *care* ? » (In Molinier et coll., 2009 : 128). Dans notre contexte on se demanderait, « à qui bénéficie l'actuelle organisation du travail infirmier ? ». Si d'un point de vue théorique la politisation du *care* prône une redistribution égale, démocratique et universelle des « responsabilités » de *care* et donc de la pratique de ce dernier, on observe que sous le prisme de ces constructions et configurations, d'un point de vue empirique et au travers de l'expérience des infirmières Noires, l'asymétrie et la hiérarchie qui règne dans la distribution des rôles et des tâches subordonnent ces dernières. Plusieurs auteur.rice.s suggèrent donc d'essentiellement avoir une lecture intersectionnelle qui prend en considération l'impact fortement structurant des rapports sociaux de genre, de race, et de classe et leur implication dans ces mécanismes de subordination (Nakano Glenn, 2001 ; Duffy, 2011 ; Raghuram, 2019 ; Nadasen, 2021 ; Woodly et coll., 2021 ; Finch 2022). On peut aussi, bien que de façon pessimiste, se demander si ces propositions théoriques pour un « *care* démocratique » (Tronto in Gilligan et coll., 2013 ; Tronto in Molinier, Laugier et Paperman, 2009), juste

et universel influencent réellement des politiques concrètes dans les domaines du *care*. Pour Bourgault et Perrault, il est important de se doter « d'institutions et de programmes publics pouvant parer aux inégalités et aux sources d'oppressions qui existent encore dans la division du travail de soin » (2015 : 15). L'enracinement du racisme et de l'*anti-Blackness* dans l'ensemble des sphères de la société et dans les structures organisationnelles du travail, ainsi que sa difficile dénonciation semble être un des obstacles pour mettre fin ou du moins, atténuer la division raciale du travail de *care*. Les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires au sein de leur formation et dans leur emploi alimentent et sont la résultante de cette division raciale et sexuelle du travail de *care* qui structure le travail infirmier. Par conséquent, le *care* et le travail infirmier restent profondément genrés et racisés, mais surtout anti-Noir (Hartmann, 2016 ; Amster, 2022 ; Prattes, 2023). Il est néanmoins important de souligner qu'au-delà des mécanismes coercitifs qui assignent et maintiennent les femmes Noires au domaine du *care* sous-tendant une division sexuelle et raciale du travail infirmier et de soin, certaines des répondantes ont soulevé des éléments expérientiels justifiant leur insertion dans le domaine infirmier qui n'a pu se faire que par le bas de l'échelle. Ces éléments ont inclus leur statut d'immigration, la reprise des études et la réinsertion sur le marché de l'emploi, parfois à un âge avancé. Le domaine infirmier étant un secteur d'emploi qui recrute et dont les formations de base ne sont pas « longues » en fait aussi un secteur de choix pour des femmes immigrantes Noires et racisées qui veulent s'insérer rapidement sur le marché du travail. Ces éléments peuvent eux-mêmes être considérés comme étant symboliquement et matériellement « coercitifs ».

### 6.3 : Plancher collant, plafond Noir : évoluer en contexte anti-Noir et raciste

“For decades in the nursing profession, Black people have occupied the lowest levels, with White women always at the top in academia and care settings. **They have occupied these positions for so long that they are expected to always be in these roles**”.  
(Iheduru-Anderson et coll., 2022 : 90-91).

Les répondantes ont fait le constat que leur maintien dans des domaines et des positions subalternes s’est simultanément accompagné par la reconnaissance de la difficulté d’atteindre des postures hiérarchiquement plus élevées telles que des postes de gestion ou de direction. Dans leur cursus, elles ont souligné la difficulté d’avancer et de rester dans la formation en sciences infirmières et que plus elles avançaient dans leur formation, moins elles étaient représentées. Le racisme multi-niveau vécu dans ces configurations a contribué aux difficultés qu’elles ont rencontré au cours de leur formation. Selon Jones et coll. (2023), au Canada le taux d’abandon de programme est très élevé chez les étudiant.e.s Noir.e.s, iels représentent le groupe le moins apte d’obtenir leur diplôme en sciences infirmières une fois le programme démarré. Cela s’explique aussi par un manque de mentorat et d’accompagnement des étudiant.e.s infirmières Noires qui se retrouvent livrées à elles-mêmes. Ces étudiant.e.s évoluent dans des milieux où elles sont souvent en minorité et où elles se retrouvent largement vulnérabilisées. Plusieurs auteur.rice.s ont soulevé les enjeux liés au manque de soutien et d’accompagnement de la part des professeur.e.s, encadreur.euse.s et largement des facultés dans les formations et leurs impacts sur l’évolution dans le domaine en formation et en emploi (Matza et coll., 2018 ; Waite et Nardi, 2019 ; Matthews et coll., 2022 ; Iheduru-Anderson et Shingles, 2023 ; Nelson et coll., 2023 ; Cooper Brathwaite et coll., 2023). Green (2020) ainsi qu’Iheduru-Anderson et coll. (2022), précisent également que le succès des étudiant.e.s infirmières issues des minorités dépend largement du soutien académique qu’iels recevront,

**“Success strategies identified by the minority nursing students included: academic support, institutional and faculty commitment, language and communication support, financial support, mentors, role models, strategies to address discrimination and bias, addressing aspirational barriers, support for demands of family, appreciation of cultural differences, faculty advisors, time management, faith, and minority faculty”**  
(Green, 2020: 281).

Scammell et Olumide (2012) ont souligné que, malheureusement, le racisme peut également s’insinuer dans cette relation mentor-étudiant.e.s. De même, pour Matza et coll. (2018), l’absence ou le manque de membres des facultés, d’encadreur.euse.s Noires et d’infirmières Noires dans les positions de leadership impact aussi les possibilités de mentorat académique. Selon Jefferies et coll. (2018), la sous-représentation des infirmières Noires dans le domaine infirmier et dans les positions de leadership son directement lié à leur sous-représentation dans les programmes de formation en sciences infirmières ce qui rejoint les points soulignés par les répondantes ci-dessus. Luhanga et coll. (2023 b) précisent que le manque de diversité dans les programmes en sciences infirmières favorise l’isolement et l’exclusion des étudiant.e.s Noir.e.s,

“The lack of racial diversity in nursing programs – especially Black “underrepresentation” – may generate or exacerbate Black students’ and nurses’ feelings of isolation, exclusion, and being misunderstood. Indeed, **the findings suggest underrepresentation of Black faculty is negatively impacting perceived understanding of the (non) academic support needs of Black students in nursing programs**” (Luhanga et coll., 2023b: 465).

Ihederu-Anderson et coll. (2021) ajoutent que, pour celles qui arrivent à obtenir des diplômes élevés, cela ne se traduit pas systématiquement par un accès à plus d’opportunités d’avancement de carrière dans le domaine. En effet, en emploi, certaines des répondantes ont souligné la difficulté d’avancer dans leur carrière et/ou d’atteindre des postes de gestion. Le racisme multi-niveau, engendre le peu d’opportunités et de promotions qui leur sont offertes et crée tout simplement un climat où elles n’ont pas les moyens d’atteindre ces opportunités. La surveillance accrue, le blâme et la discipline sévère, associés aux agressions et micro-agressions racistes, de leurs collègues et gestionnaires soutiennent ces difficultés d’avancement dans les carrières. Nelson et coll. (2023) précisent justement que, si les pratiques de recrutement des organisations sont également à l’origine de la faible représentativité et la croissance des infirmières Noires en position et posture de leader, le racisme vécu quotidiennement en est aussi la source. Aspinall et coll. (2023) ainsi qu’Iheduru-Anderson (2021) précisent que la hiérarchie raciale instituée et la perpétuation de différentes formes d’oppression dans les milieux de formation et d’emploi favorisent le maintien de la blancheur qui à travers des traitements différenciés désavantage les infirmières Noires donc les opportunités auxquelles elles ont accès. Das Gupta (2009),

Iheduru-Anderson (2022), mais également Nelson et coll. (2023) précisent que, bien que certaines infirmières atteignent ce type de position, elles font face à de grands défis. En effet, les infirmières interrogées soulignent également que, lorsqu'elles atteignent cesdites positions, la tâche ne leur ait pas rendu facile. L'isolation, le refus de travailler avec elles, la remise en cause de leur compétence, la surveillance, le fait d'être perçu comme des « menaces », mais également le manque de soutien rend leur travail et le fait d'évoluer dans ces configurations difficiles. Iheduru et coll. (2022), explique que, “when Black nurses are in leadership positions, they are frequently subjected to very close scrutiny, questioned, ignored, silenced, or viewed as undeserving of full cooperation or respect” (2022: 90-91). Cette perspective de d'Iheduru et coll. (2022) rejoint la perspective de Das Gupta sur l'idée de *Blackness*, pour elle “Black nurses in charge is confusing for a person who is steeped in racial ways of thinking. Moreover, her Blackness also marks her as ‘dirty’, ‘polluted’ and thus unfit or dangerous to touch” (Das Gupta, 2009: 72). En effet, certaines des répondantes ont refusé de prendre des charges d'assistantes-chefes, car elles ont estimé ne pas avoir été formées pour cela et avaient l'impression de faire office de « remplaçante » ; d'autres ont démissionné d'un poste de cadre du fait du manque d'accompagnement et de soutien auquel elles ont été confrontées.

Savoir que d'autres infirmières Noires, même en situation de leadership vivent des expériences de racisme similaire, ou de se rendre compte de la difficulté d'atteindre ces positions, favorisent chez les répondantes la renonciation à aller chercher ces positions, et, dans d'autres cas, les pousses à changer de milieux et de lieux d'exercice. LaForest et Jadunandan (2023), propose la notion de « *Black ceiling* » pour faire référence à la difficile ascension des infirmières Noires dans ces positions. Une métaphore qui traduit bien la difficulté rencontrée par les répondantes. Si le groupe social des femmes rencontre déjà des difficultés d'accéder à des positions de leadership, le racisme anti-Noir impact particulièrement leurs accès aux femmes Noires. Selon Das Gupta (2009), mais également Iheduru-Anderson et coll. (2022) ainsi que Nelson et coll. (2023), le tokénisme dans ces circonstances a des implications dans le recrutement des infirmières Noires. Lorsque c'est le cas, les infirmières Noires se retrouvent effectivement confrontées à certaines difficultés. Les infirmières tokenisées sentent qu'on ne leur donne pas les responsabilités liées à leur

position et ne sentent pas à l'aise d'exercer l'autorité et le pouvoir qui viennent également avec cette dernière (Das Gupta, 2009 ; Nelson et coll., 2023)

“Token hiring places nurse leaders in a solitary role, usually with little to no professional guidance or mentorship. **Being the “only one” adds to feelings of isolation and increases the negative effects of race burden.** According to Iheduru-Anderson (2022a), race burden is the unspoken stress of emotional and psychological pressure to out-perform in order to be accepted” (Nelson et coll., 2023: 5).

Das Gupta (2009) explique justement que ce genre d'attitude des organisations qui emploie a pour vocation de donner l'illusion de diversité et de représentativité des minorités dans leurs organisations. Cineas et Schwartz (2023) affirment que constituer un personnel et un leadership infirmier réellement diversifié permettrait de favoriser le bien-être de la population tout aussi diversifiée et ainsi pallier les disparités en soin de santé qui concernent les populations minorisées et racisées. De même, Waite et coll. (2024) précisent que le leadership est un élément crucial dans l'atteinte de l'équité en santé,

“Building a diverse nursing workforce and leadership is necessary to serving a diverse community, especially underserved populations. **Diversity helps to establish a higher degree of trust and build confidence among patient populations, by having culturally competent healthcare teams that better reflect the communities they serve**” (Cineas et Schwartz, 2023: 283).

Premji et Etowa (2014) et Cooper Brathwaite et coll. (2022) insistent sur le recrutement d'un personnel diversifié dans le domaine infirmier. Cela implique, pour atteindre cette diversité, de recruter à tous les niveaux de grade et tous les domaines du soin infirmier. Les résultats laissent entrevoir que ces processus sont fortement impactés par le racisme qui structure l'expérience et les conditions de travail des infirmières Noires. Si avoir un personnel diversifié à tous les niveaux impacte la santé de la population, le fait d'avoir des leaders infirmier.ère.s Noir.e.s peut aussi avoir un impact positif sur le personnel Noir et racisé. Banister et coll. (2024), suggère qu'une représentativité de la diversité des membres de la gestion et des leaders pour participer à l'endiguement du racisme qui imprègne le domaine. Ils soutiennent également que des leaders qui ne vivent et ne comprennent pas l'expérience de leurs personnels ne seraient pas adéquatement outillés pour les aider à faire face à ces expériences. Alire (2001) affirme justement qu'avoir des leaders racisés dans le domaine possède des avantages,

“Leaders of color are instrumental in recognizing the value of diversity within their library organizations. These leaders can create an environment where no one is disadvantaged (or preferred) because of race, ethnicity, creed, gender, sexual orientation, et cetera. **Who better to lead the efforts in looking for obstacles in achieving diversity in the library organizational policies and procedures?** And why is that? It’s because minority leaders have the natural awareness and sensitivity to know for what to look” (Alire, 2001: 101).

Comprendre la présence au bas de l’échelle et l’absence en haut de l’échelle des infirmières Noire, à la fois dans le domaine académique et en emploi nécessite de comprendre comment le racisme anti-Noir est maintenu et entretenu dans un système blanc et cadré et taillé pour favoriser les personnes blanch.e.s (Waite et coll., 2024). L’expérience des répondantes et l’influence de ces configurations sur leur parcours professionnel permet de démontrer l’implication des organisations qui forment et celles qui emploient dans le maintien du racisme. Nonobstant, les résultats ont démontré le peu de soutien obtenu par leurs organisations représentées par son corps professoral, des encadreur.euse.s clinique, des gestionnaires et de membre de l’administration. En emploi ou en formation, les paroles sans actes concrets pour déconstruire ce système désavantageux ne sont pas efficaces. Banister et coll. (2024) précisent que, « there is a need for “recognizing and committing to call(ing) out racism and address(ing) it head on”; otherwise, well intentioned statements will not change organizational culture” (Banister et coll., 2024: 169). Ceci confirme la nécessité de reconnaître l’importance du niveau organisationnel dans l’expérience du racisme et d’agir à ce niveau pour impulser le changement.

#### **6.4 : Stratégies individuelles, enjeux systémiques : éradiquer le racisme dans les soins infirmiers**

“**The closer we get to equity, the harder it will get to achieve**’. Longstanding, sometimes cherished relationships and our own institution’s cultural icons shield dehumanizing and discriminatory practices and literally block the way toward equity”.

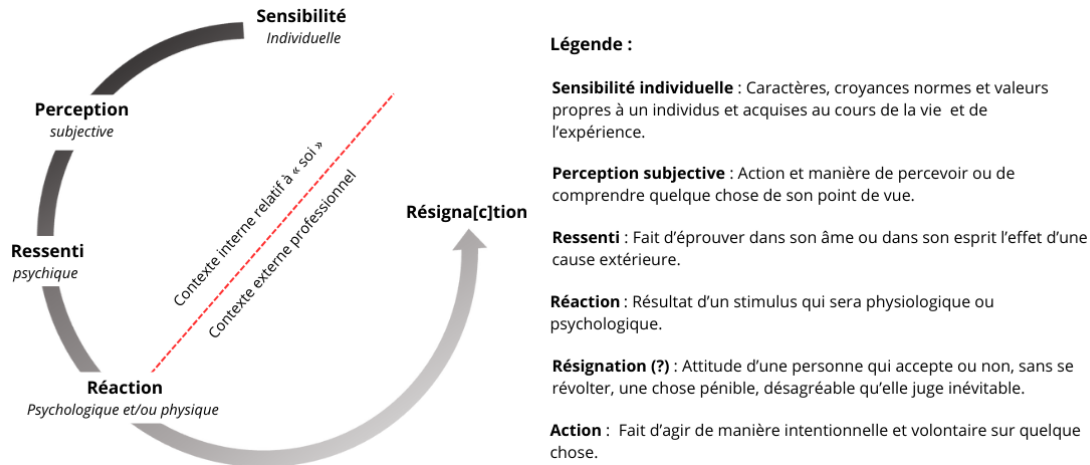
(Murray-Garcia et coll., 2021 : 612)

Les répondantes ont développé différentes stratégies d’adaptation afin de faire face au racisme dans leur quotidienneté (formation et emploi). Les stratégies et la manière

d'adresser le racisme dépendent largement des caractères et sensibilités individuelles, de l'environnement d'emploi, de l'établissement (formation et emploi) et de sa culture. En effet Garon (2012) souligne que,

**“The influences on the nurse’s decision to speak up fell into two broad areas: personal and organizational.** Personal influences included cultural background, values, how they were raised, language and education. The organizational influences consisted of peers, managers and administrator” (Garon, 2012: 362).

Une perspective soutenue par Anozie (2022) qui suggère qu'il existe trois facteurs déterminant la capacité à prendre la parole, soient les facteurs individuels, socio-culturels, et organisationnels. Dans les rapports interpersonnels en formation ou en emploi, les infirmières interrogées ont pu adresser verbalement, les paroles, comportements et attitudes racistes. Dans d'autres cas, elles ont tenté d'impliquer les membres de la gestion de l'établissement qui les emploient afin de dénoncer les actes racistes à leur rencontre. Néanmoins, le racisme est autant perpétré dans la formation par les autres étudiant.e.s infirmier.ère.s, les professeur.e.s, encadreur.euse.s ainsi que les membres de l'administration ; et en emploi par les patient.e.s et les autres soignant.e.s, mais également les superviseur.e.s, gestionnaires et membres de l'administration de l'organisation. Dans ce sens, parce qu'il est perpétré par des soignant.e.s souvent hiérarchiquement supérieures aux infirmières concernées, et parce qu'il est vécu à différentes échelles, cela rend difficile la manière de l'adresser et/ou de le dénoncer. Les infirmières interrogées ont principalement partagé leurs stratégies d'adaptation en emploi. Dans la formation, parce qu'elles voulaient réussir, elles ont principalement subi le racisme et doublé si ce n'est triplé d'effort pour atteindre leur objectif et ne pas être éjecté du programme. Si elles ont su l'identifier, l'adresser fut un autre enjeu.



**Figure 2 :** Le processus de perception du racisme (Auteure : Sadjo Paquita)

Les principales formes d'adaptation utilisées par les infirmières Noires a été le recours au soutien des proches, familles et ami.e.s (en dehors ou au travail), ainsi que le recours au soutien par les pair.e.s qui ont vécu des situations similaires et/ou sont en mesure de comprendre l'expérience vécue. Une perspective soutenue par Truitt et coll. (2020), ainsi que Byers et coll. (2021), Fernandez-Gutiérrez et Mosteiro-Diaz (2021) et Luhanga et coll., 2023a), qui démontrent que, pour faire face au racisme les infirmières Noires ont tendance à majoritairement se retourner vers leurs réseaux et sphères personnelles. Truitt et coll. (2020) et Luhanga et coll. (2023a) ajoutent que certaines optent pour l'isolation ou encore l'évitement, notamment lorsqu'elles n'ont pas de collègues qui vivent des expériences similaires aux leurs. Fernandez-Gutiérrez et Mosteiro-Diaz (2021) spécifient que certaines stratégies d'adaptation peuvent être au détriment de la santé des infirmières qui peuvent se réfugier dans l'alcool ou encore la drogue. Une des principales stratégies d'adaptation aussi choisies par les infirmières était la religion/la spiritualité. En effet, certaines d'entre elles ont expliqué que la religion et la spiritualité leur ont permis de donner du sens à leur expérience et ont nourri leur résilience face au racisme et aux expériences vécues au travail. Selon Sauer et McCoy (2017), mais aussi Byers et coll. (2021) la résilience comme processus d'adaptation permet de modérer, voire pallier les

effets négatifs du stress et de toutes formes d'enjeux de santé mentale potentiellement déclenchés par l'expérience vécue de racisme,

“Resilience is the process of effectively coping with adversity, trauma, tragedy, threats or other significant sources of stress the ability to bounce back (APA, 2016). **Moreover, resilience is highly dependent on the constructs that exist in various aspects and layers of society**” (Byers et coll., 2021: 1041).

“Researchers have found that nurses with higher levels of resilience have higher levels of job satisfaction and are more likely to remain with their employer (Pipe et al., 2012). **Nurses with high levels of resilience have lower levels of anxiety, depression, PTSD, and job burnout**” (Sauer et McCoy, 2017: 1535).

Etowa (2015) démontre l'importance de la spiritualité pour les infirmières Noires comme stratégie d'adaptation face au racisme, et son importance dans le maintien d'un équilibre entre leurs parcours personnels et professionnels. Pour elles, cela doit pouvoir soutenir les questionnements relatifs aux éléments spécifiquement culturels qui contribueraient de manière similaire à l'augmentation de la résistance des infirmières Noires face à l'expérience vécue du racisme. Elle précise que,

“Spirituality seems to have special significance in offsetting the corroding effects of racism. **Experiencing themselves as spiritual beings allowed them to reclaim themselves as whole and worth-while**, in the face of discouragement and negation” (Etowa, 2015: 81).

Néanmoins, les résultats ont démontré que la résilience est aussi alimentée par un sentiment d'impuissance face aux effets et conséquences du racisme sur les parcours professionnels. D'une part, si elle permet de contrer l'impact sur la santé mentale et physique, elle ne permet pas de contrer l'impact sur le travail et l'expérience au travail. D'autre part, elle peut s'avérer inefficace sur le long terme lorsque des stratégies organisationnelles ne sont pas mises en œuvre. Simplement, « tenir bon » ou « tenir le coup » peut engendrer des répercussions néfastes sur la santé et la rétention des infirmières concernées. Les stratégies individuelles ne font souvent pas le poids face à des enjeux qui sont systémiques et qui se matérialisent à l'échelle organisationnelle.

Plusieurs des répondantes ont précisé le peu, voire l'absence d'accompagnement ou de gestion des actes et comportements racistes, ainsi que l'absence de politiques, de règlements, de procédures et d'informations claires à la gestion des événements qui

découlent du racisme. L'existence d'une culture du silence face au racisme dans les organisations qui forment, mais aussi qui emploient ne favorise pas le développement des politiques d'équité, diversité inclusion (EDI). Ces politiques auraient un impact certain sur le recrutement d'étudiant.e.s et d'un personnel infirmier diversifié à tous les niveaux et secteurs infirmiers. Contrer la culture organisationnelle qui participe au maintien et à la [re]production du racisme dans les milieux nécessite la mise en œuvre concrète de politiques d'EDI antiracistes au niveau organisationnel (Desai et coll., 2023 ; Jefferies et coll., 2023 ; Massaquoi, 2023 ; Banister et coll., 2024). Selon Desai et coll. (2023) ainsi que Foster et coll. (2023). Les politiques d'EDI si elles représentent un effort politique considérable (Cooper Brathwaite, 2022) restent encore insuffisantes pour prévenir l'expérience de racisme en emploi,

“Equity, inclusion, and diversity (EID) paradigms typically focus on understanding how gender race, ethnicity, sexual orientation, and gender identity interplay within social structures and organizations, including team dynamics and group function (Desai et coll., 2023: 171). [**And antiracism is**] “A form of action to work against racism and the systemic oppression of racially marginalized groups” (Foster et coll., 2023: 43).

Les politiques EDI doivent être pensées *de facto* comme anti-racistes. Elles impliquent, afin d'être implémenté dans les organisations, qu'un travail de détection et de reconnaissance du pouvoir structurant, de l'opération du racisme à plusieurs échelles, ainsi que la manière dont leurs normes, leurs valeurs entretiennent ces mécanismes (Canty et coll., 2022 ; Cooper Brathwaite et coll., 2022 ; D'Antonio, 2022 ; Matthews et coll., 2022). Pour Khan (2006), choisir l'anti-racisme permet de dépasser aussi les effets de neutralité et de “*color-blindness*” masqués par la promotion de la diversité dans les milieux d'emploi. Une approche antiraciste des EDI permet de construire un cadre d'action utile pour impulser le changement organisationnel (Etowa et McGibbon, 2009). Plusieurs auteur.rice.s soulignent justement l'importance de l'implication et de l'engagement de toutes les parties dans la lutte contre le racisme dans la formation, mais aussi en emploi (Hassouneh, 2006 ; Etowa et coll., 2009 ; McGibbon, 2014 ; Green, 2020 ; Hantke et coll., 2022), dans les facultés en sciences infirmières, cela inclut le corps professoral, les encadreur.euse.s, le personnel administratif et les étudiant.e.s ; dans les organisations d'emploi, tout le personnel infirmier, incluant les cadres de gestions, et le personnel administratif. Néanmoins, Cooper Brathwaite et coll. (2022) soulignent la difficulté au Canada d'implémenter ces politiques,

“Many universities in the United States have implemented DEI committees in their institutions of learning. **However, Canada is in its infancy in developing similar committees in universities and workplaces.** A few workplaces are attempting to implement DEI committees with a single employee. This approach will have a limited impact on such a pervasive problem as systemic racism. DEIs are helpful but not a panacea for structural racism, which needs multi-level, multi-dimensional approaches to address systemic racism” (Cooper Brathwaite et coll., 2022: 6).

Plusieurs auteur.rice.s ont démontré l’importance de la compétence et de la sécurité culturelle, néanmoins, il y a un manque criant de formation en compétence culturelle (Hassouneh, 2008 ; Campesino, 2008 ; McGibbon et coll., 2014 ; Walter, 2017 ; Curtis et coll., 2019). Pour améliorer l’expérience du personnel Noir et racisé dans le domaine de la santé, Tervalon et Murray-Garcia (1998) ainsi que Murray-Garcia et coll. (2021) suggèrent l’importance, pour les leaders, de s’éduquer aux enjeux provoqués par le racisme et les déséquilibres de pouvoir qu’il engendre dans les organisations. Pour elles, au-delà du développement de la compétence culturelle, il s’agit de développer une « humilité culturelle ». Massaquoi (2023) en reprenant les propositions de Tervalon et Murray-Garcia (1998) propose le terme de « d’humilité raciale ». Pour elle, dans la lutte contre le racisme anti-Noir, les leaders dans le domaine et les organisations doivent développer cette compétence ; « the development of racial humility as a leadership quality has proven to be more effective and long-lasting. Racial humility places the health leader in a perpetual learning mode that requires relinquishing power, control, and authority » (Massaquoi, 2023: 282).

En ce sens, former les futur.e.s infirmier.ère.s et personnel soignant à ces enjeux est crucial pour transformer l’expérience et le parcours professionnel des infirmier.ère.s Noir.e.s et racisé.e.s. Nonobstant, si on assiste à l’émergence et l’application de la compétence culturelle et d’un soin culturellement approprié, selon plusieurs auteur.rice.s en plus de s’être développé sous le prisme de la blancheur, l’eurocentrisme et des normes coloniales et raciales, le domaine infirmier perpétue à travers ses curriculums différentes formes d’oppression (Etowa et McGibbon, 2009 ; Schroeder et DiAngelo, 2010 ; Holland, 2015 ; Stake-Doucet, 2020 ; Bonini et Matias, 2021 ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; D’Antonio, 2022). Udod et Racine (2018) ajoutent que l’ethnocentrisme à des influences sur les

interactions entre infirmières et renforce les inégalités en santé. “Ethnocentrism violates nursing’s mandate of advocacy and social justice by bringing prejudices into the professional delivery of care” (Udod et Racine, 2018: s.p). Les répondantes ont souligné qu’elles n’avaient pas été formées sur ces enjeux et que leur formation n’incluait que rarement, voire pas du tout des pratiques de soin approprié à la diversité des populations qu’elles sont amenées à soigner. McGibbon et coll. (2014) ainsi que Hamzavi et Brown (2023) précisent que,

“**Colonizing** thinking and actions permeate the nursing profession, from biomedical hegemony in curriculum and practice to managerial efficiency models in the delivery of nursing care. Development of a consistent counter-narratives necessary if we are to work toward decolonizing practices” (McGibbon et coll., 2014: 186),

“**Decolonizing** the nursing profession aims to decenter whiteness and strives towards embracing diverse knowledge and histories in nursing” (Hamzavi et Brown, 2023: 3).

Pour McGibbon et coll. (2014), il est nécessaire de décoloniser les curriculums tout en orientant, l’action, l’engagement et le développement de la connaissance vers la justice sociale afin de ne pas reproduire des idéologies et des pratiques oppressives envers les étudiant.e.s infirmier.ère.s, le personnel infirmier et la population soignée Noir.e.s et racisé.e.s. Iels précisent que, l’« action » et le changement social ne peuvent se faire sans un engagement à agir dans la quotidienneté et de manière continue. Des auteur.rice.s suggèrent justement un cadre de développement de la connaissance *Black feminist* (Jefferies et coll., 2018 ; 2022b ; De Sousa et Varcoe, 2021 — cf. chapitre 3, point 3.1.2). Une Perspective soutenue par Etowa et Hyman (2021) qui insiste sur l’inclusion des enjeux liés au racisme dans les curriculums tant il a un impact profond sur les personnes qui le subissent. Walter (2017) propose l’implémentation d’une praxis émancipatrice visant à repenser les paradigmes en sciences infirmières. Dans ce sens, Philbert et coll. (2024) précisent que, “nursing has a disciplinary need to bring in voices from the margins to challenge its overreliance on the ideologies of whiteness and cis-heterofemininity” (Philbert et coll., 2024: 10). Éradiquer le racisme dans le domaine infirmier va donc au-delà des stratégies individuelles développées par les répondantes. Cette éradication doit être à tous les niveaux et concerner tous les individus qui gravitent dans le domaine à l’image de la [re]production et de l’incidence du racisme à plusieurs niveaux et de la portée relationnelle de ces espaces (Walter, 2017). De même, il doit simultanément concerner les

milieux de formation et d'emploi dans la mesure où le premier à un fort impact sur le second. Agir simultanément en tentant de déconstruire le système de pensée et de pratique racistes dans la formation et en emploi favoriserait la création et le développement d'espace de formation, mais surtout d'emploi *psychologiquement sécuritaire* et sain pour les personnes Noires et racisées. Pour Cooper Brathwaite et coll. (2023),

“Executive leaders have the responsibility and accountability to address systemic and structural racism at their institutions by implementing anti-racism policies, educational courses on anti-racism and cultural safety courses for all staff. **These approaches will create a healthy work environment for all staff.** Deans of nursing programs must include racism as a social determinant of health in the undergraduate nursing curricula at colleges and universities and hire Black nursing professors who are underrepresented in academic settings” (Cooper Brathwaite et coll., 2023: 12),

### **6.5 : Penser un environnement de formation et d'emploi en soins infirmiers psychologiquement sécuritaire**

“Psychologically safety is especially important in work environments where employee and customer safety are paramount, such as the healthcare or aviation industries, as it has been shown to be critical in reducing employee errors and enhancing safety, and been shown to increase team and individual learning across multiple organizations”  
(Newman et coll. 2017: 521)

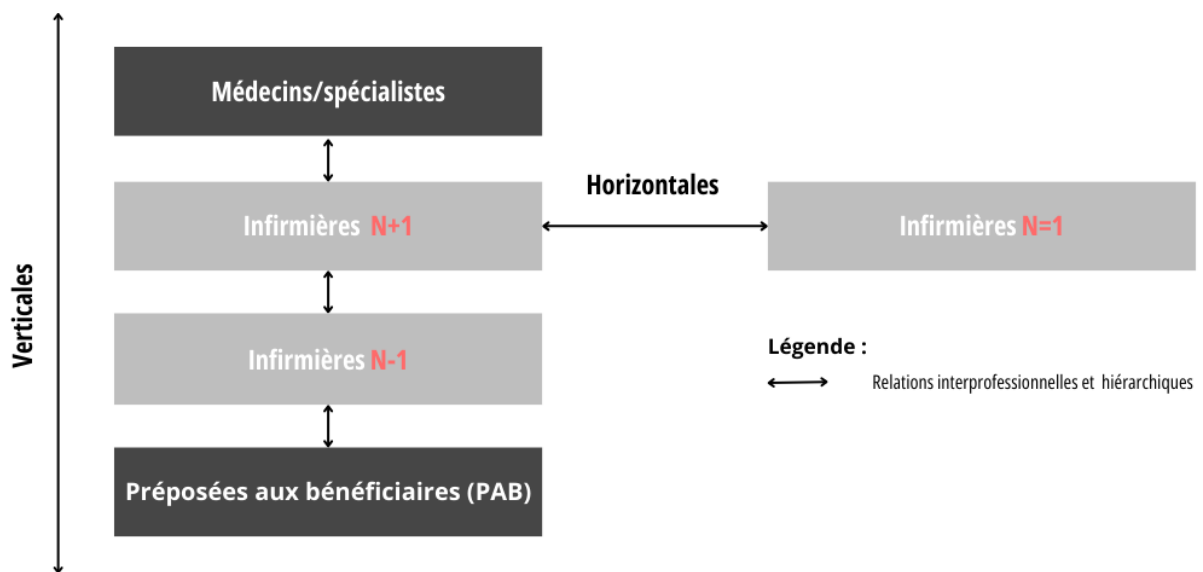
Bien que les infirmières interrogées usent de différentes stratégies d'adaptation, cela ne les a pas épargnées des conséquences psychologiques, physiologiques et somatiques du racisme au cours de leur parcours de formation et d'emploi. Plusieurs auteur.rice.s ont relevé les conséquences néfastes du racisme sur la santé mentale des étudiant.e.s et des infirmières Noires (Byers et coll., 2021 ; Johnson, 2021 ; Jefferies, 2022b ; Luhanga et coll., 2023a). En formation ou sur le plancher, la surveillance accrue dont elles sont sujettes ainsi que le manque de soutien, de support et de travail en équipe, dans ces deux espaces ne favorise pas leur pratique du soin dans les meilleures conditions. De fait, et notamment sur le plancher ces expériences engendrent chez les répondantes une hypervigilance dans la pratique se traduisant par un surinvestissement au travail qui lui-même a des conséquences néfastes sur la santé mentale et physique. Tout ceci contribue à leur

exclusion et isolation dans l'espace de soin. Certaines des répondantes ont précisé que ces expériences se réalisent dans un environnement qui sous-tend déjà une culture du harcèlement – *bullying* – ce qui, associé au racisme qui imprègne le milieu tout en ayant des conséquences dramatiques sur les conditions de formation et de travail des infirmier.ère.s Noires. Elles ont souligné que le racisme qu'elles vivent est exacerbé par cette culture qui favorise les interactions et les comportements à caractères raciaux. Des auteur.rice.s se sont intéressé.e.s à cet enjeu qui devient un problème majeur et ont eux-mêmes exposés comment l'espace de soin et le domaine infirmier est sous-tendu par une culture du harcèlement (Berry et coll., 2012 ; Clarke et coll., 2012 ; Gilbert et coll., 2016 ; Meires, 2018 ; Seibel et Fehr, 2018 ; Minton et coll., 2019 ; Dafny et coll., 2023). Pour Garon (2012) ainsi que Weaver (2013) et Minton et Birks (2019), cette culture du harcèlement dans le domaine infirmier relève de la « théorie du groupe opprimé ». Pour ces auteur.rice.s, historiquement, le domaine est composé essentiellement de femmes et l'infirmière a longtemps été considérée comme subordonnée aux médecins. De plus, la nature hiérarchisée de l'espace de soin a contribué au développement de comportements harcelant, “like other oppressed groups, nurses have silenced themselves. By not speaking up, they believe that they can avoid conflict, maintain the status quo and conform to the traditional definition of a good nurse” (Garon, 2012:362).

Néanmoins, en reprenant la théorie originale du groupe opprimé proposé par Freire (1971), Weaver (2013) précise que, lorsque le groupe opprimé a un sentiment d'impuissance face à sa condition, il aura tendance, en internalisant les effets de l'oppression et le conflit qu'il engendre, à opprimer les autres individus dans ce même groupe. Si des hiérarchies raciales entrent en jeu dans ce groupe comme nous avons pu le voir, la résultante en est que les infirmières Noires et racisées sont les premières cibles de ces comportements oppressifs. Il continue en soulignant que le harcèlement se réfère à des interactions qui impliquent un rapport de pouvoir et/ou d'autorité dans lequel l'un des individus possède ou à l'impression de posséder un pouvoir sur un autre individu perçut comme subordonné. Il prend la forme d'agressions, de micro-agressions quotidiennes, et de discriminations (Desai et coll., 2023). Essed (1991) précise dans ses théorisations sur le racisme genré que, “group power exists as long as the group stays together [and] group power can only empower individuals when they have a sense of group membership” (Essed, 1991: 41). Le fait que certaines des

répondantes aient soulevé l'existence de "Gang" / "clan" d'infirmières sur le plancher vient également justifier les hiérarchisations qui s'établissent dans l'espace de soin. Ces perspectives permettent aussi d'observer de quelles manières le racisme interpersonnel et organisationnel peut s'épanouir dans cette culture néfaste qui fait partie intégrante des organisations. L'intersection entre une culture du harcèlement et le racisme sont une double *jeopardy* pour les infirmières Noires et racisées. Weaver (2013), Granstra (2015), Castronovo et coll. (2016), mais également Butler et coll. (2018) se réfèrent au concept de violence horizontale et de violence latérale pour faire référence au harcèlement qui opère entre infirmières. Néanmoins le harcèlement peut aussi venir des autres soignant.e.s, des patient.e.s et leur famille, qui constituent l'espace de soin (Butler et coll. 2018 ; Fernandez-Gutiérrez et Mosteiro-Diaz, 2021). Il existe plusieurs définitions du harcèlement et dans le domaine du travail, Ayoko (2023) précise que,

“While scholars define bullying variously there is a consensus that bullying is associated with repeated and persistent hostile acts that are harmful to the victim. **It involves behaviours ranging from shouting, belittling, rudeness, aggressive eye contact, angry outbursts, aggression to more subtle behaviours such as ostracism and exclusion and may culminate into social, physical, and psychological harm for the victim**”. (Ayoko, 2023:223)



**Figure 3** : Les rapports hiérarchiques dans l'espace de soin (Auteure : Sadjo Paquita)

Le harcèlement se traduit aussi par des traitements condescendants, de la rétention d'information, de la critique excessive, ou encore des assignations de patient.e.s plus lourd.e.s. Selon Meires (2018), ces comportements de harcèlement, racistes, ont une incidence sur ce qu'elle appelle la « culture de la sécurité » dans les organisations et peuvent engendrer une augmentation des coûts relatifs soins, un changement de personnel constant, à une moins bonne satisfaction des patient.e.s. Cela impacte donc de manières significatives la productivité et la performance dans le soin (Granstra, 2015 ; Berry et coll., 2021). Tout ceci s'ajoute à un environnement en perpétuel changement ou la charge de travail est déjà élevé et le personnel manquant (Johnson, 2021). Pour transformer cette culture du harcèlement et favoriser un espace de formation, mais aussi de soin plus sain et sécuritaire pour les patient.e.s, les soignant.es, les étudiant.e.s infirmières, les infirmier.ère, et tout personnel Noir et racisé dans ces espaces, il est nécessaire de prendre en considération et de mettre en œuvre la sécurisation psychologique – *psychological safety* – (Kahn, 1990) des personnes et des milieux,

**“In safe environments, all members of the interprofessional team feel heard, feel included, feel respected, and communicate openly with each other; and conversely, in unsafe environments, members sense feelings of not belonging, not being included, not a member of the group, or fear impending reprisal or punishment”** (Luther et Flattes, 2022: 120).

Plusieurs répondantes ont justement exprimé le fait de ne pas se sentir soutenues par leurs pair.e.s, leur professeur.e.s, encadreur.euse.s clinique, gestionnaire.e.s et/ou collègues, en formation, et en emploi. De même, certaines d'entre elles ont expliqué ne pas avoir le sentiment d'appartenir à l'équipe, leurs connaissances, opinions et compétences professionnelles souvent dévalorisées. Les expériences vécues sur le plancher notamment, ont alimenté le manque de motivation à aller travailler et leur engagement au travail. Selon Kahn (1990) le stress et l'insécurité psychologique impacte la disponibilité psychologique à effectuer le travail. De plus, le travail d'équipe est essentiel au fonctionnement de l'espace de soin et à la prédication d'un soin de qualité, mais le racisme et le harcèlement qui imprègnent l'organisation compromettent ces résultats. Les interactions et les expériences de racisme entre soignant.e.s et infirmier.ères à un impact sur le bon fonctionnement de l'équipe. Il impacte notamment un élément essentiel aux fondements des équipes, la communication. Une mauvaise communication au sein de l'équipe soignante compromet

de manière significative la santé des patient.e.s, mais également le développement de la compétence et de la pratique infirmière (Cooper Brathwaite et coll., 2023). Selon Murtola et Valletly (2023), les organisations ont tendance, dans une perspective néolibérale, à remettre la charge du « bien-être » sur les individus concernés. Néanmoins, les causes du mal-être sont sans équivoques, structurelles et organisationnelles. Au même titre que le racisme, défaire la culture du harcèlement ne peut se faire autrement qu’au niveau organisationnel en formant ces membres et en mettant en application des politiques, des procédures et des règlements visant à sécuriser les milieux d’emplois. Selon Johnson (2021),

“In general, healthcare organizations have tackled workplace bullying through a combination of policies and education. Rigorous research on the effectiveness of organizational responses is lacking. **However, workplace bullying among nurses is not abating. One of the problems is that staff and managers are often unaware of their organization’s policies on workplace bullying, and policies can be inconsistently enforced**” (Johnson 2021:348).

Le terme de sécurité psychologique a été proposé par Kahn (1990), dans une recherche visant à comprendre les implications et les conditions psychologiques à l’engagement et au désengagement du personnel au travail. Il précise que,

“**Psychological safety was experienced as feeling able to show and employ one’s self without fear of negative consequences to self-image, status, or career.** People felt safe in situations in which they trusted that they would not suffer for their personal engagement” (Kahn, 1990:708).

Il démontre que la sécurité psychologique se compose de relations interpersonnelles solidaires et de confiances ; de dynamiques de groupe et intergroupe valorisant les voix individuelles tout en ne [re]produisant pas de rapport de pouvoir entre les individus à l’intérieur du groupe et entre les groupes eux-mêmes ; une gestion et des leaders organisationnels qui soutiennent les individus et les groupes, et enfin des normes et valeurs comportementales organisationnelles partagées par l’ensemble des parties. De mauvaises conditions psychologiques exacerbées par un milieu de travail hostile et oppressif nuisent à l’engagement des professionnels dans et au travail. Ces comportements de retrait et de désengagement professionnel rejoignent l’idée de Fisher et Kiernan (2019) qui soulignent que les infirmières qui ne sont pas dans un environnement [psychologiquement] sécuritaire n’osent pas prendre la parole s’exprimer ou demander de l’aide, « the dominant strategy

amongst nurses was “getting the work done”, “fitting in” and “learning the rules” » (Fisher et Kiernan, 2019 : 4). Pour Edmondson (1999) et Gallo (2023), la sécurité psychologique ressentie impacte de manière significative les performances à la fois individuelles et collectives dans les organisations,

“Team psychological safety was defined as ‘a shared belief that the team is safe for interpersonal risk taking’ (Edmondson, 1999:354). [AND] **“Psychological safety leads to team members feeling more engaged and motivated, because they feel that their contributions matter and that they’re able to speak up without fear of retribution.** Second, it can lead to better decision-making, as people feel more comfortable voicing their opinions and concerns, which often leads to a more diverse range of perspectives being heard and considered. Third, it can foster a culture of continuous learning and improvement, as team members feel comfortable sharing their mistakes and learning from them” (Gallo, 2023: s.p).

Selon Anozie (2022), les barrières à la sécurité psychologiques sont les différents enjeux de pouvoir à l’œuvre soutenu par un environnement fortement hiérarchisé ainsi que les cultures organisationnelles oppressives. Elle précise que “organizational culture is most notably defined as a common belief that speaks to the values and mission of the organization. Organizational culture in healthcare not only affects employees but ultimately patient care” (Anozie, 2022:33). Changer la culture d’une organisation nécessite un travail de fond. La sécurité psychologique permettrait de promouvoir une culture organisationnelle solidaire (Anozie, 2022) fondée sur le respect, la bienveillance et de la bienveillance entre pair.e.s. Une telle culture, améliorerait la communication entre les soignant.e.s/infirmier.ère.s, favoriserait l’engagement du personnel aux tâches et au travail, renforcerait l’estime de soi et la productivité, essentielle à leur identité professionnelle (Anozie, 2022). L’engagement à un espace psychologiquement sécuritaire nécessite l’implication des individus, des équipes et de l’organisation.

Le racisme vécu par les infirmières Noires dans la formation et en emploi les place dans des conditions psychologiquement et physiquement insécuritaires, voire dangereuses (Rodwell et Demir, 2012 ; Dafny et coll., 2023 ; Luhanga, 2023a, 2023 b ; Jones et coll., 2023). Améliorer les conditions d’apprentissage et de travail des étudiant.e.s et infirmières Noires nécessite de lutter activement contre le racisme. Cette lutte ne peut qu’instaurer et engendrer un espace de travail plus sain et sécuritaire tout en déployant l’immense

potentialité de ces dernières. Pour Cooper Brathwaite et coll. (2023), la solidarité avec les infirmières Noires est essentielle à la lutte contre le racisme vécu par les infirmières Noires. Pour elles, “colleague solidarity contributes to the development of colleagues’ competence, increases the quality of their nursing practice, facilitates collaboration, and protects them from undesirable destructive behaviors” (2023 :6).

Les politiques d’EDI antiracistes conjointement avec de politiques visant à promouvoir la sécurité psychologique dans les espaces de formation et d’emploi permettraient d’améliorer les conditions de formation et de travail des infirmières Noires et racisées. Selon Desai et coll. (2023) la sécurité psychologique combinée à une culture organisationnelle saine et stimulante sont nécessaire aux politiques d’EDI tant, ils ont vocation à prévenir les agressions, micro-agressions et discriminations racialement orientées ou non. L’opération du racisme à plusieurs échelles dans un environnement déjà propice à l’oppression complexifie davantage les rapports et les relations interpersonnelles au détriment des objectifs premiers du rôle des soignant.e.s/infirmier.ères qui est d’offrir un soin de qualité, et ce pour l’ensemble de la population, aussi diversifiée soit-elle. Mais comment offrir un soin de qualité lorsque les structures organisationnelles font défaut et que les conditions d’exercice même de la profession sont néfastes à ses étudiant.e.s et son personnel notamment, lorsqu’iels sont Noir.e.s et racisé.e.s ? Luther et Flattes (2022) suggèrent que,

**“Nurses and nursing leaders are ethically responsible to create inclusive and safe environments** for all team members as well as possess skills of mitigating biases and stereotypes present in our workplace” (Luther et Flattes, 2022: 118).

## 6.6 : Contributions, recommandations et limites de la recherche

“Black nurses should navigate through **reflection, theory, and action to reach liberation**. Despite our limited time to think about what nursing could be, Black nursing scholars have begun to reimagine education, practice, and research”  
(Gamboa et coll., 2024: 6).

Les différents points précédents nous ont permis d’identifier au regard des objectifs de la recherche initialement établis (cf. Chapitre 1 point 1.2) et des résultats obtenus lors de la recherche (Chapitre 5) : **(1)** les niveaux d’opération du racisme ; **(2)** de comprendre l’impact du racisme sur le maintien des infirmières Noires dans des postures et des positions subalternes sous le prisme du care colonial et du capitalisme racial ; **(3)** de comprendre l’impact du racisme sur la santé mentale et physique des infirmières Noires ; **(4)** de comprendre l’impact du racisme sur l’avancement de carrière et le leadership des infirmières Noires ; **(5)** l’importance de développer des politiques d’EDI antiracistes dans le domaine des soins infirmiers et une pédagogie anti-raciste en sciences infirmières ; **(6)** et enfin, l’importance de créer et d’entretenir un espace de formation et de travail psychologiquement sécuritaire pour les futur.e.s infirmières et le personnel infirmier.

### Contributions

Le premier constat est que, les résultats obtenus s’accordent avec les résultats des recherches empiriques menées depuis près d’une trentaine d’années sur l’expérience vécue de racisme des infirmières Noires au Canada (Calliste, 1993, 1996 ; Das Gupta, 1996, 2009 ; Modibo, 2004 ; Etowa, 2007 ; Flynn, 2008; 2009; 2011; 2012; Premji et Etowa, 2014 ; Jefferies et coll., 2018; 2022a, 2022b; Jefferies, 2020; Cooper Brathwaite et coll., 2022, 2023 ; Black Nurse Task Force, 2022; Beagan et coll., 2023 ; Jones et coll., 2023 ; Prendergast et coll., 2024). Pourtant, très peu s’intéressent simultanément au milieu de formation et d’emploi, ainsi qu’ à l’aspect similaire des effets et de l’impact du racisme dans ces deux espaces. L’expérience de racisme perçue, vécue et racontée par les

répondantes (Chapitre 5) démontre bien la continuité du racisme de la formation à l'emploi et les conséquences de son expérience en formation sur son expérience en emploi. Le parcours de formation c'est-à-dire le choix et la voie prise pour se former et ainsi développer des compétences dans un domaine sont le *solum basis* du parcours professionnel. Il est essentiel de les penser ensemble afin de comprendre les effets de continuité et de rupture entre ces deux points. Cette thèse au regard des recherches déjà menées sur le sujet contribue à renouveler les questionnements liés à l'expérience de racisme vécue par infirmières Noires au Canada en prenant en compte leurs parcours de formation et leurs parcours professionnels.

Le second constat est que les résultats de la recherche ont démontré que le racisme a un fort impact au niveau organisationnel tant dans la formation qu'en emploi. La prise en compte du racisme au niveau organisationnel est donc essentielle pour agir sur ses effets par le biais de politiques d'EDI antiracistes dans les organisations de formation et d'emploi ; de la décolonisation des curriculums ; du développement d'une pédagogie anti-raciste en sciences infirmières et d'espace psychologiquement sécuritaire (Etowa et McGibbon, 2009 ; Garon, 2012 ; Green, 2020 ; Newman et coll. 2017 ; Anozie, 2022 ; Dafny et coll., 2023 ; Desai et coll., 2023 ; Jefferies, 2023 ; Nelson et coll., 2023 ; Massaquoi, 2023). À l'intersection du racisme systémique et interpersonnel, il permet la diffusion du racisme systémique et offre un cadre propice au racisme interpersonnel. Ce racisme et son niveau d'opération permettent donc de mieux comprendre à la fois le racisme systémique et le racisme interpersonnel. Cette thèse contribue au développement et à la compréhension du concept de racisme organisationnel très peu étudié dans la littérature sur le racisme en formation et en emploi (Khan, 2006 ; Lopes et thomas, 2006) et absent de la littérature sur le racisme en sciences infirmières.

Le troisième constat est qu'il n'existe pas de recherches empiriques francophones sur l'expérience vécue de racisme vécue par les infirmières Noires au Canada. Les contributions de Namasté (2017), Pierre-Pierre (2017) et Bélanger (2020) permettent de souligner l'apport des infirmières haïtiennes au Québec notamment. De même, les contributions en français de Cagnet (2001, 2004, 2010) essentiellement sous le prisme de

comparaison entre la France et le Québec francophones traitent des enjeux ethno-raciaux dans le domaine des soins infirmiers et de la santé (2001 ; 2010) à travers l'expérience des infirmières Noires (2004). De plus, la grande majorité des références relatives à l'expérience de racisme vécu par les infirmières Noires au Canada sont en anglais. Si les recherches en anglais permettent de comprendre de manière générale leur possible expérience, il n'en est pas moins que cela suppose qu'il manque grandement de chercheur.euse.s Noir.e.s francophones dans le domaine infirmier qui traite de ces enjeux. À l'intersection du genre, de la race, de la classe, du linguicisme et des enjeux d'immigration, on peut largement questionner l'absence et l'invisibilisation des infirmières Noires francophone en tant que sujets et objets de recherche au Canada. Dans ce sens, cette recherche empirique s'insère et contribue au développement de la littérature francophone sur l'expérience de racisme vécue par les infirmières Noires au Canada.

Le quatrième constat est l'importance dans une perspective critique et méthodologique d'inclure les théories *Black feminist* non seulement dans la lecture et la compréhension des expériences vécues par les infirmières Noires. Cette inclusion est nécessaire à la transformation des paradigmes en sciences infirmières dans une logique de décolonisation des modes de développements de la connaissance et de promotion de la justice sociale. De plus, les théories *Black feminist* et largement les perspectives féministes post-décoloniales sont essentielles à la construction de pédagogies anti-racistes et anti-oppressives en sciences infirmières (Racine, 2003 ; Jefferies 2018, 2022a ; De Sousa et Varcoe, 2021 ; Hantke et coll., 2022 ; Foster et coll., 2023 ; Stake-Doucet, 2023 ; Philbert et coll., 2024). Également, le domaine et le travail infirmier semblent être à l'aune de l'intersectionnalité d'une multitude de rapports sociaux et sont la matérialisation dans la réalité sensible de la division sexuelle et raciale du travail de *care*. Ce qui permet en parallèle de comprendre les effets conjoints du racisme, du sexisme et du classisme dans la définition des postures et des positions des infirmières Noires dans cette division. Les théories *Black feminist* sont donc une praxis essentielle au domaine des soins infirmiers et aux sciences infirmières. La présente recherche en alliant les théories *Black feminist* et une méthodologie qualitative par une approche phénoménologique du genre et de la race contribue à développer les pratiques méthodologiques en études féministes et en sciences infirmières, pour une lecture

du vécu et des expériences des femmes Noires et des groupes racisés et minorisés. Les recherches relatives aux théories *Black feminist* canadiennes étant majoritairement en anglais (Wane, 2002, 2004, 2013 ; Massaquoi, 2004 ; Wane et Massaquoi, 2007 ; Prendergast, 2011) cette thèse en français permet également leur relecture.

## **Recommandations**

L'analyse des résultats obtenus démontre donc l'urgence de mener une offensive coordonnée dans les formations et dans les milieux d'emploi dans la lutte contre le racisme anti-Noir.e. Sous le prisme de la mise en œuvre de politiques d'EDI anti-racistes, de décolonisation des curriculums en sciences infirmières, du développement d'une pédagogie anti-raciste, de la promotion de la sécurité psychologique, cette offensive peut se faire de plusieurs manières :

- Les organisations et les administrations qui forment et emploient les futur.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s doivent effectuer un travail consciencieux et profond de reconnaissance de l'existence et de l'impact du racisme anti-Noir multi-niveau dans leur fonctionnement ; ainsi que de la culture blanche — whiteness — et anti-Noir qui l'entretiennent.
- Les membres des facultés, du corps professoral, les encadreur.euse.s et tout le personnel infirmier doivent individuellement effectuer un travail de reconnaissance, d'auto-réflexion et de conscientisation sur les enjeux de race et de racisme qui traversent l'académie, les facultés, les départements en sciences infirmières et les milieux d'emploi. Il est essentiel de reconnaître le rôle des individus, et des leaders dans la [re]production et le maintien du racisme dans la formation et en emploi. Cet acte individuel aura un effet immédiat sur le point précédent.
- Ce travail de reconnaissance et de réflexivité doit pouvoir se refléter dans l'identification et le retrait des biais racistes tant au niveau individuel qu'organisationnel ; biais qui imprègnent les curriculums ; les outils d'apprentissage en sciences infirmières ; et impactent les pratiques et les conditions de travail des infirmières Noires.

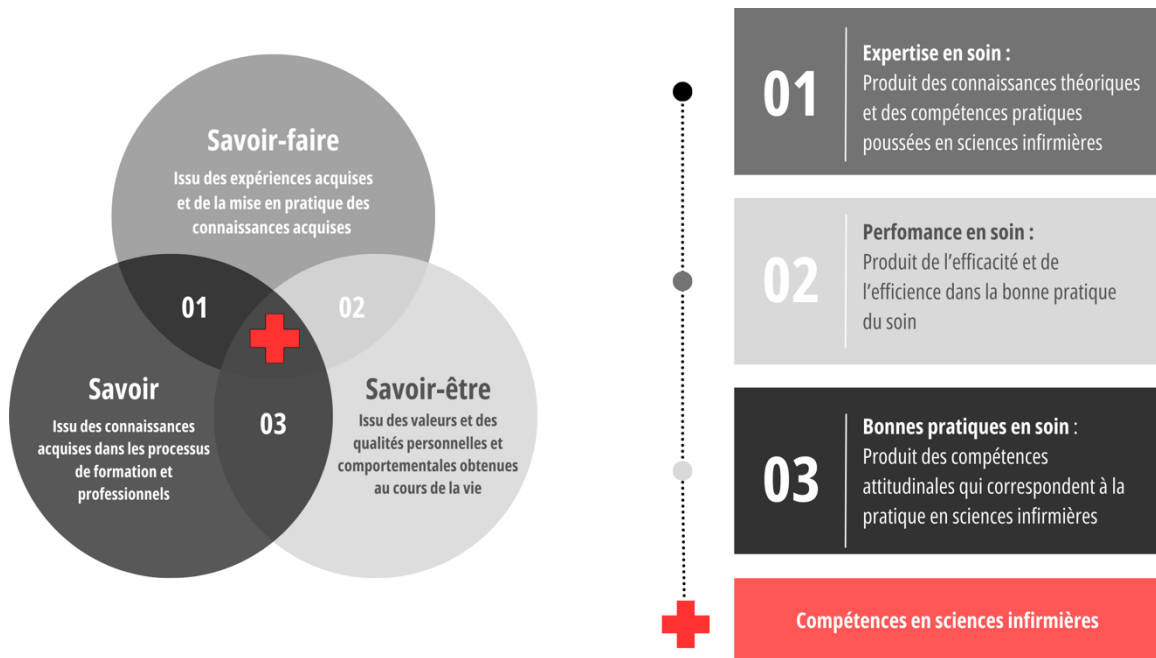
- Ceci devrait favoriser la mise en œuvre dans les formations et en emploi, de politiques d'EDI et le recrutement de comités d'EDI; le développement d'une approche pédagogique anti-raciste et anti-oppressives ; la décolonisation des curriculums par le biais de la révision des politiques, des règlements et procédures qui régissent le domaine.
- Au-delà de l'obtention de compétences culturelles visant à promouvoir et à offrir un soin culturellement approprié, il est nécessaire de former les futur.e.s infirmier.ère.s, les formateur.rice.s, professeur.e.s, encadreur.euse.s et le personnel infirmier à *l'humilité culturelle et raciale*, ce qui est plus orienté vers leurs rapports avec les autres étudiant.e.s, professeur.e.s, encadreur.euse.s, membres des facultés dans les établissements de formation et dans l'espace de soin, les infirmier.ère.s et soignant.e.s.
- En formation, revoir les politiques d'admissions et d'évaluations afin qu'elles ne désavantagent pas les étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s. et ne représentent pas une entrave à l'accès et à la réussite dans la formation de ces dernier.ère.s. Dans ce sens, augmenter le recrutement d'étudiant.e.s et de membres des facultés, professeur.e.s, encadreur.euse.s Noir.e.s qui améliorerait leur représentativité. En emploi, revoir les politiques de recrutements et favoriser le recrutement d'infirmier.ère.s Noir.e.s à tous les grades et secteurs du domaine. Ceci favoriserait l'accès et la représentativité des infirmier.ère.s à des postes et positions de leader et la diversité du personnel académique et infirmier.
- En formation, favoriser le mentorat des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s notamment avec des pair.e.s en mesure de comprendre leur expérience, et ainsi maximiser la réussite des étudiant.e.s infirmier.ère.s Noir.e.s. En emploi, privilégier le travail d'équipe et la communication effective pour promouvoir l'efficacité et l'efficacé dans la prédication des soins ; et ainsi, favoriser la performance et la productivité sur le plancher.
- Les établissements de formation doivent lutter activement et de manière consistante contre les agressions, micro-agressions racistes et toutes formes d'incivilités propices au véhicule de ces actes. Dans ce sens, elles doivent s'engager à défaire la culture du harcèlement qui perdure dans le domaine, former à, et privilégier la sécurité psychologique de ses étudiant.e.s et son personnel Noir et racisé.
- Indiquer de manière claire les politiques, règlements et procédure relatifs à l'incivilité et aux comportements et actes racistes qui illustrent les recours disponibles pour les étudiant.e.s et le personnel Noir dans les établissements de formation et tout le personnel Noir dans les milieux d'emploi. Ainsi, favoriser la dénonciation du racisme, un espace d'apprentissage, de travail et de prise de parole sécuritaire.

- Effectuer régulièrement des évaluations anonymes du niveau de satisfaction des étudiant.e.s et du personnel dans le domaine pour identifier les possibles enjeux liés au racisme et agir dans ce sens.
- Engager toutes les parties, et tous les acteur.rice.s à tous les niveaux. La lutte contre le racisme n'est pas uniquement le panache et la tâche des personnes qui le subissent les personnes blanches doivent effectuer un travail de reconnaissance de leurs privilèges et leur rôle dans la [re]production et le maintien de rapports de pouvoir ; ainsi, contribuer au changement. La solidarité — *Allyship* — avec les infirmier.ère.s Noir.e.s est essentiel à la lutte contre le racisme dans ces deux espaces.

Sur la base des résultats obtenus, ces recommandations pour une action dans et par les établissements de formation et d'emploi contre le racisme permettraient de poser les bases du changement des cultures, normes et valeurs blanches qui imprègnent encore le domaine. Comme nous l'avons vu, le domaine sous-tend un climat hostile à l'apprentissage et au travail dans des conditions saines et sécuritaires. Ce climat n'est pas propice à l'évolution et à la réussite des étudiant.e.s et des infirmier.ère.s Noir.e.s. Agir au niveau de la formation en amont et continuer d'agir en emploi, permettrait d'améliorer les conditions de formation et d'emploi des [futur.e.s] infirmier.ère.s Noir.e.s tout en soutenant un parcours professionnel ascendant. De plus, cela permettra d'instaurer et de valoriser dans le domaine une culture de l'humilité, du respect, de la bienveillance, de la bienveillance, et de la solidarité (Edmondson, 1999 ; Bernaud et coll., 2016 ; Murray-Garcia, 2021 ; Luther et Flattes 2022 ; Ayoko, 2023 ; Cooper Brathwaite et coll., 2023 ; Dafny et coll., 2023 ; Desai et coll., 2023 ; Massaquoi et coll., 2023). Tout ceci, au bénéfice d'une prédication des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population (Premji et Etowa, 2014 ; Cineas et Schwartz, 2023 ; Waite et coll., 2024).

Il est essentiel de noter que le travail et la compétence infirmière se composent d'une synergie de trois éléments qui lui sont relatifs : le *savoir*, le *savoir-faire* et le *savoir-être* qui, ensemble, fondent l'essence de la compétence infirmière. Ces acquis se développent et se construisent simultanément en formation et en emploi, à travers les connaissances et la pratique au cours du parcours professionnel. Dans un contexte académique et d'emploi raciste, ces trois éléments peuvent être mis en péril. Endiguer le racisme au niveau

organisationnel permettra à tous.tes les étudiant.e.s, les infirmier.ère.s Noir.e.s et racisé.e.s de développer sans entraves et de manière exponentielle la compétence et la [leur] pratique infirmière.



**Figure 4 :** La trilogie du savoir dans le domaine infirmier (Auteure : Sadjo Paquita)

### Limites et ouvertures

Si cette thèse contribue à la recherche dans différents champs disciplinaires au croisement des études féministes et de genre, de la sociologie, des sciences infirmières, et de la phénoménologie, elle possède certaines limites qui méritent d'être soulignées. Tout d'abord, sur le plan empirique et théorique et méthodologique ; la lecture et le traitement de la question de recherche dans une perspective féministe a favorisé une discussion et une interprétation des résultats obtenus dans cette logique. Les thématiques identifiées, traitées et discutées peuvent donc différer de la manière dont les recherches sur ces thématiques sont identifiées, traitées et discutées dans le champ des sciences infirmières. De plus,

l'usage d'une méthodologie qualitative au croisement des perspectives féministes critiques du genre et de race et des théories *Black feminist* peut se démarquer des applications classiques de la phénoménologie, notamment dans le champ en sciences infirmières. La méthodologie utilisée est le résultat d'une construction réflexive qui se veut adaptée à la recherche avec les femmes Noires comme le suggèrent les *théories Black feminist*.

Concernant le choix et le recrutement des participantes, les infirmières n'ont pas été choisies en fonction d'un grade en particulier (Ex. : infirmière clinicienne, etc.) l'objectif était d'ouvrir l'étude à des femmes s'identifiant à la fois comme « Noire » et « infirmière » sans distinction et de laisser toutes thématiques relatives à la recherche émaner. Néanmoins, cela permet d'observer qu'*in fine*, les problématiques de racisme vécues sont similaires bien que les grades de soins infirmiers diffèrent. De même, la recherche étant à cheval entre deux provinces, les appellations de grades en soins infirmiers divergent. Il aurait été nécessaire dans ce sens d'identifier l'équivalent des grades de l'un et de l'autre bord (Québec-Ontario). Bien qu'il soit possible d'observer les dynamiques engendrées par, et liés au racisme à travers les résultats, une étude du racisme vécu par des infirmières appartenant au même grade pourrait être pertinente pour souligner les enjeux liés aux effets de hiérarchisation dans l'expérience du racisme, de même pour une étude qui se focaliserait sur l'une des deux provinces, notamment celle du Québec.

Nonobstant, la recherche n'avait pas vocation à effectuer une comparaison entre Ottawa (Ontario) et Gatineau (Québec), mais bien d'observer ces dynamiques dans un espace très peu étudié. Les études sur le racisme vécu par les infirmières Noires au Québec étant quasi inexistantes comparativement à l'Ontario et au reste du Canada, mener une recherche exclusive sur ces dynamiques à travers la province du Québec permettrait d'aller au-delà de l'expérience des répondantes qui vivent et travaillent à Gatineau.

Bien que les entrevues qualitatives semi-dirigées sont un outil pertinent en méthodes qualitatives, il aurait été intéressant et pertinent de voir ce qu'une entrevue collective entre les différentes répondantes aurait pu produire. Notamment, dans la possibilité de co-construire des stratégies d'adaptation et tout simplement tenter de créer un espace de

discussion et de guérison entre paires intergénérationnelles. Néanmoins, la sensibilité liée à la thématique, les contraintes matérielles et les enjeux liés à la disponibilité des répondantes n'ont pas permis d'effectuer une entrevue collective.

\*\*\*

## CONCLUSION

---

“If they don’t give you a seat at the table, bring a folding chair”

**Shirley Chisholm (1924-2005)**

Au terme de cette recherche, répondre par l’affirmative à la question posée par Jeannette Vaughan (1997) serait, semble-t-il, aisé. *Yes. In this day and age, there really is racism in nursing*<sup>28</sup>. Cette recherche avait pour but de comprendre quelles étaient les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires exerçant dans la région de la capitale nationale (Ottawa-Gatineau). Les objectifs de cette dernière étaient orientés sur l’identification des formes et types de racisme subit, ainsi que leur niveau d’opération ; l’identification des effets du racisme, sur leurs expériences de formation et leurs parcours professionnels ainsi que les stratégies d’adaptation mises en œuvre par ces dernières pour résister face au racisme qu’elles ont vécu et/ou vivent encore à ce jour.

Dans une posture épistémologique, méthodologique et théorique alimentée par les théories *Black Feminist* et la pensée féministe Noire, il a été possible de comprendre quelles étaient les expériences de racisme vécues par les infirmières Noires et la manière dont ce racisme façonne leurs parcours de formation et leurs parcours professionnels. En effet, comme nous avons pu le voir, le racisme anti-Noir opère au niveau systémique, organisationnel et interpersonnel. Il agit sur les processus de recrutement (formation et emploi) ainsi que sur l’avancement dans les formations et dans les carrières. Dans des espaces de formation et de soins hiérarchisés, le racisme anti-Noir complexifie les différentes relations qui s’établissent respectivement dans ces deux espaces, entre les étudiant.e.s Noir.e.s en sciences infirmières, les membres des facultés, les encadreur.euse.s, le personnel soignant.e.s, les patient.e.s et leurs proches. Nous avons vu au travers des enjeux soulevés dans la discussion que le racisme peut s’établir et être entretenu dans ces mêmes relations. De même, les répondantes ont démontré les effets néfastes de l’opération du racisme multi-niveau sur leur bien-être et leur santé physique et mentale.

---

<sup>28</sup> cf. citation de Vaughan 1997, p.135 en début d’introduction page -9-.

Outres l'identification des formes, types et niveaux d'opération du racisme au travers de leurs expériences, cette thèse a également permis de comprendre comment ces mécanismes au niveau macro-social – systémique – structurent largement le travail de soin – *care* – tout en contribuant à la [re]production d'une division sexuelle et raciale du travail de soin et largement du travail infirmier. Ces mécanismes ont pu être lus à travers la mise en relation de l'expérience des infirmières Noires et du concept de *care* colonial de Prattes (2023). Au niveau micro-sociale – infra-systémique –, la perpétuation du racisme anti-Noir systémique contribue au maintien des infirmières Noires dans des postures subalternes et favorise le ralentissement de leur ascension professionnelle. Il est évident que lutter de manière active contre ce racisme contribuerait à inverser cette tendance de subordination s'épanouissant dans un environnement entretenu par une culture de la domination, elle-même soutenue par la blancheur et le privilège blanc. Justement, cette lecture vient confirmer la perspective des auteur.rice.s qui soutient l'importance d'une lecture à la fois micro-expérientielle et macro-systémique afin de comprendre les effets du racisme. Aussi, la proposition dans cette thèse d'un schéma d'opération du racisme incluant le racisme organisationnel a également permis de saisir aisément la jonction entre le racisme Anti-Noir systémique et interpersonnel. Il ne s'agit pas ici de bouleverser les apports théoriques et conceptuels qui ont été faits sur le racisme, mais de tenter de proposer une lecture à partir de ces apports et de l'expérience des infirmières interrogées.

L'identification de l'opération du racisme au niveau organisationnel a également permis de réaffirmer l'importance d'agir et de mener l'action au niveau organisationnel autant dans le domaine de la formation que dans le domaine de l'emploi. Il est évident que les bases anti-racistes et anti-oppressives posées dans le cadre des formations – au travers des curriculums, des politiques, règlements, et procédures des établissements de formation – et d'emploi, impact la mise en œuvre de politiques d'équité, diversité, inclusion (EDI) efficaces, qui agiront de manière positive sur la pratique infirmière. Ce sont les politiques d'EDI qui ont également favorisé le recrutement d'un personnel Noir et racisé. Bien que ces dernières soient une belle tentative de lutte contre l'oppression s'épanouissant dans les milieux de formation et d'emploi, leurs mises en œuvre restent faibles et les résultats restent

mitigés. D'autre part, cela nous a permis de souligner que les stratégies d'adaptation individuelles ne sont pas suffisantes à la lutte contre le racisme. En effet, afin de favoriser un *environnement psychologiquement sécuritaire* pour les étudiant.e.s infirmier.ère.s et le personnel infirmier Noirs et racisés en formation et emploi, la mise en œuvre de politiques d'EDI antiracistes doit s'accompagner d'une lutte contre la culture du harcèlement – *bullying* – qui imprègnent les milieux de formation et d'emploi. Les personnes Noires et racisées dans le domaine peuvent aisément se retrouver en situation de vulnérabilité dans ces espaces hostiles.

En ce sens, il est également nécessaire de soutenir une discipline et une pratique infirmières basées sur le développement d'une connaissance et d'une pratique orientées vers la justice sociale. Les fondements blancs et euro-centrés de la discipline et des soins infirmiers sont indéniables et font partie de son historicité. Il ne s'agit pas de plaider pour leurs effacements, mais de plaider pour l'inclusion des histoires et expériences actuelles invisibilisées, omises, et marginalisées qui ont elles-mêmes constitué et constituent le fondement de la discipline. Cela permet de reconnaître la contribution des femmes Noires et des groupes racisés et minorisés à la discipline ainsi qu'à la pratique infirmière et, ainsi, de conserver un regard critique sur la discipline et sur la pratique. Cette posture contribuerait à l'amélioration du *savoir*, du *savoir-faire* et du *savoir-être* essentiels à la compétence en sciences infirmières.

Les recommandations formulées soutiennent la réorientation de la pratique infirmière et l'implémentation d'approches anti-racistes et anti-oppressives. Elles démontrent l'importance de renforcer le développement de la sécurité et de la compétence culturelles, qui à travers les résultats, soulignent la nécessité d'étendre cette compétence au-delà des rapports soignant.e-soigné.e, c'est-à-dire aux rapports entre soignant.e.s/infirmier.ère.s. L'humilité culturelle et raciale est essentielle à la conscientisation et à la réflexivité sur le privilège, la blancheur et la culture de la domination qui sous-tendent l'anti-Blackness et le racisme anti-Noir. Le développement des enjeux liés au racisme anti-Noir en lien avec le domaine du soin a montré dans quelles mesures la posture et l'expérience des femmes Noires peuvent se distinguer de celles des femmes blanches et des femmes d'autres groupes

racisés. De plus, insister sur la notion de solidarité et d'*Allyship* tant dans le domaine de formation qu'en emploi est essentiel à l'avancement de la cause et de la lutte. Cette solidarité dans une perspective féministe ne doit [re]produire, ni oppressions ni violence épistémique et symbolique. En ce sens, pour prendre en compte du point de vue des personnes concernées, il est essentiel de privilégier le *parler avec* et non le *parler pour*. « Parler pour, contribue à la réaffirmation de sa propre autorité et de ces propres privilèges » (Le Gallo et Millette 2019 : 6).

Cette recherche brosse le portrait du racisme vécu par les infirmières Noires dans la région d'Ottawa-Gatineau en soulevant des enjeux propres à ce contexte, mais également au contexte structurel et sociétal dans lequel nous évoluons. Depuis près de quarante années, les recherches soulignent les effets néfastes du racisme anti-Noir et la manière dont il empoisonne le domaine infirmier. Cette recherche est une remise en relief de ces enjeux. Rédiger les dernières lignes de cette thèse me laisse croire que la voix des femmes Noires et des infirmières Noires reste encore marginalisée. Le nombre de propositions qui ont été faites pour émanciper et transformer les conditions de travail et d'existence de ces femmes, – même si nombres d'entre elles ont pu être appliquées – peines encore à s'enraciner dans le système. Ce difficile enracinement traduit des obstacles à l'implémentation de réelles approches anti-oppressives et anti-racistes portées sur la décolonisation des connaissances et de la pratique en sciences infirmières, dans un système encore attaché à la culture de la blancheur et de la domination. Les états des lieux sont faits. Les causes, conséquences et dommages identifiés. C'est l'action, elle, titubante, qui peine à se mettre à l'œuvre, et ce, malgré les moult suggestions et solutions à la transformation des conditions d'emploi des infirmières Noires et racisées proposées.

Pour finir, je prendrais ici, le temps de m'adresser aux femmes Noires et infirmières Noires qui ont lu cette thèse. Au regard des échanges féconds que j'ai eus avec les femmes qui ont participé à cette étude, qui ont pris le temps de me partager un peu d'elles-mêmes en me laissant m'immerger avec elles dans leurs souvenirs et leurs histoires privées ; cheffes de famille, pourvoyeuses, mères, épouses, sœurs, tantes, dans des configurations transnationales entre *ici* et *là-bas*, les épaules chargées : au-delà de vos brillants esprits et

votre résilience sans pareil, il est nécessaire de retenir que dans la lutte quotidienne contre un système qui nous écorche vives physiquement, psychologiquement, et spirituellement :

**“Caring for [Yourselves] is not self-indulgence, it is self-preservation, and that is an act of political warfare”** (Lorde, 1988: 132). “In this country, Black women traditionally had compassion for everybody else except us. We cared for whites because we had to, for pay or survival; We have cared for our children and our fathers and our brothers and our lovers... Ours scarred, broken, battered, and dead daughters and sisters are a mute testament to that reality” (Lorde, 1984: 63).

Résister et lutter contre l’altérité, le racisme, l’oppression et l’injustice ne sont pas une tâche quotidienne aisée. Dans son ouvrage *All about love*, bell hook (2018) nous enseigne que l’amour pour l’autre n’est pas inné, nous ne naissons pas en sachant nous aimer nous-mêmes et les autres, mais nous naissons avec la capacité de répondre aux appels du *care* – soin –, de donner et de recevoir, de l’affection, de l’attention et de la joie. Sans ce *care*, nous l’avons vu, une vie et un bien-être collectif sont en périls. L’amour propre et celui des autres ne peuvent s’épanouir dans l’altérité différentialiste, l’exclusion et l’isolation qui en émanent :

“When we see love as a combination of trust, commitment, care, respect, knowledge and responsibility, we can work on developing these qualities or, if they are already a part of who we are we can learn to extend them to ourselves [...]. The more we accept ourselves, the better prepared we are to take responsibility in all areas of our lives. **Taking responsibility does not mean that we deny the reality of institutionalized injustice.** Simply taking responsibility does not mean that we can prevent discriminatory acts from happening. **But we can choose how we respond to act of injustice.** Taking responsibility means that in the face of barriers, we still have the capacity to invent our lives, to shape our destinies in ways that maximize our well-being” (hooks, 2018: 54-57).

Dans une profession qui intime le soin, l’amour de soi et de l’autre (Pépin et coll., 2017), dans un perpétuel rapport au corps, une perpétuelle interaction intersubjective, le racisme n’a pas sa place. Il est un poison qui s’insinue, gangrène l’acte de soigner, empeste et entache la mission première de l’infirmier.ère. Pour rappel, “le soin plus qu’un devoir est une obligation” (Cognet, 2004 :4), sous tous les feux et face au racisme, les femmes Noires ayant participé à cette étude n’ont jamais dérogé à cette obligation.

**Marie :**

« J'espère que cette recherche-là va... Comme, ce n'est pas juste pour rester au niveau de la recherche seulement... que quelqu'un puisse faire... rendre vivante cette recherche-là... Que ça ne reste pas dans les livres. Mais au moins, qu'il y ait quelque chose... une action qui sera posée par rapport à tout ça ».

**Suzanne :**

« [...] Et puis vous nous ferez voir les résultats de votre thèse pour qu'on essaie de trouver des stratégies qui vont nous permettre nous aussi... Parce que tu vois des fois c'est la prise de conscience qui est problématique... On ne prend pas vite conscience ou bien, on peut être seul à prendre conscience, mais on ne sait pas comment embarquer les autres personnes. Et puis, ce sont des sujets qu'on vit de manière individualisée souvent. On ne fait pas ça [le racisme] de manière collective, sinon ce serait de l'esclavage là. Alors donc, comme ce sont des situations que nous vivons de manière individualisée, ça fait que les gens expérimentent et vivent ça seuls, ne les partagent pas ou n'apprennent pas comment engager les autres personnes autour. Mais, plus on est conscient, plus on est éduqué et cultivé là-dessus... On va être plus à l'aise pour aller chercher des stratégies pour réduire cela et puis amener les gens à être plus conscients de la présence du racisme systémique dans les milieux ».

\*\*\*

Annexe 1 : Certificat éthique

29/08/2022

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL**

<b>Numéro du dossier / Ethics File Number</b>	S-08-22-8057
<b>Titre du projet / Project Title</b>	Comprendre les processus de subjectivation identitaire face au vécu du racisme : L'expérience des infirmières noires dans l'exercice de leur métier dans la région de la capitale fédérale.
<b>Type de projet / Project Type</b>	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
<b>Statut du projet / Project Status</b>	Approuvé / Approved
<b>Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)</b>	29/08/2022
<b>Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)</b>	28/08/2023

**Équipe de recherche / Research Team**

<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Role</b>
Sadjo PAQUITA	[REDACTED]	Chercheur Principal / Principal Investigator
Sonia BEN SOLTANE	[REDACTED]	Superviseur / Supervisor

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments**

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada  
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

## Annexe 2 : Formulaire de consentement

### Formulaire de consentement<sup>29</sup>

**Titre du projet :** Comprendre les processus de subjectivation identitaire face au vécu du racisme : L'expérience des infirmières noires dans l'exercice de leur métier dans la région de la capitale fédérale (Ottawa Gatineau)

**Chercheuse principale :** Sadjo Paquita (Institut d'études féministes et de genre/Faculté de sciences sociales, Université d'Ottawa).

**Superviseur :** Sonia Ben Soltane (École de service social/Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa)

**Courriel :**

**Numéro de téléphone :**

**Invitation à la participation :** Je suis par la présente invitée à participer à l'étude menée par Mlle Sadjo PAQUITA, candidate au doctorat en études féministes et de genre, chercheuse principale de cette étude. En acceptant cette invitation, j'atteste m'identifier comme étant une femme racisée noire.

**Objectif de l'étude :** L'objectif de l'étude est de partager mon expérience vécue de racisme dans l'exercice de mon métier d'infirmière dans la région d'Ottawa-Gatineau.

**Ma participation :** Cette dernière consistera à la participation à une entrevue individuelle d'une durée minimum 40 minutes en physique ou en ligne. Il s'agira pour moi (a) d'identifier et d'expliquer des événements, incidents que je juge racistes auxquels j'ai été confronté dans le cadre de mon travail avec mes collègues. De même, il me sera demandé de raconter (b) de quelles manières ces événements ont eu un impact, négatif sur moi et mon travail quotidien d'infirmière. Enfin il est question de décrire (c) quelles ont été les stratégies d'adaptation que j'ai mises en œuvre en réponse à ces effets.

**Risques encourus :** Cette étude implique que je partage des informations personnelles me concernant et concernant mon travail d'infirmière, j'entends et comprends que ce partage d'expérience situé puisse engendrer un inconfort émotionnel et psychologique. La réflexion apportée à mon expérience vécue de racisme pourrait considérer ma trajectoire de vie professionnelle et personnelle pouvant éveiller un traumatisme ou un [re]traumatisme. La chercheuse s'engage à partager avec moi une liste de ressources utiles d'appuis émotionnels et psychologiques si je le désire. En tant que professionnel de la santé, je reconnais en cas de risques de santé plus élevés avoir accès aux ressources nécessaires.

---

<sup>29</sup> Le formulaire officiel possède l'entête de l'université d'Ottawa

**Confidentialité et anonymat :** La chercheuse s'engage à protéger mon identité (Nom, prénom), ainsi que le nom de la structure où je travaille. Ni mon nom, ni mon prénom, ni le nom de mon lieu de travail ne sera indiqué. Ces informations seront anonymisées afin de ne pas être identifiées, lors de la divulgation des résultats. Mon identité sera anonymisée par l'utilisation de code ou pseudonyme. Le contenu de l'entrevue servira à appuyer les points théoriques et empiriques dans les documents de recherches, publications futures de la chercheuse principale. Mon âge, ma ville de résidence, la ville où se situe mon lieu de travail (Ottawa et/ou Gatineau) ainsi que mon pays d'origine et mon statut d'Immigration (si je suis d'origine étrangère) seront utilisés à des fins d'analyse.

**Conservation des données :** Les données collectées à la fin de l'entrevue seront retranscrites et ces dernières seront conservées de façon sécuritaire par la chercheuse. Pour des raisons d'intégrité et vérification des données, le Bureau d'Éthique et de l'Intégrité de la Recherche de l'Université d'Ottawa suggère que les enregistrements audios soient gardés avec les restes des données pour l'entière période de conservation. Les retranscriptions, les enregistrements et le formulaire ci-présent seront conservés le temps de l'analyse et de la publication des documents de recherche/scientifique futurs, colloques et conférences nationale ou internationale, et ce, pour une période de 10 ans. **Si je le désire et à des fins consultatives, j'aurais la possibilité de demander à la chercheuse principale, d'obtenir une copie de ma retranscription, et de l'audio de mon entrevue, dans le respect du droit à la confidentialité de la chercheuse principale, je ne pourrais pas (1) utiliser le contenu de ma retranscription à des fins personnelles (2) changer le contenu de mon entrevue et de ma retranscription.**

Ma participation étant volontaire, j'ai le droit de ne pas répondre de façon partielle ou totale aux questions de la chercheuse, en tout temps de mettre fin à l'entrevue, et de me retirer de l'étude si j'en ressens le besoin. Dans cette mesure, mes données seront supprimées de façon sécuritaire. La chercheuse me recommande de garder une copie du formulaire de consentement.

Ma participation contribuera à documenter l'impact du racisme et les défis qu'il soulève et de participer à l'apport de solution durable, d'aider à l'améliorer les conditions de travail des infirmières noires et plus largement de l'ensemble des travailleur.euse.s de la santé racisé.es pouvant être victime de racisme. Elle permettra de sensibiliser l'ensemble du personnel soignant des effets néfastes du racisme sur le travail et la vie des personnes qui le subissent.

**Renseignements additionnels :**

**NB\* : Si vous référez une personne pour participer à la présente recherche, merci de me contacter seulement lorsque vous aurez obtenu leur accord, afin de me transmettre leurs coordonnées.**

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse en tout temps.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa au (613) 562-5387 ou [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca)

**Acceptation : en signant de mon nom, je consens à participer à cette recherche.**

**Acceptation : En choisissant la phrase ci-dessous, je consens ou ne consens pas à participer à cette recherche.**

Oui, je veux participer.

Non, je ne veux pas participer.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### **Consent Form**

**Project Title:** Understanding the Processes of Identity Subjectivation in the Face of Racism: The Experience of Black Nurses in the Federal Capital Region (Ottawa-Gatineau)

**Principal Investigator:** Sadjo Paquita (Institute of Gender and Women's Studies/Faculty of Social Sciences, University of Ottawa).

**Supervisor:** Sonia Ben Soltane (School of Social Work/Faculty of Social Sciences, University of Ottawa)

**Email:**

**Phone number:**

**Invitation to Participate:** I am hereby invited to participate in the study conducted by Ms. Sadjo PAQUITA, a doctoral candidate in Women's and Gender Studies and the principal investigator of this study. By accepting this invitation, I certify that I identify myself as a black racialized woman.

**Object of the study:** The objective of the study is to share my lived experience of racism in my work as a nurse in the Ottawa-Gatineau region.

**My participation:** This will consist of participating in an individual interview lasting a minimum of 40 minutes in person or online. I will be asked to (a) identify and explain events and incidents that I consider racist that I have encountered in the course of my work with my colleagues. I will also be asked to describe how these events have had a negative impact on me and my daily work as a nurse, and to describe what coping strategies I have implemented in response to these effects.

**Risks involved:** This study involves me sharing personal information about myself and my work as a nurse, I understand that this sharing of experience may cause emotional and psychological discomfort. Reflection on my lived experience of racism may consider my professional and personal life trajectory that may trigger trauma or re-trauma. The researcher undertakes to share with me a list of useful emotional and psychological support resources if I so desire. As a health care professional, I acknowledge that in the event of higher health risks, I have access to a list of resources that may be of assistance to me.

**Confidentiality and anonymity:** The researcher undertake to protect my identity (name, first name), as well as the name of the structure where I work. Neither my name, my first name, nor the name of my place of work will be indicated. This information will be anonymised so that it cannot be identified when the results are disclosed. My identity will be anonymised by using a code or pseudonym. The content of the interview will be used to support theoretical and empirical points in the principal researcher's future research papers and publications. My age, city of residence, city of work (Ottawa and/or Gatineau), and country of origin and immigration status (if of foreign origin) will be used for analysis.

**Data retention:** The data collected at the end of the interview and after transcribing it will be kept in a secure manner by the researcher. For reasons of data integrity and verification, the University of Ottawa's Office of Research Ethics and Integrity suggests that the audio recordings be kept with the remaining data for the entire retention period. The transcripts the registrations and this form will be kept for a period of 10 years for analysis and publication of future research/scientific documents, symposia and national or international conferences. **If I wish, and for consultative purposes, I may ask the principal investigator to obtain a copy of my transcript, and the audio of my interview, while respecting the principal investigator's right to confidentiality. I may not (1) use the content of my transcript for personal purposes (2) change the content of my interview and transcript.**

As my participation is voluntary, I have the right not to answer the researcher's questions in full or in part, and at any time to end the interview and withdraw from the study if I feel the need to do so. To this extent my data will be securely deleted. The researcher recommends that I keep a copy of the consent form.

My participation will contribute to documenting the impact of racism and the challenges it rises and to contribute to sustainable solutions, to help improve the working conditions of black nurses and more broadly of all racialised health care workers who may experience racism. It will raise awareness among all health care workers of the harmful effects of racism on the work and lives of those who experience it.

**Further information:**

**NB\*: If you refer someone to participate in this research, please contact me ONLY after you have obtained their agreement, in order to send me their contact details.**

For any additional information regarding this study, I can contact the researcher at any time.

For information on the ethical aspects of this research, I may contact the University of Ottawa's Office of Research Ethics and Integrity at (613) 562-5387 or [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca)

\*\*\*

## **Annexe 3 : Guides d'entrevue**

**Projet de recherche : Comprendre les processus de subjectivation identitaire face au vécu du racisme : l'expérience des infirmières noires dans l'exercice de leur métier**

**Question de recherche : Quelles sont les expériences de racisme vécues par les infirmières noires exerçant dans la région de la capitale nationale**

**Objectif de la recherche :**

- *Quelles sont les formes de racisme subies dans le milieu médical par les infirmières noires, de leur point de vue.*
- *Quelles sont les conséquences du racisme sur ces femmes ?*
- *Quels sont les stratégies et les outils mis en œuvre pour contrer les conséquences du racisme, dans leur espace professionnel*

**Déroulement de l'entretien**

- Présentation de l'enquêtrice
- Présentation du sujet et du contexte de l'étude
- Règles éthiques : confidentialité, Droit de retrait, choix de ne pas répondre à certaines questions.
- Enregistrement sonore
- Signature des formulaires de consentement envoyé en amont, avant le jour de l'entretien pour que les participantes en prennent connaissance (en présentiel, signé en amont un jour avant l'entretien si virtuel)

---

### **Thème 1 : Informations sociodémographiques**

---

- En quelle année êtes-vous née ?
- Où êtes-vous née ? (Pays, province, ville)  
Si à l'étranger, depuis combien de temps êtes-vous au Canada et pourquoi avez-vous quitté votre lieu de naissance ?
- Dans quelle ville et quelle province habitez-vous et pourquoi ?
- Quelle est votre situation maritale ?
- Avez-vous des enfants ?
- Êtes-vous responsable des soins et/ou de la charge d'une autre personne ? (P. ex. un parent)

---

### **Thème 2 : Caractéristiques professionnelles**

---

**Question(s) initiale(s)**

1. **Quel est votre domaine d'infirmierie ? (Infirmière, Infirmière auxiliaire, infirmière clinicienne, etc.)**

2. **Dans quel secteur travaillez-vous ? (Soins hospitaliers, soins de longue durée, soins à domicile, soins communautaires, santé mentale, addiction, etc.)**

---

**Thème 3 : Parcours professionnel et racisme**

---

**Question(s) initiale(s):**

1. **Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel de la formation jusqu'au poste que vous occupez aujourd'hui ?**
  
2. **Avez-vous déjà vécu du racisme dans votre milieu professionnel ? Quels éléments spécifiques vous amènent à identifier ces événements comme du racisme ?**

---

**Thème 4 : Perception, ressenti du racisme et stratégies d'adaptations**

---

**Question initiale :**

1. **Face aux événements racistes, pouvez-vous m'expliquer comment vous réagissez ?**
  - Quels sont les effets de ces expériences sur vous ?

---

**Thème 5 : Le racisme et l'identité**

---

**Question initiale :**

**Expliquez comment vos expériences de racisme au travail ont-elles influencé votre perception de vous-même ?**

- Est-ce que ça a influencé votre façon d'être, de vous percevoir ou de pratiquer votre profession ?

- 
1. **Avez-vous des politiques/programme de préventions ou de réponse au racisme au travail ?**

- Si oui quels les procédures d'implémentation et de recours offrent votre institution lorsque vous êtes confrontée à ces événements ?

Research project: **Understanding the processes of subjectivation of identity in the face of racism: The experience of black nurses in the exercise of their profession**

Research question: **What are the experiences of racism of black nurses working in the national capital area?**

Research objectives:

- What are the forms of racism experienced in the medical setting by black nurses, from their perspective.
- What are the consequences of racism on these women?
- What are the strategies and tools used to counter the consequences of racism in their professional space?

Conduct of the interview:

- Presentation of the interviewer
- Presentation of the subject and the context of the study
- Ethical rules: confidentiality, right of withdrawal, choice not to answer certain questions.
- Sound recording
- Signing of consent forms sent beforehand, before the day of the interview, so that the participants can read them (in person, signed beforehand one day before the interview if virtual)

---

### **Theme 1: Socio-demographic information**

---

- When and where, were you born (country, province, city).  
If abroad, how long have you been in Canada and why did you leave your place of birth?
- In which city and province do you live and why?
- What is your marital status?
- Do you have any children?
- Are you responsible for the care and/or maintenance of another person (e.g. a parent)?

---

### **Theme 2: Professional characteristics**

---

**Initial question(s):**

- **What is your area of nursing?** (Nurse, Nursing Assistant, Clinical Nurse, etc.)  
**and in which sector do you work?** (Hospital care, long-term care, home care, community care, mental health, addiction, etc.)

---

**Theme 3: Professional path and racism**

---

**Initial question(s):**

1. **Can you tell me about your career path from training to the position you hold today?**
  
2. **Have you ever experienced racism in your professional environment? What specific elements lead you to identify these events as racism?**

---

**Theme 4: Perception, feeling of racism and coping strategies**

---

**Initial question:**

1. **When faced with racist events, can you explain how you react?**
  - How have these experiences affected you?

---

**Theme 5: Processes of identity subjectivation**

---

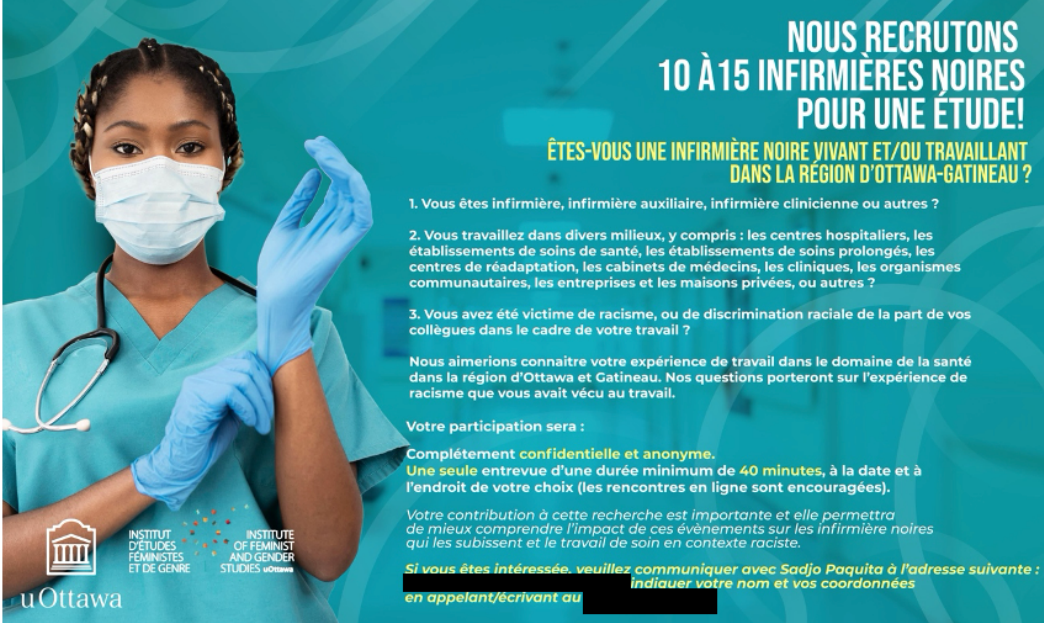
**Initial question:**

1. **Explain how your experiences of racism at work have influenced your perception of yourself?**
  - Did it influence the way you are, perceive yourself or practice your profession?

- 
1. **Do you have any policies/programs to prevent or respond to racism at work?**
    - If yes, what procedures for implementation and redress does your institution offer when you are confronted with these events?

\*\*\*

## Annexe 4 : Affiches de recrutement



**NOUS RECRUTONS  
10 À 15 INFIRMIÈRES NOIRES  
POUR UNE ÉTUDE!**

**ÊTES-VOUS UNE INFIRMIÈRE NOIRE VIVANT ET/OU TRAVAILLANT  
DANS LA RÉGION D'OTTAWA-GATINEAU ?**

1. Vous êtes infirmière, infirmière auxiliaire, infirmière clinicienne ou autres ?
2. Vous travaillez dans divers milieux, y compris : les centres hospitaliers, les établissements de soins de santé, les établissements de soins prolongés, les centres de réadaptation, les cabinets de médecins, les cliniques, les organismes communautaires, les entreprises et les maisons privées, ou autres ?
3. Vous avez été victime de racisme, ou de discrimination raciale de la part de vos collègues dans le cadre de votre travail ?

Nous aimerions connaître votre expérience de travail dans le domaine de la santé dans la région d'Ottawa et Gatineau. Nos questions porteront sur l'expérience de racisme que vous avez vécu au travail.

Votre participation sera :

**Complètement confidentielle et anonyme.**  
Une seule entrevue d'une durée minimum de 40 minutes, à la date et à l'endroit de votre choix (les rencontres en ligne sont encouragées).

*Votre contribution à cette recherche est importante et elle permettra de mieux comprendre l'impact de ces événements sur les infirmières noires qui les subissent et le travail de soin en contexte raciste.*

**Si vous êtes intéressée, veuillez communiquer avec Sadjo Paquita à l'adresse suivante :  
en appelant/écrivant au [redacted] indiquer votre nom et vos coordonnées**

 INSTITUT D'ÉTUDES FÉMINISTES ET DE GENRE / INSTITUTE OF FEMINIST AND GENDER STUDIES



**WE ARE LOOKING FOR  
10 TO 15 BLACK WOMEN NURSES  
FOR A STUDY!**

**ARE YOU ARE A BLACK WOMEN NURSE LIVING AND/OR WORKING  
IN THE OTTAWA-GATINEAU REGION?**

1. Are you a nurse, nursing assistant, clinical nurse or other?
2. Do you work in a variety of settings, including: hospitals, health care facilities, long-term care facilities, rehabilitation centers, doctors' offices, clinics, community organizations, businesses and private homes, or others?
3. Have you experienced racism or racial discrimination from your colleagues in your work?

We would like to know about your experience working in the health care field in the Ottawa and Gatineau area. Our questions will focus on your experience with racism at work.

Your participation will be:  
**Completely confidential and anonymous.**

A single interview of at least 40 minutes in length, at a time and place of your choosing (online meetings are encouraged).

*Your contribution to this research is important and will contribute to a better understanding of the impact of these events on black nurses who experience them and the work of care in a racist context.*

**If you are interested, please contact Sadjo Paquita at [redacted]  
Or provide your name and contact information by calling/writing to [redacted]**

 INSTITUT D'ÉTUDES FÉMINISTES ET DE GENRE / INSTITUTE OF FEMINIST AND GENDER STUDIES

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Agocs, C., & Jain, H. C. (2001). *Systemic racism in employment in Canada: Diagnosing systemic racism in organizational culture*. Toronto: Canadian Race Relations Foundation.
- Ahmed, S. (2007). A phenomenology of whiteness. *Feminist theory*, 8(2), 149-168. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1177/1464700107078139>.
- Al-Saji, A. (2013). Feminist phenomenology, race, and perception: An interview with Alia Al-Saji. Interview by Emma Ryman. Rotman Institute of Philosophy, June 10, 2013.
- Al-Saji, A. (2017). Feminist Phenomenology. In Serene Khader, Ann Garry & Alison Stone (eds.), *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*. New York, NY, USA: Routledge. pp. 143-154.
- Alcoff, L. M. (1999). Towards a phenomenology of racial embodiment. *Radical philosophy*, (95), 15-26.
- Alire, C.A. 2001. Diversity and Leadership: The Color of Leadership. *Journal of Library Administration* 32(3-4): 99-114.
- Allen, D. G. (2006). Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy*, 7, 65-78. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/j.1466-769X.2006.00255.x>.
- Amster E. J. (2022). The past, present and future of race and colonialism in medicine. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 194(20), E708-E710. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212103>.
- Anozie, M. M. (2022). *It's More than Nursing: The Experiences of Psychological Safety of Pre-licensure Nursing Students that Identify as Black, Indigenous, and People of Color* (Doctoral dissertation, University of Northern Colorado)
- Antiope Nathalie (2009) Elsa Dorlin, dir., Black Feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000, *Questions de communication*, No (15), pp. 1-4
- Antoine, P., and J. A. Smith. "Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie." *Psychologie française*, vol. 62, no. 4, 2017, pp. 373-85, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>.
- Antoine, Pascal. "Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique." *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*, Dunod, 2017, pp. 33-59, <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0033>.
- Aspinall, C., Jacobs, S., & Frey, R. (2023). Intersectionality and nursing leadership: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 32(11-12), 2466-2480.

- Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et Dégoût de la tâche : Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le Paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48 (1), 169-189. <https://doi.org/10.7202/1036888ar>.
- Ayache Magali & Dumez Hervé (2011) « Le codage dans la recherche qualitative. Une nouvelle perspective ? » *Le Libellio d'Aegis*, vol. 7, n° 2, pp. 33-46
- Ayoko, O. B. (2022). Ostracism, Bullying and Psychological Safety. *Journal of Management & Organization*, 28(2), 221-225.
- Bah, T., Ndione, L. & Tiercelin, A. (2015). Chapitre 1. Qu'est-ce que le récit de vie ? Dans : T. Bah, L. Ndione & A. Tiercelin (Dir), *Les récits de vie en sciences de gestion : Orientations épistémologiques et méthodologiques* (pp. 35-60). Caen : EMS Editions
- Banister, G., Harris, A., Masson, P., Dzurec, L., Daniello, C., Raymond, N., ... & Haug, W. (2024). Racism and nursing leadership in Massachusetts: a mixed-methods study. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 54(3), 167-171. DOI: [10.1097/NNA.0000000000001401](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001401)
- Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9096. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- Beagan, B. L., Bizzeth, S. R., & Etowa, J. (2023). Interpersonal, institutional, and structural racism in Canadian nursing: A culture of silence. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(2), 195-205. <https://doi.org/10.1177/08445621221110140>.
- Beale, F. (2005). Double jeopardy: To be Black and Female. In T. Cade Bambara (Eds.), *The Black woman: An anthology* (pp. 109–122). Washington Square Press.
- Beaud Stéphane, Weber Florence (2010) Guide de l'enquête de terrain, collection guide Grand repère, Édition La Découverte, Paris, 2003. 336 pages
- Bécherraz, Maud. “De l'intérêt de la phénoménologie pour la mise en évidence de l'expertise infirmière et le développement de connaissances en soins infirmiers.” *Recherche en soins infirmiers*, vol. 69, no. 2, 2002, pp. 88–99, <https://doi.org/10.3917/rsi.069.0088>.
- Bélangier, J. (2020). Montréalaises d'origine haïtienne: communauté d'entraide et luttes féministes de 1970 à 1995.
- Bell, B., 2021. White dominance in nursing education: a target for anti-racist efforts. *Nurs. Inq.* 28 (1) <https://doi.org/10.1111/nin.12379>.
- Benjamin, L. A. (2003). *The Black/Jamaican criminal: The making of ideology*.
- Bent, K. N. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing praxis. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 296–303. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(93\)90056-I](https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90056-I)

- Bentouhami-Molino, H. (2014). L'emprise du corps : Fanon à l'aune de la phénoménologie de Merleau-Ponty. *Cahiers philosophiques*, 138, 34-46.  
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/caph.138.0034>
- Bernard, W., S. Issari, J. Moriah, M. Njiwaji, P. Ogban, and A. Tolliver. (2012). "Othermothering in the Academy: Using Maternal Advocacy for Institutional Change." *Journal of the Motherhood Initiative* 3 (2): 103–120.  
<https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/36305>
- Bernaudo, J.-L., Desrumaux, P., & Guédon, D. (2016). *Psychologie de la bienveillance professionnelle Concepts, modèles et dispositifs*. Dunod.
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of nursing scholarship*, 44(1), 80-87
- Bertaux, D. (2010). L'enquête et ses méthodes : le récit de vie. Armand Colin 3<sup>e</sup> Édition.
- Berthelot-Raffard, A. (2018). L'inclusion du Black feminism dans la philosophie politique : une approche féministe de la décolonisation des savoirs. *Recherches féministes*, 31(2), 107–124. <https://doi.org/10.7202/1056244ar>.
- Bertossi, C., & Prud'Homme, D. (2011). Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital : l'exemple de services de gériatrie. *Gérontologie et société*, 34 (4), 49-66.
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches féministes*, 28 (2), 9-32.  
<https://doi.org/10.7202/1034173ar>.
- Blain, M. J., Fortin, S., & Alvarez, F. (2014). Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée. *Revue européenne des migrations internationales*, 30 (3 et 4), 139-162. <https://doi.org/10.4000/remi.7021>
- Blanchet-Garneau, A., Pepin, J., 2015. Cultural competence: a constructivist definition. *J. Transcult. Nurs.* 26 (1), 9–15. <https://doi.org/10.1177/F1043659614541294>
- Bobo, L. D., & Fox, C. (2003). Race, racism, and discrimination: Bridging problems, methods, and theory in social psychological research. *Social psychology quarterly*, 66(4), 319–332.
- Bonini, S. M., & Matias, C. E. (2021). The impact of Whiteness on the education of nurses. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 620-625. DOI: [10.1016/j.profnurs.2021.02.009](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.02.009)
- Bortolussi-Courval É, Stake-Doucet N, Umaigba B (2023) Incentivizing an exodus: The implications of recruiting nurses from low-middle income countries to high-income countries. *PLOS Glob Public Health* 3(9): e0002355.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002355>
- Bouabdillah N., Perron A., Holmes D. (2021). Career advancement: The experience of minority nurses accessing leadership positions in tertiary care settings. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 3(1), 73–84. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.79>

- Bourgault, S., et Perreault, J. (dir.) (2015). *Le care. Éthique féministe actuelle*, Montréal, Les Éditions du Remue-ménage, 2015, 280 pages
- Bourhis, R., & Carignan, N. (2010). Linguicism in Quebec and Canada. *Our diverse cities*, 7, 156-162.
- Boyer Y. (2017). Healing racism in Canadian health care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal/ journal de l'Association medicale canadienne*, 189(46), 1408–1409. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171234>
- Brand, D. (1991). No burden to carry narratives of black working women in Ontario, 1920s-1950s. 282 pages.
- Brand, D. (2001). *A map to the door of no return: Notes to belonging*. Vintage Canada.
- Brandt, G. I. (1986): The Realization of Anti-racist Teaching
- Braveman, P. A., Arkin, E., Proctor, D., Kauh, T., & Holm, N. (2022). Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling: Study examines definitions, examples, health damages, and dismantling systemic and structural racism. *Health Affairs*, 41(2), 171-178
- Brigham, S. (2015). Mothering has no borders: The transnational kinship networks of undocumented Jamaican domestic workers in Canada. *Engendering transnational voices: Studies in family, work, and identity*, 135-153. DOI:[10.51644/9781771120876-009](https://doi.org/10.51644/9781771120876-009)
- Bristow, P. (1999). *We're rooted here and they can't pull us up : essays in African Canadian women's history*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442683273>
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and health*, 21(1), 87-108. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/14768320500230185>.
- Brown, J. B., Thornton, T., & Stewart, M. (2017). *Challenges and solutions: narratives of patient-centered care*. CRC Press.
- Brown J. L. (2023). Addressing Racial Capitalism's Impact on Black Essential Workers During the COVID-19 Pandemic: Policy Recommendations. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 10(4), 1597–1604. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01346-y>
- Buchanan, N. T., & Fitzgerald, L. F. (2008). Effects of racial and sexual harassment on work and the psychological well-being of African American women. *Journal of occupational health psychology*, 13(2), 137.
- Butler, A. (2019). Quiltmaking among African-American women as a pedagogy of care, empowerment, and sisterhood. *Gender and Education*, 31(5), 590-603.
- Byers, O. M., Fitzpatrick, J. J., McDonald, P. E., & Nelson, G. C. (2021). Giving while grieving: Racism-related stress and psychological resilience in Black/African American registered nurses. *Nursing outlook*, 69(6), 1039-1048.

- Caldwell, M., & Pirani, F. (2020, July 2). Racism against black nurses is a historic problem that still exists today. *The Pulse of the Montana State Nurses' Association*. <https://www.ajc.com/news/racism-against-black-nurses-historic-problem-that-still-exists-today/WXgpiNAYHluIKnoZRdZnxI/>
- Calliste, A. (1993). Women of exceptional merit: Immigration of Caribbean nurses to Canada. *Can. J. Women & L.*, 6, 85.
- Calliste, A. (1996). Antiracism organizing and resistance in nursing: African Canadian women. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 33(3), 361–390. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/j.1755-618X.1996.tb02457.x>
- Campesino, M., 2008. Beyond transculturalism: critiques of cultural education in nursing. *J. Nurs. Educ.* 47 (7), 298–304. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080701-02>
- Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J. Transcult. Nurs.* 13 (3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Canales, M. K. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. *ANS. Advances in Nursing Science*, 22, 16–31.
- Canales, M. K. (2010). Othering: Difference understood? A 10-year analysis and critique of the nursing literature. *ANS. Advances in Nursing Science*, 33, 15–34.
- Canty, L., Nyirati, C., Taylor, V., & Chinn, P. L. (2022). An overdue reckoning on racism in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 122(2), 26-34. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000819768.01156.d6](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000819768.01156.d6)
- Capozzi, J. D., & Rhodes, R. (2006). Coping with racism in a patient. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 88, 2543–2544.
- Castronovo, M. A., Pullizzi, A., & Evans, S. (2016). Nurse bullying: A review and a proposed solution. *Nursing outlook*, 64(3), 208-214.
- Cénat, J. M. (2022). Who is Black? The urgency of accurately defining the Black population when conducting health research in Canada. *CMAJ*, 194(27), E948-E949.
- Charmaz, K., Harris, S. R., & Irvine, L. (2019). *The social self and everyday life: Understanding the world through symbolic interactionism*. John Wiley & Sons.
- Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2020). COVID-19: protecting healthcare workers is a priority. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1117-1117.
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of women in culture and society*, 38(4), 785–810. <https://doi.org/10.1086/669608>.
- Choi, H. (2008). Theory of cultural marginality. *Middle range theory for nursing*, 2.

- Cineas, N., & Schwartz, D. B. (2023). Minority voices: addressing the lived experience of black nurses and nurse leaders confronting racism in the nursing profession. *Nurse Leader*, 21(2), 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.09.004>.
- Clarke, C.M., Kane, D.J., Rajacich, D.L. & Lafreniere, K.D.(2012). Bullying in undergraduate clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*, 51, 269–276 DOI:10.3928/01484834-20120409-01.
- Cognet, M. (2001). Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital. *Hommes et Migrations*, 1233 (1), 101-107.
- Cognet, M. (2004). Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste. *Face à face. Regards sur la santé*, (6). <http://journals.openedition.org/faceaface/344>
- Cognet, M., & Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Presses Université Laval.
- Cognet, M. (2010). Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité Politique des États. *L'Homme et la société*, 176-177 (2), 101–129.
- Cognet, M., & Carlier, P. (2018). Racism and healthcare: representations of the “other” in health services. *SOJ Psychology*, 5 (2), 1-5.
- Cole, D. (2022). *The skin we're in: A year of black resistance and power*. Anchor Canada.
- Collins, P. H. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought. *Social Problems (Berkeley, Calif.)*, 33(6), S14–S32.
- Collins, P. H. (1987). The meaning of motherhood in black culture and black mother-daughter relationships. *Sage*, 4(2), 3.
- Collins, P. H. (1998). *Fighting words: Black women and the search for justice* (Vol. 7). University of Minnesota Press.
- Collins, P. H. (2015). Toujours courageuses [brave] ? Le féminisme noir en tant que projet de justice sociale. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (20). <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.4000/cedref.771>
- Collins, P. H. (2016). *La pensée féministe noire : savoir, conscience et politique de l'empowerment*. Les Editions du remue-ménage.
- Comrie, J. W., Landor, A. M., Riley, K. T., & Williamson, J. D. (2022). Anti-Blackness/Colorism. *Moving Toward Antibigotry*
- Cooper, A. (2000). Constructing black women's historical knowledge. *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, 25(1), 39-50.

- Cooper Brathwaite, A., Versailles, D., Juüdi-Hope, D., Coppin, M., Jefferies, K., Bradley, R., ... & Grinspun, D. (2022). Tackling discrimination and systemic racism in academic and workplace settings. *Nursing Inquiry*, 29(4), e12485.
- Cooper Brathwaite, A., Versailles, D., & Haynes, D. (2023). Building solidarity with black nurses to dismantle systemic and structural racism in nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 24(1), 5-16. <https://doi.org/10.1177/15271544221130052>
- Cope, D. G. (2014a). Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 322–323. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.322-323>.
- Cope, Diane G. (2014b). “Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research.” *Oncology Nursing Forum* 41 (1): 89–91. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.89-91>.
- Costey, P. (2003). Description et interprétation chez Clifford Geertz. La thick description chez Clifford Geertz. *Tracés. Revue de sciences humaines*, (4), 103-108.
- Crawford, C. (2018). Decolonizing reproductive labor: Caribbean women, migration, and domestic work in the global economy. *The Global South*, 12(1), 33-55. <https://www.jstor.org/stable/10.2979/globalsouth.12.1.03>
- Crenshaw, K. W., & Bonis, O. (2005). Cartographies des marges: intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du genre*, 39(2), 51-82. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design*. Thousand Oaks, London.
- Croft, R. K., & Cash, A. P. (2012). Deconstructing contributing factors to bullying and lateral violence in nursing using a postcolonial feminist lens. *Contemporary nurse*, 42(2), 226-242. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.226>.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, D., Loring, B., Paine, S.J., Reid, P., 2019. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int. J. Equity Health* 18 (174). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- D'Antonio, P. (2022). What do we do about Florence Nightingale. *NursingInquiry*, 29(1), 12450 <https://doi.org/10.1111/nin.12450>
- Dafny, H. A., McCloud, C., Pearson, V., Brown, S., Phillips, C., Waheed, N., ... & Champion, S. (2023). Nursing students' experience of workplace violence in clinical practice: A qualitative systematic review. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 6136-6164. DOI: [10.1111/jocn.16746](https://doi.org/10.1111/jocn.16746)
- Das Gupta T. (1996). Anti-Black racism in nursing in Ontario. *Studies in Political Economy*, 51(1), 97–116. <https://doi.org/10.1080/19187033.1996.11675330>
- Das Gupta, T. (2009). *Real nurses and others: racism in nursing*. Fernwood Pub.

- Datta, G., Siddiqi, A., & Lofters, A. (2021). Transformer la recherche en santé au Canada en tenant compte de la race. *CMAJ*, 193 (12), E433-E435.
- de Gaudemar, M. 2018. Voix et parole : émotion, évolution, hominisation, individu, langage, pensée réfléchie, symbole. In Piette, A., & Salanskis, J. (Eds.), *Dictionnaire de l'humain*. Presses universitaires de Paris Nanterre. <https://doi.org/10.4000/books.pupo.12845>.
- De Sousa, I., & Varcoe, C. (2021). Centering Black feminist thought in nursing praxis. *Nursing Inquiry*, 29, e12473. <https://doi.org/10.1111/nin.12473>
- De Sousa, I., Wytenbroek, L., Boschma, G., & Thorne, S. (2024). Reflections on Black Nurses' Invisibility: Exploring the Contribution of Black Nurses to British Columbia (Canada), 1845-1910. *Advances in Nursing Science*, 10-1097. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000484>
- Dechaufour, L. (2008). Introduction au féminisme postcolonial. *Nouvelles Questions Féministes*, 27, 99-110. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/nqf.272.0099>
- Dei, G.J.S. (2017). Reframing Blackness, Anti-Blackness, and Decoloniality. In: *Reframing Blackness and Black Solidarities through Anti-colonial and Decolonial Prisms*. *Critical Studies of Education*, vol 4. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-53079-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-53079-6_3)
- DeLongoria, M. (2018). Misogynoir\* Black Hair, Identity Politics, and Multiple Black Realities. *Africology: The Journal of Pan African Studies*, 12(8), 39-49.
- Demazière Didier (2008) L'entretien biographique comme négociations, contre interprétation, ajustement de sens, *Langage et société*, Vol 1 (123), pp 15-35.
- Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Presses Université Laval.
- Desai, V., Conte, A. H., Nguyen, V. T., Shin, P., Sudol, N. T., Hobbs, J., & Qiu, C. (2023). Veiled harm: impacts of microaggressions on psychological safety and physician burnout. *The Permanente Journal*, 27(2), 169. DOI: [10.7812/TPP/23.017](https://doi.org/10.7812/TPP/23.017)
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S. S., & Abubakar, I. (2020). Racism and discrimination in COVID-19 responses. *The Lancet*, 395 (10231), 1194.
- Dhume, F. (2016). Du racisme institutionnel à la discrimination systémique? Reformuler l'approche critique. *Migrations Société*, 1 (1), 33-46.
- Diop Carmen (2011) Les femmes Noires diplômées face au poids des représentations et des discriminations en France, *Hommes et migrations*, No. 1292, pp. 92-102
- Diverlus, R., Hudson, S., & Ware, S. M. (Eds.). (2020). *Until we are free: Reflections on Black Lives Matter Canada*. University of Regina Press.
- Dobratz, M. C. (2016). Building a middle-range theory of adaptive spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 146-153.

- Dorais, G. (2020). Racisme anti-noir et suprématie blanche au Québec : déceler le mythe de la démocratie raciale dans l'écriture de l'histoire nationale. *Bulletin d'histoire politique*, 29 (1), 136-161.
- Douglas, M.K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D.F., Clark Callister, L., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., Purnell, L., 2014. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *J. Transcult. Nurs.* 25 (2), 109–121.  
<https://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- Dryden, O., & Nnorom, O. (2021). Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ*, 193 (2), E55-E57. / Dryden, O., & Nnorom, O. (2021). Il est temps de mettre fin au racisme systémique envers les Noirs en médecine au Canada. *CMAJ*, 193(12), E430-E432.
- Dryden O. (2023). Systemic Anti-Blackness in Healthcare: What the COVID-19 Pandemic Revealed about Anti-Black Racism in Canada. *HealthcarePapers*, 21(3), 9–23.  
<https://doi.org/10.12927/hcpap.2023.27196>
- Duffy, M. (2005) Reproducing Labor Inequalities: Challenges for Feminists Conceptualizing Care at the Intersections of Gender, Race, and Class. *Gender & Society* 19(1): 66–82.  
<https://doi.org/10.1177/089124320426949>
- Duffy, M. (2007). Doing the dirty work: Gender, race, and reproductive labor in historical perspective. *Gender & Society*, 21(3), 313–336.
- Duffy, M. (2011). *Making Care Count: A Century of Gender, Race, and Paid Care Work*. New Brunswick: Rutgers UP. Print.
- Dunezat, X. & Gourdeau, C. (2016). *Le racisme institutionnel: un concept polyphonique. Migrations Société*, 163, 13-32.
- Eddo-Lodge, R. (2020). *Why I'm no longer talking to white people about race*. Bloomsbury publishing.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383. <https://www.researchgate.net/publication/313250589>
- Eisape, A., & Nogueira, A. (2022). See Change: Overcoming Anti-Black Racism in Health Systems. *Frontiers in Public Health*, 10, 895684. DOI: [10.3389/fpubh.2022.895684](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.895684)
- Embrick, D. G., Domínguez, S., & Karsak, B. (2017). More than just insults: Rethinking sociology's contribution to scholarship on racial microaggressions. *Sociological Inquiry*, 87(2), 193-206.
- Essed, P. (1991). *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory* (Vol. 2). Sage.
- Este, D., Sato, C., & McKenna, D. (2017). The coloured women's club of Montreal, 1902-1940: African Canadian women confronting anti-black racism. *Canadian Social Work Review*, 34(1), 81-99. DOI: <https://doi.org/10.7202/1040996ar>

- Etowa, J. (2007). Negotiating the boundaries of difference in the professional lives of black nurses. *International Journal of Diversity in Organizations, Communities, and Nations*, 7(3), 217.
- Etowa, J. B., Sethi, S., & Thompson-Isherwood, R. (2009). The substantive theory of surviving on the margin of a profession. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 174-181.
- Etowa, J., & Hyman, I. (2021). Unpacking the health and social consequences of COVID-19 through a race, migration and gender lens. *Canadian Journal of Public Health*, 112(1), 8-11.
- Falk-Rafael A. (2005). Advancing nursing theory through theory-guided practice: the emergence of a critical caring perspective. *ANS. Advances in nursing science*, 28(1), 38-49.  
<https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00005>
- Falquet, J., Hirata, H., Kergoat, D., Labari, B., Le Feuvre, N., & Sow, F. (2010). Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail. Lectures, Les livres. 278 pages
- Fanon, F. (1952). *Peau Noire masques blancs*. Edition du Seuil. Ed it.: *Pelle nera e maschere bianche*. 1996. *Tropea. Milano*.
- Fernández-Gutiérrez, L., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Bullying in nursing students: a integrative literature review. *International journal of mental health nursing*, 30(4), 821-833.  
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/inm.12854>.
- Finch, A. K. (2022). Introduction: Black Feminism and the Practice of Care. *Palimpsest: A Journal on Women, Gender, and the Black International*, 11(1), 1-41.
- Fisher, L. (2000a) "Introduction, Feminist phenomenology" in Linda Fisher and Lester Embree (Eds.) *Feminist Phenomenology*, Dordrecht: Kluwer, 1-15.
- Fisher, L. (2000b) "Phenomenology and Feminism: Perspectives on their Relation," in Linda Fisher and Lester Embree (Eds.) *Feminist Phenomenology*, Dordrecht: Kluwer, 17-38.
- Fisher, M., & Kiernan, M. (2019). Student nurses' lived experience of patient safety and raising concerns. *Nurse Education Today*, 77, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.015>
- Fleras, A. (2016). "Theorizing micro-aggressions as racism 3.0: Shifting the discourse." *Canadian Ethnic Studies* 48(2): 1-19.
- Fleras, A. (2022). *A Reckoning with Racism: Changing the Conversation* (Vol. 9). Brill.
- Flores Espínola, A. (2012). Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du « point de vue ». *Cahiers du Genre*, 53 (2), 99-120.
- Flynn, K. (2008). "I'm Glad That Someone Is Telling the Nursing Story" Writing Black Canadian Women's History. *Journal of Black Studies*, 38(3), 443-460.  
DOI: [10.1177/0021934707306586](https://doi.org/10.1177/0021934707306586)

- Flynn, K. (2009). Beyond the glass wall: Black Canadian nurses, 1940–1970. *Nursing History Review*, 17(1), 129-152.
- Flynn, K. C. (2011). *Moving beyond borders: A history of black Canadian and Caribbean women in the diaspora* (Vol. 37). University of Toronto
- Flynn, K. (2012). I'm not your typical nurse": Caribbean nurses in Britain and Canada. *Women's History Magazine*, 69, 26-32012.  
<https://bulletin.ukahn.org/im-not-your-typical-nurse>
- Fortier, V., Tabor, M., & Garneau, S. (2018). L'insertion professionnelle des migrants francophones à Ottawa : un processus à double face. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 24 (1), 164-174.
- Foster-Smith, R. R., Mitchell, N., & Bobo, M. L. (2023). Diversity, equity, inclusion, and belonging: a role for us all. *Nursing Management*, 54(5), 40-47.  
DOI: [10.1097/nmg.000000000000015](https://doi.org/10.1097/nmg.000000000000015)
- Fourot, A. C. (2016). Redessiner les espaces francophones au présent : la prise en compte de l'immigration dans la recherche sur les francophonies minoritaires au Canada. *Politique et sociétés*, 35 (1), 25-48.
- Froidevaux-Metterie, C. (2018a). Qu'est-ce que le féminisme phénoménologique? *Cités*, 73, 81-90. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/cite.073.0081>
- Froidevaux-Metterie, C. (2018b). Le féminisme phénoménologique d'Iris Marion Young : Tenir ensemble le concept de corps vécu et la notion de genre. *Revue Philosophique de Louvain*, 116(4), 493-516.
- Gabriel, C. (2022). Care Work. In *Gender Matters in Global Politics* (pp. 124-139). Routledge.
- Gamboa, C. J., Reed, M., Bounds, D. T., Cothran, F. A., & Julion, W. A. (2024). From group mentoring to collective liberation: The imperative to decolonize nursing academia. *Nursing Outlook*, 72(5), 102204.
- Garcia, M. A., Homan, P. A., García, C., & Brown, T. H. (2020). The color of COVID-19: Structural racism and the pandemic's disproportionate impact on older racial and ethnic minorities. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions on workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20, 361–371 DOI: [10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x)
- Garrau, M., & Provost, M. (2022). *Expériences vécues du genre et de la race. Pour une phénoménologie critique*. Sorbonne (Éditions de la).
- Gelin, Z., Simon, Y. & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'évènements significatifs de vie : Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale. *Thérapie Familiale*, 36, 133-147. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/tf.151.0133>

- Georges, J. M. (2005). Linking nursing theory and practice: a critical-feminist approach. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 50–57. <https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00006>
- Gilbert, A., & Veronis, L. (2013). Habiter Gatineau depuis la marge minoritaire : frontière et citoyenneté. *ACME : An International Journal for Critical Geographies*, 12(3), 576–602.
- Gilbert, A., & Brosseau, M. (2011). La frontière asymétrique : Franco-Ontariens et Anglo-Québécois dans la région de la capitale nationale. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 55 (4), 470-489.
- Glenn, E. N. (1992). From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor. *Signs: Journal of women in culture and society*, 18(1), 43.
- Glenn, E. N. (2001). Gender, race and the organisation of reproductive labor. *The critical study of work: Labor, technology, and global production*, 71–82.
- Glenn, E. N. (2010). *Forced to care: Coercion and caregiving in America*. Harvard University Press. 262 pages.
- Granstra, K. (2015). Nurse against nurse: Horizontal bullying in the nursing profession. *Journal of healthcare management*, 60(4), 249-257.
- Green, C. (2020). Equity and diversity in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 15, 280-283. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.07.004>.
- Green-Stewart, S. L. (2022). Migration and Labour Mobility: The Narratives of Immigrant Women in Toronto, 1970s–1990s. *Histoire sociale/Social History*, 55(114), 345-370.
- Greening, N. (2019). Phenomenological research methodology. *Scientific Research Journal*, 7(5), 88-92. <http://dx.doi.org/10.31364/SCIRJ/v7.i5.2019.P0519656>
- Guenther, L. (2020). Critical Phenomenology. In G. Weiss, A. V. Murphy, & G. Salamon (Eds.), *50 Concepts for a Critical Phenomenology* (pp. 11–16). Northwestern University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvmx3j22.6>
- Hagey, R., Choudhry, U., Guruge, S., Turritin, J., Collins, E., & Lee, R. (2001). Immigrant nurses' experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 389-394.
- Hall, J. M., & Fields, B. (2013). Continuing the conversation in nursing on race and racism. *Nursing Outlook*, 61(3), 164–173.
- Hamzavi, N., & Brown, H. (2023). “Who has been here that looks like me?”: A narrative inquiry into Black, Indigenous, and People of Color graduate nursing students' experiences of white academic spaces. *Nursing Inquiry*, 30(4), e12568.
- Hantke, S., St. Denis, V., & Graham, H. (2022). Racism and antiracism in nursing education: confronting the problem of whiteness. *BMC nursing*, 21(1), 146.
- Harding, S. and K. Norberg (2005). « New feminist approaches to social science methodologies: An introduction. » *Signs* 30(4): 2009–2015.

- Hart, W. D. (2020). *The Blackness of Black: Key Concepts in Critical Discourse*. Rowman & Littlefield.
- Hartmann, S. (2016) The Belly of the World: A Note on Black Women's Labors. *Souls* 18(1): 166–173. <http://dx.doi.org/10.1080/10999949.2016.1162596>.
- Hartman, S. (2022). *Scenes of subjection: Terror, slavery, and self-making in nineteenth-century America*. WW Norton & Company.
- Hassounah, D. (2006). Anti-racist pedagogy: Challenges faced by faculty of color in predominantly white schools of nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(7), 255-262. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060701-04>.
- Hassounah, D., 2008. Reframing the diversity question: challenging Eurocentric power hierarchies in nursing education. *J. Nurs. Educ.* 47 (7), 291–292. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080701-03>.
- Hernández Castillo, R. (2012). Dialogues Sud-Sud : Une lecture latino-américaine des féminismes postcoloniaux. *Revue Tiers Monde*, 209, 161-178. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/rtm.209.0161>
- Hibbert, M. (2008). Racialized Immigrants In Canada's Changing Labour Market: An Investigation Of The Effects Of Precarious Work On Black Caribbean Women. *Ryerson University Digital Commons*, 40.
- Hine, D. C. (1989). *Black Women In White: Racial Conflict and Cooperation in the Nursing Profession, 1890-1950*. Indiana University Press.
- Holland, A. E. (2015). The lived experience of teaching about race in cultural nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 92-100.
- hooks, B. (2015). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315743172>
- hooks, B. (2017). *Ne suis-je pas une femme? femmes Noires et féminisme*. Cambourakis. 393 pages.
- hooks, B. (2018). *All about love: New visions*. 272 pages.
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse researcher*, 20(4).
- Hudson, P. J., & Kamugisha, A. (2014). On black Canadian thought. *The CLR James Journal*, 20(1/2), 3-20.
- Hudson, S. Diverlus, R. (2020). The origins story of Black Lives Matter Canada. Diverlus, R., Hudson, S., & Ware, S. M. (Eds.). (2020). *Until we are free: Reflections on Black Lives Matter Canada*. University of Regina Press.

- Hunte, R., Mehrotra, G. R., & Klawetter, S. (2023). “We Experience What They Experience”: Black Nurses’ and Community Health Workers’ Reflections on Providing Culturally Specific Perinatal Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 34(1), 83-90.
- Hyers, L. L. (2007). Resisting prejudice every day: Exploring women’s assertive responses to anti-black racism, anti-semitism, heterosexism, and sexism. *Sex Roles*, 56, 1–12.
- Ibos, C. (2012). La mondialisation du care. Délégation des tâches domestiques et rapports de domination. *Métropolitiques*.  
<https://www.metropolitiques.eu/Lamondialisation-du-care.html>.
- Iheduru-Anderson, K. C., Agomoh, C. J., & Inungu, J. (2021a). African born black nurses’ perception of their US work environment: Race matters. *Nursing Outlook*, 69(3), 409-424. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.009>.
- Iheduru-Anderson K. C., Shingles R. R., Akanegbu C. (2021b). Discourse of race and racism in nursing: An integrative review of literature. *Public Health Nursing*, 38(1), 115–130.  
<https://doi.org/10.1111/phn.12828>.
- Iheduru-Anderson, K. C. (2021c). The White/Black hierarchy institutionalizes White supremacy in nursing and nursing leadership in the United States. *Journal of Professional Nursing*, 37(2), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.05.005>.
- Iheduru-Anderson, K. C., Moore, S. S., & Okoro, F. (2022). The voice of Black academic nurse leaders in the United States: A qualitative study. *Journal of Professional Nursing*, 39, 84-95. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.007>.
- Iheduru-Anderson, K. C., & Shingles, R. R. (2023). Mentoring Experience for Career Advancement: The perspectives of Black Women Academic Nurse Leaders. *Global Qualitative Nursing Research*, 10.
- Isaac, M., & Elrick, J. (2021). How COVID-19 may alleviate the multiple marginalization of racialized migrant workers. *Ethnic and Racial Studies*, 44(5), 851–863.
- Jefferies, K., Goldberg, L., Aston, M., & Tomblin Murphy, G. (2018). Understanding the invisibility of black nurse leaders using a black feminist poststructuralist framework. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3225-3234.
- Jefferies K. (2020, May 13). *Recognizing history of black nurses a first step to addressing racism and discrimination in nursing*. Dal News.  
<https://www.dal.ca/news/2020/05/13/recognizing-history-of-black-nurses>
- Jefferies, K., States, C., MacLennan, V., Helwig, M., Gahagan, J., Bernard, W. T., ... & Martin-Misener, R. (2022a). Black nurses in the nursing profession in Canada: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 102.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-022-01673-w>
- Jefferies, K., Martin-Misener, R., Murphy, G. T., Gahagan, J., & Bernard, W. T. (2022b). African Nova Scotian nurses’ perceptions and experiences of leadership: a qualitative study informed by Black feminist theory. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 194(42), E1437–E1447. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220019>

- Jefferies, K. (2022c). The strong Black woman: Insights and implications for nursing. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(4), 332-338.
- Jefferies, K., Carson, A., Sim, M., Boulos, L., Sampalli, T., & Murphy, G. T. (2023). Organizational and Institutional Initiatives for the Recruitment, Retention, and Advancement of Black Nurses in the Canadian Healthcare System: A Rapid Review Protocol. *Healthy Populations Journal*, 3(2).
- Johnson, S. L. (2021). Workplace bullying in the nursing profession. *Special topics and particular occupations, professions and sectors*, 331-360.
- Johnson, M. A., & Aladejebi, Funké. (2022). *Unsettling the Great White North : Black Canadian History*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781487529185>
- Jones, K., Melrose, S., & Wilson-Keates, B. (2023). Reflections on Learning Nursing as a Black Student in Canada: A Case for Invitational Antiracist Education. *Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 14(1), n1.
- Jung, M.-K., & Vargas, J. H. C. (2021). *Antiblackness* (M.-K. Jung & J. H. C. Vargas, Eds.). Duke University Press.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *The Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kamanzi, P. C., 2012. « L'emprise des titres scolaires sur l'emploi chez les membres de minorités visibles : comparaison entre le Québec et l'Ontario », *Recherches sociographiques*, vol. 53, n° 2, p. 315-336.
- Karlsson, R. (2005). Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: an overview of findings, together with methodological and conceptual issues. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 113.
- Karjalainen, H. (2010). La culture d'entreprise permet-elle de surmonter les différences interculturelles ? *Revue française de gestion*, 204, 33-52. <https://www-cairn-info.proxy.bib.uottawa.ca/revue--2010-5-page-33.htm>.
- Käufer, S., & Chemero, A. (2021). *Phenomenology: an introduction*. John Wiley & Sons.
- Kelly, J. (1998). *Under the gaze: Learning to be black in white society*. Halifax, NS: Fernwood Pub.
- Kendi, I. X. (2016). *Stamped from the beginning: The definitive history of racist ideas in America*. Hachette UK.
- Kendi, I. X. (2023). *How to be an antiracist*. One world.
- Khan, C. (2006). "The Blind Spot": Racism and Discrimination in the Workplace. *3 Cities and Immigrant Integration: The Future of Second-and Third-Tier Centres*, 61.

- Khan, C. (2006). L'angle mort"—Racisme et discrimination au travail. *Nos diverses cités*, 2, 67-72.
- Khazanchi, R., Evans, C. T., & Marcelin, J. R. (2020). Racism, not race, drives inequity across the COVID-19 continuum. *JAMA network open*, 3(9), e2019933-e2019933.
- Kian, A. (2010). Introduction: genre et perspectives post/dé-coloniales. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (17), 7-17. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.4000/cedref.603>.
- King-Dejardin, A. (2019). The social construction of migrant care work. At the intersection of care, migration, and gender. *International Labour Organization Report*, 978-92.
- Kirkham, S. R., & Anderson, J. M. (2002). Postcolonial nursing scholarship: from epistemology to method. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 1–17. <https://doi.org/10.1097/00012272-200209000-00004>.
- Knight, M., Ferguson, R. N., & Reece, R. (2021). "It's not just about work and living conditions": The underestimation of the COVID-19 pandemic for black Canadian women. *Social Sciences*, 10(6), 210.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/rpve.534.0067>.
- Komis, V., Depover, C., & Karsenti, T. (2013). L'usage des outils informatiques en analyse des données qualitatives. <https://www.researchgate.net/publication/266672595>.
- LaForest, S. P., & Jadunandan, S. (2023). Smashing the "Black Ceiling": The Black Nurses Leadership Institute. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 35(4), 8–13. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2023.27077>.
- Lancet, T. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet (London, England)*, 395 (10228), 922. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Lawrence, K., & Keleher, T. (2004, November). Structural racism. In *Race and public policy conference*.
- Lawson, E. (2013). The Gendered working lives of seven Jamaican women in Canada: A story about " here" and " there" in a transnational economy. *Feminist Formations*, 138-156.
- Leroy, J. (2021). 6. Racial Capitalism and Black Philosophies of History. In J. Leroy & D. Jenkins (Ed.), *Histories of Racial Capitalism* (pp. 169-184). New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/jenk19074-008>
- Levesque-Lopman, L. (2000). Listen, and you will-hear: Reflections on interviewing from a feminist phenomenological perspective. In *Feminist phenomenology* (pp. 103-132). Dordrecht: Springer Netherlands.

- Lewis, J. A., & Neville, H. A. (2015). Construction and initial validation of the Gendered Racial Microaggressions Scale for Black women. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 289–302.
- Lewis, J. A., & Williams, M. G. (2023). Applying Black Feminist Theory to Research, Practice, and Advocacy on Gendered Racism among Black Women. *Women & Therapy*, 46(3), 229–245. <https://doi.org/10.1080/02703149.2023.2275934>.
- Lopes, T, et B. Thomas. (2006). *Dancing on Live Embers: Challenging Racism in Organizations*, Toronto, Between the Lines
- Lorde, A. (2007). *Sister outsider: Essays and speeches*. Berkley: Crossing Press revisited edition. 190 pages.
- Lowe, J. (2002). Cherokee self-reliance. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(4), 287-295.
- Luhanga, F., Maposa, S., Puplampu, V., Abudu, E., & Chigbogu, I. (2023a). “You have to strive very hard to prove yourself”: experiences of Black nursing students in a Western Canadian province. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 20(1), 20220094. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2022-0094>.
- Luhanga, F., Maposa, S., Puplampu, V., & Abudu, E. (2023b). “Let's Call a Spade a Spade. My Barrier is Being a Black Student”: Challenges for Black Undergraduate Nursing Students in a Western Canadian Province. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(4), 457-471. DOI: [10.1177/08445621231198632](https://doi.org/10.1177/08445621231198632)
- Luther, B., & Flattes, V. (2022). Bias and the psychological safety in healthcare teams. *Orthopaedic Nursing*, 41(2), 118-122.
- Madden, S., Janoske, M., Briones Winkler, R., & Edgar, A. N. (2018). Mediated misogynoir: Intersecting race and gender in online harassment. In *Mediating misogyny* (pp. 71–90). Palgrave Macmillan, Cham.
- Madibbo, A. (2020). Combattons le racisme anti-noir par le biais d'une reconstruction et de negociations identitaires equitables. *Canadian Review of Sociology*, 57(3), 498–502.
- Madibbo, A. (2020). Reverse inclusion: Black francophones in the interface between anti-Black racism and linguisticism. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 57(3), 334-355.
- Madibbo, A. (2021). Blackness and la Francophonie: Anti-black racism, linguisticism and the construction and negotiation of multiple minority identities. Presses de l'Université Laval.
- Macey, D. (1999). Fanon, phenomenology, race. *Radical Philosophy*, (95), 8-14.
- Magri, E., & McQueen, P. (2022). *Critical Phenomenology: An Introduction*. John Wiley & Sons. 260 pages.
- Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/transcultural-nursing>.

- Marano, C. (2018). Black Cross Nurses in Canada. In *The Canadian Encyclopedia*. Retrieved from <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/black-cross-nurses-in-canada>.
- Markham, A. (2004.) PART THREE: TEXT Internet Communication as a Tool for Qualitative Research in Silverman D. (2004). *Qualitative research: theory, method, and practice*. Edition 2nd ed. Imprint London: SAGE Publications, 2004. 378 pages.
- Mason, J. (2002) *Qualitative Researching*. 2nd Edition, Sage Publications, London. 224 pages .
- Massaquoi, N. (2004). An African child becomes a Black Canadian feminist: Oscillating identities in the Black Diaspora. *Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme*.
- Massaquoi, N. (2023), September). Racial humility over competence: Addressing Anti-Black racism and healthcare leadership responsibility. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 36, No. 5, pp. 280-284). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.  
DOI: [10.1177/08404704231186807](https://doi.org/10.1177/08404704231186807).
- Matza, M. R., Garon, M. B., & Que-Lahoo, J. (2018). Developing minority nurse leaders: The anchor and the rope. In *Nursing Forum* (Vol. 53, No. 3, pp. 348-357).  
DOI: [10.1111/nuf.12261](https://doi.org/10.1111/nuf.12261)
- Matthews, A. K., Abboud, S., Smith, A. U., Smith, C., Jeremiah, R., Hart, A., & Weaver, T. (2022). Strategies to address structural and institutional barriers to success among students of color in nursing programs. *Journal of Professional Nursing*, 40, 96-104.  
DOI: [10.1016/j.profnurs.2022.03.005](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.03.005)
- Maynard, R. (2017). *Policing Black lives: State violence in Canada from slavery to the present*. Fernwood Publishing.
- McGibbon, E. A., & Etowa, J. B. (2009). *Anti-racist health care practice*. Canadian Scholars' Press.
- McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S., & Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing inquiry*, 21(3), 179-191.  
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/nin.12042>
- McKittrick, K. (2006). *Demonic grounds: Black women and the cartographies of struggle*. U of Minnesota Press.
- Meires, J.L. (2018). Workplace Incivility - The Essentials: Here's What You Need to Know About Bullying in Nursing. *Urologic nursing*, 38, 95.
- Melamed, J. (2015). Racial capitalism. *Critical ethnic studies*, 1(1), 76-85.  
<https://doi.org/10.5749/jcritethnstud.1.1.0076>
- Minton, C., & Birks, M. (2019). "You can't escape it": bullying experiences of New Zealand nursing students on clinical placement. *Nurse education today*, 77, 12-17.

- Modibo, N. N. (2004). The shattered dreams of African Canadian nurses. *Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme*.  
<https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view/6316>
- Moré, P. (2014). Les employé(e)s domestiques dans le travail de *care* : corps et investissement de soi entre éthique et contrainte. *Travailler*, 2 (2), 33-53
- Mpalirwa, J., Lofters, A., Nnorom, O., & Hanson, M. D. (2020). Patients, pride, and prejudice: exploring Black Ontarian physicians' experiences of racism and discrimination. *Academic Medicine*, 95(11S), S51-S57.
- Mucchielli, A. (2004) (dir.), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, Armand Colin, Paris, 2004. 297 pages.
- Murtola, A. M., & Valletly, N. (2023). Who cares for wellbeing? Corporate wellness, social reproduction and the essential worker. *Organization*, 30(3), 510-527.
- Murray-García, J., Ngo, V., Marsh, T., Pak, T., Ackerman-Barger, K., & Cavanagh, S. J. (2021). Cultural Humility Meets Antiracism in Nurse Leader Training. *Nurse Leader*, 19(6), 608–615. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.017>.
- N'Diaye (2008) La condition noire, Essai sur une minorité française, édition Calmann Lévy, Paris 521 pages
- Nadasen, P. (2015). *Household workers unite: the untold story of African American women who built a movement*. Beacon Press.
- Nadasen, P. (2021). Rethinking care work:(dis) affection and the politics of caring. *Feminist formations*, 33(1), 165-188.
- Namasté, V. (2017). Les infirmières haïtiennes comme catalyseurs. *Haïti Perspectives*, 6(1), 62-71.
- Ndengeyingoma, A., St-Pierre, I., Kilpatrick, K. (2018). La résilience d'infirmières formées à l'étranger lors de l'intégration au travail. 3ième Congrès Mondial sur la résilience, Québec. Livres en ligne du CRIRES. 189-198.
- Ndumbe-Eyoh S. Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en. Antigonish, NÉ: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier; 2018. Accessible à : <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Racism-and-Health-Equity-FR.pdf.pdf>
- Nickel, N. C., Lee, J. B., Chateau, J., & Paillé, M. (2018, November). Income inequality, structural racism, and Canada's low performance in health equity. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 31, No. 6, pp. 245-251). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Oksala, J. (2004). What is feminist phenomenology. *Radical Philosophy*, 126(July/Aug), 16-22.
- Oksala, J. (2006). A phenomenology of gender. *Continental Philosophy Review*, 39(3), 229-244.
- Ollivier, G. (2017). L'analyse qualitative avec NVivo. INRAE. Récupéré de <https://hal.inrae.fr/hal-02788505>

- Ong, A. D. (2021). Racial incivility in everyday life: A conceptual framework for linking process, person, and context. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 1060–1074.
- Oyeniran, C. (2022). Racisme anti-Noirs au Canada. Dans *l'Encyclopédie canadienne*. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/racisme-anti-noir-au-canada>
- Paradies, Y. (2006) Defining, Conceptualizing and Characterizing Racism in Health Research. *Critical Public Health*, 16, 143–157.
- Patterson, A., Kinloch, V., Burkhard, T., Randall, R., & Howard, A. (2016). Black feminist thought as methodology: Examining intergenerational lived experiences of Black women. *Departures in Critical Qualitative Research*, 5(3), 55-76. <https://doi.org/10.1525/dcqr.2016.5.3.55>.
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais, A. (2017). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Perakyla, A. (2004). PART SEVEN: VALIDITY Reliability and Validity in Research Based on Transcripts in Silverman D. (2004). *Qualitative research: theory, method, and practice*. Edition 2nd ed. Imprint London: SAGE Publications, 2004. 378 pages
- Philbert, J. K., De Sousa, I., Wytenbroek, L., & Boschma, G. (2024). What Got Us Here Won't Get Us There: Critical History in Radical Black Re-imaginings of Canadian Nursing Histories. *Canadian Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/08445621241252187>.
- Pierre, M., & Bosset, P. (2021). Racisme et discrimination systémiques dans le Québec contemporain : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 23-37.
- Pierre-Pierre, M. (2017). 40 ans de présence, 40 ans de persévérance: Ralliement des infirmières et infirmières auxiliaires haïtiennes de Montréal. *Haiti-Perspectives*, 6(1), 5.
- Pittman, J. P., "Double Consciousness", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2024 Edition), Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.). <https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/double-consciousness/>
- Pollio, H. R., Henley, T. B., & Thompson, C. J. (1997). *The phenomenology of everyday life: Empirical investigations of human experience*. Cambridge University Press. 400 pages.
- Prattes, R. (2023). Colonial Care: Care in the Service of Whiteness. *Essays in Philosophy*, 24(1/2), 41-57. <https://doi.org/10.5840/eip202352413>.
- Premji, S., & Etowa, J. B. (2014). Workforce utilization of visible and linguistic minorities in Canadian nursing. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 80-88. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2012.01442.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01442.x).
- Prendergast, N. (2011). Sankofa: Reclaiming My Voice Through Canadian Black Feminist Theorizing. *Canadian Woman Studies*, 29(1), 121-126.

- Prendergast, N., Boakye, P., Bailey, A., Igwenagu, H., & Burnett-Ffrench, T. (2024). Anti-Black racism: Gaining insight into the experiences of Black nurses in Canada. *Nursing Inquiry*, e12604. <https://doi.org/10.1111/nin.12604>
- Provost, M. (2022). Penser les résistances au prisme de la phénoménologie : Merleau-Ponty, Fanon et la possibilité d'une phénoménologie critique. Dans Garrau, Marie, et Mickaëlle Provost. *Expériences vécues du genre et de la race : pour une phénoménologie critique*. Éditions de la Sorbonne, 2022. (Pp 155-179).
- Provost, M., & Garrau, M. (2022). L'oppression au prisme de la phénoménologie (et retour). À propos du projet de phénoménologie critique. Garrau, Marie, et Mickaëlle Provost. *Expériences vécues du genre et de la race : pour une phénoménologie critique*. Éditions de la Sorbonne, 2022. (Pp 5-41).
- Punshon, G., Maclaine, K., Trevatt, P., Radford, M., Shanley, O., & Leary, A. (2019). Nursing pay by gender distribution in the UK-does the Glass Escalator still exist? *International Journal of Nursing Studies*, 93, 21-29. (Cité pour le nursing comme un domaine féminin)
- Puzan, E., 2003. The unbearable whiteness of being in nursing. *Nurs. Inq.* 10 (3), 193–200. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00180.x>
- Quijano, A. (2007). « Race » et colonialité du pouvoir. *Mouvements*, 51, 111-118. <https://doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/mouv.051.0111>
- Racine, L., 2003. Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. *Nurs. Inq.* 10 (2), 91–102. <https://doi.org/10.1046/j.14401800.2003.00169.x>
- Racine, L., & Perron, A. (2012). Unmasking the predicament of cultural voyeurism: a postcolonial analysis of international nursing placements. *Nursing Inquiry*, 19(3), 190–201. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00555.x>
- Racine, L. (2011). « The Impact of Race, Gender, and Class in Postcolonial Feminist Fieldwork: A Retrospective Critique of Methodological Dilemmas. » *Aporia* 3(1): 15–27.
- Racine, L., 2014. The enduring challenge of cultural safety in nursing. *Can. J. Nurs. Res.* 46 (2), 6–9.
- Raghuram, P. (2019). Race and feminist care ethics: intersectionality as method. *Gender, Place & Culture*, 26 (5), 613–637.
- Rai N. (2023). Uprooting Medical Violence: Excavating the Roots of Settler Colonialism and Systemic Anti-Black Racism within Healthcare. *HealthcarePapers*, 21(3), 56–61. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2023.27190>
- Ramamurthy, A., Bhanbhro, S., Bruce, F., & Collier-Sewell, F. (2023). Racialised experiences of Black and Brown nurses and midwives in UK health education: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 126, 105840.

- Ramsoondar, N., Anawati, A., & Cameron, E. (2023). Le racisme comme déterminant de la santé et des soins de santé: Sommaires narratifs des données probantes produits par le projet SAFE pour les établissements de santé. *Canadian Family Physician*, 69(9), 601.
- Rasmussen, B. M., & Marie Garran, A. (2016). In the line of duty: Racism in health care. *Social work*, 61(2), 175–177.
- Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. (2020). Social determinants of health: the Canadian facts. 2<sup>e</sup> éd. Oshawa, ON: Ontario Tech University Faculty of Health Sciences, York University School of Health Policy and Management.  
[https://thecanadianfacts.org/The\\_Canadian\\_Facts-2nd\\_ed.pdf](https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf)
- Ray, B. K., & Gilbert, A. (2020). Language Continuities and Ruptures in Ottawa-Gatineau, Canada. *Handbook of the Changing World Language Map*, 1489–1508.
- Reid, P. P., Compton, W. D., Grossman, J. H., & Fanjiang, G. A. (2005). A framework for a systems approach to health care delivery. *Building a better delivery system: A new engineering/health care partnership*. National Academies Press, Washington, DC, États-Unis.
- Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (Eds.). (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. sage.
- Roberts, M. L. A., & Schiavenato, M. (2017). Othering in the nursing context: A concept analysis. *Nursing open* 4(3), 174–181. <https://doi.org/10.1002/nop2.82>
- Rodwell, J., & Demir, D. (2012). Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *International nursing review*, 59(4), 539-546.
- Sabatello, M., Jackson Scroggins, M., Goto, G., Santiago, A., McCormick, A., Morris, K. J., ... & Darien, G. (2021). Structural racism in the COVID-19 pandemic: Moving forward. *The American Journal of Bioethics*, 21(3), 56–74.
- Sala Pala (2010). Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel ? *Regards sociologiques*, (39), 31-47.
- Sani, S. (2013). *Hatred for black people*. Xlibris.
- Sauer, P. A., & McCoy, T. P. (2017). Nurse bullying: Impact on nurses' health. *Western journal of nursing research*, 39(12), 1533-1546. DOI: [10.1177/0193945916681278](https://doi.org/10.1177/0193945916681278)
- Scammell, J. M., & Olumide, G. (2012). Racism and the mentor-student relationship: Nurse education through a white lens. *Nurse Education Today*, 32(5), 545-550.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.06.012>.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140 (4), 921.

- Scrinzi, « Quelques notions pour penser l’articulation des rapports sociaux de “race”, de classe et de sexe », *Les cahiers du CEDREF* [En ligne], 16 | 2008, mis en ligne le 29 mars 2011, consulté le 04 mai 2022.
- Schroeder, C., DiAngelo, R., 2010. Addressing whiteness in nursing education. The sociopolitical climate project at the University of Washington School of Nursing. *Adv. Nurs. Sci.* 33 (3), 244–255. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181eb41cf>
- Seibel, L.M. & Fehr, F.C. (2018). “They can crush you”: Nursing students’ experiences of bullying and the role of faculty. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8, 66. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p66>.
- Seidenberg, K., & Taylor, L. (2020). Who is the Essential Worker?
- Sharma, N. R. (2000). Race, Class, Gender and the Making of Difference: The Social Organization of "Migrant Workers" in Canada. *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, 24(2), 5-15.
- Sharpe, C. (2016). *In the wake: On blackness and being*. Duke University Press.
- Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: a scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059.
- Siddiqi, A., & Laporte, A. (2023). Anti-Black Racism in the Canadian Healthcare System: A Reckoning. *Healthcare Papers*, 21(3), 4–7. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2023.27197>
- Silvera, M. (1989). *Silenced: Talks with working class Caribbean women about their lives and struggles as domestic workers in Canada*. Sister Vision Press.
- Simms, E. M., & Stawarska, B. (2013). Introduction: Concepts and methods in interdisciplinary feminist phenomenology. *Janus Head*, 13(1), 6-16.
- Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.) *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*. *Qualitative health psychology: Theories and methods*, 218-240.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2022) *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. 2nd edition., SAGE. 240 pages.
- Smith, J. B., Willis, E., & Hopkins-Walsh, J. (2022). What does person-centred care mean, if you weren’t considered a person anyway: An engagement with person-centred care and Black, queer, feminist, and posthuman approaches. *Nursing Philosophy*, 23(3), e12401-n/a. <https://doi.org/10.1111/nup.12401>
- Solomon, A., & Rankin, K. (2019). *How we fight white supremacy: A field guide to Black resistance*. Hachette UK. 304 pages
- Spencer, L., Richie, J., Lewis, J., & Dillon, L. (2003). *Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence*, prepared by the National Centre for Social Research on behalf of the Cabinet Office.

- Stake-Doucet, N. (2020). The racist lady with a lamp. <https://nursingclio.org/2020/11/05/the-racist-lady-with-the-lamp/>
- Stake-Doucet, N. (2023). White privilege and professionalization: a decolonial and critical feminist perspective on professional nursing. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 5(2), 26-38.
- Staring-Derks, C., Staring, J., & Anionwu, E. N. (2015). Mary Seacole: global nurse extraordinaire. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3), 514-525. <https://doi.org/10.1111/jan.12559>
- Steinfeldt, J. A., Clay, S. L., & Priester, P. E. (2020). Prevalence and perceived importance of racial matching in the psychotherapeutic dyad: a national survey of addictions treatment clinical practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 1-8.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sweeney, S. (2021). 2. Gendering Racial Capitalism and the Black Heretical Tradition. In J. Leroy & D. Jenkins (Ed.), *Histories of Racial Capitalism* (pp. 53-84). New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/jenk19074-004>
- Szymanski, D. M., & Lewis, J. A. (2016). Gendered racism, coping, identity centrality, and African American college women's psychological distress. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 229–243.
- Tarragoni, F. (2014). La prise de parole comme processus de subjectivation politique. *Tumultes*, (2), 175-190.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>.
- Thomas, A. J., Witherspoon, K. M., & Speight, S. L. (2008). Gendered racism, psychological distress, and coping styles of african american women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(4), 307–314.
- Thomas, C., & Lightman, N. (2022). " Island Girls": Caribbean Women Care Workers in Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 54(1), 29-58.
- Travers, J. L., Rosa, W. E., Raval, A., Montgomery, T. M., Deng, R., Gatica, J., & Aronowitz, S. V. (2024). Racial and ethnic diversity in academic nursing leadership: A cross-sectional analysis. *Nursing Outlook*, 72(4), 102182.
- Tremblay, M., & Ollivier, M. (2000). Questionnements féministes et méthodologie de la recherche. *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*, 1-258.

- Tronto, J. C. (2002). The 'nanny' question in feminism. *Hypatia*, 17(2), 34–51.
- Tronto, J. (2005). Au-delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care. Le souci des autres. *Éthique et politique du care. Raisons Pratiques* (16), 25-49.
- Tronto, J. (2009). Care démocratique et démocraties du care. Dans Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le "care"? souci des autres, sensibilité, responsabilité* (p. 166). Paris : Payot & Rivages. 35-55.
- Truitt, A. R., & Snyder, C. R. (2020). Racialized experiences of Black nursing professionals and certified nursing assistants in long-term care settings. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(3), 312-318. DOI: [10.1177/1043659619863100](https://doi.org/10.1177/1043659619863100).
- Tuyisenge, G., & Goldenberg, S. M. (2021). COVID-19, structural racism, and migrant health in Canada. *The Lancet*, 397 (10275), 650–652.
- Tyson, C. (2003). Research, Race, and an Epistemology of Emancipation in Lopez, G. R., & Parker (2003). *Interrogating Racism in Qualitative Research Methodology. Counterpoints*. Peter Lang Publishing, Inc., 275 Seventh Avenue, New York, NY 10001. <http://www.jstor.org/stable/42978079>
- Udod, S., Racine, L. (2018). Diversity in health care organizations. In: Wagner, J. (Ed.), *Leadership and Influencing Change in Nursing*. University of Regina Press, Regina, SK, p. N\_A. <https://pressbooks.pub/leadershipandinfluencingchangeinnursing/chapter/chapter-2>.
- Ugiagbe, I. M., Liu, L. Q., Markowski, M., & Allan, H. (2023). A critical race analysis of structural and institutional racism: Rethinking overseas registered nurses' recruitment to and working conditions in the United Kingdom. *Nursing Inquiry*, 30(1), e12512.
- van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge. 412 Pages
- van Ryn, M., & Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American journal of public health*, 93(2), 248–255. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.2.248>
- Vaughan J. (1997). Is there really racism in nursing? *The Journal of nursing education*, 36(3), 135–139. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19970301-09>.
- Waite, R., & Nardi, D. (2019). Nursing colonialism in America: Implications for nursing leadership. *Journal of Professional Nursing*, 35(1), 18-25. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.12.013>.
- Waite, R., Beard, K., & Alexander, G. R. (2024). Anti-Black racism and nursing leadership. *Nurse Leader*, 22(2), 140-145.
- Walani, S. R. (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 65-70. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01673-w>.

- Walcott, R. (2021). *The long emancipation: Moving toward Black freedom*. Duke University Press. 144 pages.
- Walter, R. R. (2017). Emancipatory nursing praxis: a theory of social justice in nursing. *Advances in Nursing Science*, 40(3), 225-243. DOI: [10.1097/ANS.0000000000000157](https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000157)
- Walton, J., & Sullivan, N. (2004). Men of prayer: Spirituality of men with prostate cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 22(2), 133-151.
- Wane, N. (2002). Black Canadian feminist thought: Drawing on the experiences of my sisters. In N. Wane, K. Delivosky & E. Lawson (Eds.), *Back to the drawing board: African Canadian feminisms* (pp. 29- 53). Toronto: Sumach Press.
- Wane, N. N. (2004). Black Canadian feminist thought: Tensions and possibilities. *Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme*.
- Wane, N. N., & Massaquoi, N. (Eds.). (2007). *Theorizing empowerment: Canadian perspectives on Black feminist thought*. Inanna Publications & Education.
- Wane, N. (2013). Uncovering the Well: Black Feminism in Canada in Wane, N., Jagire, J., & Murad, Z. (Eds.). (2013). *Ruptures: anti-colonial & anti-racist feminist theorizing*. Sense.
- Warmack, A. (2022). We Flesh: Musser, Spillers, and Beyond the Phenomenological Body. *Puncta*, 5(4), 106-124. <https://doi.org/10.5399/PJCP.v5i4.7>.
- Warren, C. L. (2018). *Ontological terror: Blackness, nihilism, and emancipation*. Duke University Press.
- Weate, J. (2021). Fanon, Merleau-Ponty, and the difference of phenomenology. In Fanon, *Phenomenology, and Psychology* (pp. 162-174). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003037132-15/>
- Weaver, K. B. (2013). The effects of horizontal violence and bullying on new nurse retention. *Journal for nurses in professional development*, 29(3), 138-142. DOI: [10.1097/NND.0b013e318291c453](https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318291c453)
- Wilderson III, F. B. (2010). *Red, white & black: Cinema and the structure of US antagonisms*. Duke University Press.
- Williams, M. T. (2020). Microaggressions: Clarification, Evidence, and Impact. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 3–26.
- Williams, M. T. (2021a). Microaggressions are a form of aggression. *Behavior therapy*, 52(3), 709–719.
- Williams, M. T. (2021b). Racial Microaggressions: Critical Questions, State of the Science, and New Directions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 880–885.
- Williams, D. T. (2023). Antiracism as Central to Modernity Contemporary Sociology A Journal of Reviews 52(2), 112-115. DOI:[10.1177/00943061231155318c](https://doi.org/10.1177/00943061231155318c)

Wolf, Z. R. (2021). Racism and nursing: A preliminary reflection on literature. *International Journal for Human Caring*.

Woodly, D., Brown, R. H., Marin, M., Threadcraft, S., Harris, C. P., Syedullah, J., & Ticktin, M. (2021). The politics of care. *Contemporary Political Theory*, 20(4), 890-925. DOI: [10.1057/s41296-021-00515-8](https://doi.org/10.1057/s41296-021-00515-8)

## Littérature grise, rapports et statistiques

**AIIC** (2020). Racisme dans les soins infirmiers et les soins de santé <https://www.cna-aiic.ca/fr/>.

Association canadienne de santé public (2024). Les déterminants sociaux de la santé. <https://www.cpha.ca/fr/les-determinants-sociaux-de-la-sante>.

**Chen, P.** (2013, July 25). When the patient is racist. *New York Times*. Retrieved from <http://nyti.ms/1cw3jlg>.

**CODP** (2021). Les droits de la personne sous pression-du maintien de l'ordre aux pandémies: Rapport annuel 2020-2021 « Cerner et combattre le racisme anti-Noirs et le racisme envers d'autres communautés ». <https://www.ohrc.on.ca/fr/>.

**Cousineau, M-E.** (2009). Les infirmiers de demain. *L'Actualité*, 34 (7), 43-44. <https://lactualite.com/sante-et-science/les-infirmiers-de-demain/>

**EPTC** (2022). Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada : Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, décembre 2022. [https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique\\_tcps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html).

**Garon, C. E.** (2020). COVID-19 et racisme : quand la peur croise l'ignorance. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/>.

**Gallo, A.** (2023). What is psychological safety. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2023/02/what-is-psychological-safety>.

**IRCC** (2021). Racisme, discrimination et travailleurs migrants au Canada : Éléments de preuve tirés des études sur le sujet Recherche sur les politiques, direction générale de la recherche et de l'évaluation par **Nalinie Mooten**. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/>.

**Leduc, L.** (2022) L'exclusion des candidates d'Haïti dénoncée <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/>.

**Massoui, S., Trosseille, N., Clavel, C., Gagnon, M.M., et Coulibaly, G.L.** (2020). Les différences culturelles en contexte de pandémie : des vecteurs d'inégalités sociales ? <https://cerda.info/les-differences-culturelles-en-contexte-de-pandemie-des-vecteurs-dinegalites-sociales/>.

**OIIQ** (2021). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
<https://www.oiiq.org/dans-la-foulee-de-ses-travaux-l-oiiq-reconnait-le-racisme-systemique-envers-les-premieres-nations-et-inuits>.

**Ontario, CA.** (2016). Profil de la population francophone de l'Ontario – 2016  
<https://www.ontario.ca/fr/page/profil-de-la-population-francophone-de-lontario-2016>.

**RNAO** (2022). Black nurse task force report, Registered Nurses' Association of Ontario

**Statistique, CA.** (2011). Caractéristiques linguistiques des Canadiens  
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011001-fra.cfm>.

**Statistique, CA.** (2016). Série « Perspective géographe » 2016 : immigration et diversité ethnoculturelle Ottawa Gatineau RMR.  
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CMA&GC=505&TOPIC=7>

**Statistique, CA.** (2019). Diversité de la population noire au Canada: un aperçu  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-657-X2019002>.

**Statistique, CA** (2020) La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires par **Martin Turcotte et Katherine Savage**.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.htm>.

**Statistique, CA** (2020). Police-reported hate crime in Canada, 2020 by **Jing Hui Wang and Greg Moreau**, Canadian Centre for Justice, and Community Safety Statistics.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00005-eng.htm>.

**Statistique, CA** (2021). Portrait des personnes immigrantes qui exercent une profession infirmière ou d'aide aux soins de santé par **Louis Cornelissen**.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00004-fra.htm>.